

SO_GERICHTE VSBES.2016.312 vom 23. März 2018

SO Obergericht, 2018-03-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.312_d20180323

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.312 du 23 mars 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.312 del 23 marzo 2018

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

Es sei der beiliegende Bericht des M.____ vom 21. November 2016 in Kopie als Urkunde 8 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen.

E. 2

Es sei das Beweisverfahren bis zum Vorliegen des neurologischen Privatgutachtens von PD Dr. med. N.____, [...], resp. bis mindestens Ende August 2017 zu sistieren.

E. 3

Es seien dem Beschwerdeführer die ihm im Zusammenhang mit dem Gutachten von Dr. med. N.____ entstandenen und ausgewiesenen Honorarkosten von CHF 4'827.00 zurückzuerstatten.

E. 4

Es sei der beiliegende Untersuchungsbericht von Dr. med. P.____ vom 20. Juni 2017 in Kopie als Urkunde 11 zu den Akten zu lassen und zum Beweis zuzulassen.

E. 5

Es sei der beiliegende Bericht von Dr. med. L.____ vom 8. Januar 2018 in Kopie als Urkunde 12 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen.

E. 6

Physische Dekonditionierung

E. 6.22

hiervor) betreffend die therapeutischen Möglichkeiten u.a. Bewegung, die er mit 10'000 Schritten täglich konkretisierte. Obschon er zudem die Einnahme von Schmerzmittel und Psychopharmaka empfahl, ist davon auszugehen, dass er dem Beschwerdeführer das Absolvieren von 10'000 Schritten täglich zumutete. Es ist an dieser Stelle zudem auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470). Dr. med. L.____ hielt zudem fest, der Beschwerdeführer leide seit vier Jahren an einem chronifizierten lumbalen Schmerzsyndrom unklarer Genese. Folglich vermag auch die Einschätzung von Dr. med. L.____, wonach der Beschwerdeführer als aufrichtig, zuverlässig und stets bemüht wahrgenommen werde (vgl. E. II. 6.24 hiervor), nicht zu überzeugen. Daher vermag weder

die Stellungnahme von Dr. med. L. ___ vom Mai 2016 noch sein Bericht vom 18. Januar 2018 am grundsätzlich beweismäßig Gutachten der Begutachtungsstelle K. ___ Zweifel hervorzurufen. 7.4.1.2 Betreffend die Stellungnahme des RAD-Psychiaters Dr. med. H. ___ vom 4. Juli 2016 (vgl. E. II. 6.19 hiervor) kann festgehalten werden, dass er die Ergebnisse im Gutachten der Begutachtungsstelle K. ___ vom 26. April 2016 als nachvollziehbar und schlüssig beurteilte. Eine Schmälerung des Beweismäßig des Gutachtens der Begutachtungsstelle K. ___ ist durch den Bericht von Dr. med. H. ___ somit nicht ersichtlich. 7.4.1.3 Dem Bericht des AM. ___ vom 21. November 2016 (vgl. E. II. 6.20 hiervor) lassen sich keine den grundsätzlich beweismäßig Einschätzungen im polydisziplinären Gutachten entgegenstehenden Aussagen bzw. Einschätzungen entnehmen. Diesem ist vielmehr einzig die grundsätzlich erfreuliche Entwicklung zu entnehmen, wonach unter BIPAP eine gute Schlafkontrolle stattfindet. 7.4.1.4 Dr. med. P. ___ hielt in seinem Bericht vom 20. Juni 2017 (vgl. E. II. 6.21 hiervor) keine dem Gutachten der K. ___ widersprechenden Diagnosen fest. So entspricht die diagnostizierte Hauptdiagnose eines «Status nach Schnittverletzung am rechten Unterarm mit Läsion des N. medianus am 26. Mai 2001» der im neurologischen Teilgutachten vom 28. August 2015 festgestellten «partiellen Schädigung des Nervus medianus auf der rechten Seite bei Schnittverletzung Mai 2011 und Nerven-Transplantation (Suralis-Transplantat) im Dezember 2001 (ICD-10 G56.1)». Auch die von Dr. med. P. ___ weiter umschriebene zusätzliche funktionelle Komponente (Warm-Kalt-Diskrimination des ganzen rechten Handrückens und verminderte Berührungs- und Schmerzempfindung radiallyseitig auf dem Handrücken) ist bereits im polydisziplinären Gutachten der K. ___ beschrieben worden. So hielt der neurologische Gutachter Dr. med. AI. ___ fest, es zeige sich u.a. eine mittelgradig ausgeprägte Sensibilitätsstörung im Medianus-Versorgungsgebiet (IV-Nr. 146 S. 89). Ausserdem äusserte sich der Kreisarzt Dr. med. U. ___ in seiner ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 1. März 2005 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) bereits zur Kälteempfindlichkeit des Beschwerdeführers. Dieser Bericht lag den Gutachtern der K. ___ vor (vgl. IV-Nr. 146 S. 26). Folglich lassen sich keine divergierenden Feststellungen ausmachen. Es kommt hinzu, dass Dr. med. AN. ___ festhielt, die Hand sei seit ungefähr 15 Jahren stabil und die Trophik sei unauffällig, so fänden sich insbesondere keine Muskelatrophien. Der Bericht von Dr. med. P. ___ verringert somit den Beweismäßig des Gutachtens der K. ___ nicht. 7.4.1.5 Der den Beschwerdeführer behandelnde Rheumatologe Dr. med. Q. ___ bestätigte in seinem Bericht vom 17. Oktober 2017 (vgl. E. II. 6.22 hiervor) die bereits im Bericht vom 5. Dezember 2013 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) ausgewiesene Diagnose einer «chronischen unspezifischen fibromyalgischen Schmerzkrankheit», wobei er im Vergleich zu den damals als schmerzhaft bezeichneten 14 von 18 fibromyalgischen Druckpunkten aktuell

E. 7

Anpassungsstörung

E. 8

depressive Episoden

E. 9

Verdacht auf erektile Dysfunktion

E. 10

Verdacht auf nächtliche Inkontinenz

E. 10.4

hiernach), an die Sozialen Dienste vom 4. Oktober 2017 à 0,17 Std., vom 22. November 2017 à 0,17 Std., vom 18. Dezember 2017 à 0,33 Std., an die AU.____ vom 18. Dezember 2017 à 0,42 Std. sowie an die Beschwerdegegnerin vom 16. Februar 2018 à 0,33 Std. und den «Brief an B.____ Solothurn, Herr AV.____» vom 28. Februar 2018 von 0,33 Std., bei dem der Zusammenhang zum vorliegenden Fall nicht ersichtlich ist. Der sowohl in der Kostennote vom 3. Juli 2017 als auch in der ergänzenden Kostennote vom 28. Februar 2018 geltend gemachte Aufwand für den nachprozessualen Aufwand von je 1 Stunde ist insgesamt auf 1 Stunde zu kürzen. Somit ist der Aufwand um insgesamt 8,23 Stunden auf 28,93 Stunden zu kürzen, der in Anbetracht von ähnlich gelagerten Fällen als zu hoch erscheint und daher ermessensweise auf total 18 Stunden zu kürzen ist. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 8. März 2016, in Kraft seit 15. Juli 2016 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. Damit beträgt die Entschädigung CHF 3'240.00. Was die Auslagen von total CHF 627.60 anbelangt, so sind die insgesamt 469 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 234.50 auf CHF 393.10. Die Fahrtspesen für die Hin- und Rückfahrt zur öffentlichen Verhandlung vom 28. Februar 2018 von 45,4 km werden anstelle dem in der Kostennote geltend gemachten Ansatz von CHF 1.00 mit CHF 0.70 entschädigt (vgl. § 157 Abs. 3 GT i.V.m. § 161 Gesamtarbeitsvertrag [GAV, BGS 126.3]). Daher reduzieren sich die Auslagen auf total CHF 379.50. Somit beläuft sich die Kostenforderung des Rechtsbeistandes unter Einbezug der MwSt von 8 % bzw. 7,7 % von insgesamt CHF 286.00 [8 % auf CHF 2'413.00 { 2 / 3 des Honorars von CHF 3'240.00 = CHF 2'160.00 + 2 / 3 der Auslagen von CHF 379.50 = CHF 253.00} und 7,7 % auf CHF 1'206.50 { 1 / 3 des Honorars von CHF 3'240.00 = CHF 1'080.00 + 1 / 3 der Auslagen von CHF 379.50 = CHF 126.50}], auf total CHF 3'905.50, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Vorbehalten bleibt auch der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von gerundet CHF 971.10, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier lediglich von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 GT) auszugehen ist, wenn – wie hier – keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht.

10.3 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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

10.4 Aufgrund der Ausführungen in Erwägung II. 7 hiervor ist das Gutachten der K.____ vom 26. April 2015 voll beweiswertig, wobei durch das nach dem Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. Oktober 2016 erstellte Privatgutachten von Dr. med. N.____ vom 14. Dezember 2017 keine relevanten Zweifel

daran hervorgerufen wurden (vgl. II. E. 7.4.1.6 hiervor). Unter diesen Umständen gehen die Kosten des Privatgutachtens vom 14. Dezember 2017 in der Höhe von CHF 4'827.00 (vgl. Beschwerdebeilage Nr. 10) zu Lasten des Beschwerdeführers.

E. 11

Status nach HWS Distorsionstrauma bei Autoauffahrunfall 2008

E. 12

Status nach Glasscherbenverletzung 2003 (anamnestisch) im Bereich des rechten Vorderarmes mit nachfolgender Nerventransplantation und seither motorischen und sensiblen Einschränkungen

E. 13

Migräne, seit Kindheit Die exakten Einschränkungen dieser Leiden auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Polymechaniker könnten aufgrund der fehlenden Leistungsbereitschaft, der auffälligen Inkonsistenz und erheblicher Symptomausweitung nicht bestimmt werden. Die Diagnosen 1 bis 3 seien medizinisch-theoretisch geeignet, die bisherige Tätigkeit als Polymechaniker mit der damit verbundenen Tätigkeitsschwere (schwer [25 -45 kg]) als nicht (weiter) zumutbar zu betrachten. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Polymechaniker bestehe keine verwertbare Arbeitsfähigkeit. In einer leidensadaptierten Tätigkeit (mindestens sehr leicht, vorwiegend sitzen, vermutlich stärkere Belastungen möglich), sei eine ganztägige Tätigkeit mit neun Stunden pro Tag, evtl. mit zusätzlichen Pausen von 2 x 15 min. oder 1 x 30 min., zumutbar. Medizinisch-theoretisch könne der Beschwerdeführer darin eine Leistung von 100 % erbringen. In Bezug auf die Therapiemassnahmen wurde festgehalten: Aufgrund zahlreicher ungünstiger Rahmenbedingungen, welche die bereits bestehende Chronifizierung der gegenwärtigen Schmerzproblematik (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41) begünstigt hätten, erschienen intensive Therapiemassnahmen angezeigt. Hierzu gehörten: sozialmedizinische, psychologische, psychiatrische und den Klienten persönlich begleitende Reintegrations-Massnahmen (Coaching). Entscheidend erscheine, die Lebenspartnerin sorgfältig in den Reintegrationsprozess einzubeziehen, um etablierte Verhaltensmuster abzubauen. Physiotherapeutische, ergotherapeutische und adjuvante konservative «analgetische» Verfahren seien derzeit nicht indiziert. Der Beschwerdeführer habe eine undifferenzierte Beschreibung von Schmerz und Einschränkungen, ein nicht adäquates Schmerzverhalten, ein schlechtes Leistungsverhalten sowie eine schlechte Konsistenz bei den Tests, eine erhebliche Symptomausweitung und eine unrealistische Selbsteinschätzung der physischen Leistungsfähigkeit gezeigt, so sei der erzielte Wert nicht vereinbar mit der Absolvierung üblicher Alltagshandlungen. 6.15 Im Abschlussbericht vom 20. Februar 2015 (IV-Nr. 131) führte die Eingliederungsfachfrau J. ___ aus, der Beschwerdeführer sehe sich bis auf weiteres nicht arbeitsfähig. Er befinde sich in dauernder ärztliche Behandlung und in fortwährenden Abklärungen (Hausarzt, Neurologe, Pneumologe, Psychiater). Da sich der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig fühle und ihm auch leichteste Arbeiten in einem geschützten Rahmen nicht möglich seien, werde der Eingliederungsauftrag abgeschlossen. 6.16 Dr. med. H. ___, RAD, hielt in seiner Aktennotiz vom 23. Februar 2015 (IV-Nr. 132) fest, nachdem die Bemühungen um eine berufliche Eingliederung daran gescheitert seien, dass sich der Beschwerdeführer überhaupt nicht arbeitsfähig gefühlt habe, dränge sich eine polydisziplinäre Begutachtung in einer MEDAS auf. Die Begutachtung (Standard-Fragenkatalog) solle mindestens die folgenden

Fachdisziplinen beinhalten: Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie. 6.17 Im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle K.____ vom 26. April 2016 (IV-Nr. 146) hielten PD Dr. med. AI. ____, Facharzt Neurologie, Dr. med. AJ. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. AK. ____, FMH Allgemeine Innere Medizin, FMH Rheumatologie, und Dr. med. AL. ____, Fallkoordinator, FMH Allgemeine Innere Medizin, FMH Rheumatologie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: 1. Partielle Schädigung des Nervus medianus auf der rechten Seite bei Schnittverletzung Mai 2001 und Nerven transplantation (Suralis-Transplantat) im Dezember 2001 (ICD-10 G56.1) - klinisch mit mittelgradig ausgeprägter, sensibler Einschränkung und wahrscheinlich leichter- bis mittelgradiger motorischer Einschränkung - Verdacht auf leichtgradig ausgeprägtes neuropathisches Schmerzsyndrom / sensibles Reizsyndrom 2. Migräne mit Aura, seit der Kindheit, mit positiver Familienanamnese (ICD-10 G43.1) 3. Rezidivierende Anpassungsstörung mit vorwiegend Störung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23) Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) 2. Anamnestisch Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10 G47) 3. Chronische zervikale und lumbospondylogene Schmerzen (ICD-10 M54.2, M54.40) - Fehllhaltung / Fehlform, Verdacht auf Fehlbelastung - ohne Hinweise auf radikuläre Reizungen, kein vertebrales Schmerzursprung 4. Senk-, Platt- und Spreizfüsse beidseits (ICD-10 M21.4) 5. Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) Gesamtmedizinisch ergebe sich in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit / Verweistätigkeit je eine qualitative Arbeitsunfähigkeit von 20 % bei grundsätzlich 100 % zeitlicher Präsenz am Arbeitsplatz (S. 40 f.). In Bezug auf medizinische Massnahmen wurde festgehalten, dass hinsichtlich der durch den Residualzustand der Medianusläsion verursachten Schmerzen ein Therapieversuch mit einem schmerzmodulierenden Medikament (Neurontin, Lyrica oder Cymbalta, ggf. auch Saroten) empfohlen werde. Die Migräne sollte durch Weiterführung der aktuellen Therapie, wie bereits von den behandelnden Neurologen eingeleitet, gegebenenfalls mit schrittweiser Erhöhung von Topiramat, erfolgen. Der Einsatz von Triptanen sei bei doch nicht unerheblich ausgeprägter Aura nicht unproblematisch. Aus psychiatrischer Sicht sollte eine mindestens wöchentlich stattfindende psychotherapeutische Behandlung eingeleitet werden. Hier sollte es einerseits darum gehen, mit dem Exploranden ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu erarbeiten, aber auch eine weitere Verschlechterung des psychischen Befindens durch weitere soziale Isolierung und Aktivitätenmangel zu verhindern. Auch eine tagesklinische Behandlung sei vorweg geeignet, um eine Tagesstrukturierung zu erreichen, in Gruppentherapien Entspannungsverfahren und soziale / emotionale Fertigkeiten zu erlernen. Längerfristig wäre in der psychotherapeutischen Arbeit wichtig, sich mit unbewussten Konflikten und Ursachen und Wirkung von Schmerzen zu beschäftigen. Inwieweit eine solche Arbeit mit dem Exploranden möglich sei, bleibe offen. Es sei trotz objektiv nur gering eingeschränkter Arbeitsfähigkeit nicht sinnvoll, dass der Explorand ohne therapeutische Begleitung den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben versuche. Seine subjektiv erlebte Arbeitsunfähigkeit sei derzeit nicht von aussen korrigierbar. Er würde bei einem solchen Versuch wahrscheinlich scheitern, erneute Kränkungen erfahren, welche womöglich sein psychisches Befinden schwächen würden. Vor einem Arbeitsversuch müsse somit eine tragfähige therapeutische Beziehung hergestellt werden. Da der Explorand sich vom aktuellen Therapeuten nicht verstanden fühle, sei ein Therapeutenwechsel sinnvoll. Eine Aktivierung und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit beim jungen Exploranden sei unbedingt zu

unterstützen, um eine weitere gedankliche Einengung auf Schmerzen und erlebte Frustrationen mit konsekutiver Zustandsverschlechterung, fehlenden positiven Verstärkern und in der Folge tatsächliche Invalidisierung zu verhindern. Aus gesamtmedizinischer Sicht spreche nichts gegen berufliche Massnahmen. Aus rheumatologischer und internistischer Sicht sei die Prognose günstig, sofern keine relevanten psychischen Komorbiditäten vorlägen. Die neurologische Prognose bezüglich der Medianusläsion sei gut, da es sich um ein stabiles Ausfallssyndrom handle, möglicherweise könne durch Einnahme von schmerzmodulierenden Medikamenten der neuropathische Schmerz noch weiter minimiert werden. Grundsätzlich sei auch die Prognose bei der Migräne gut, zumal der behandelnde Neurologe den Patienten optimal betreue. Es sei nicht selten, dass sich die Frequenz der Migräne mit der Zeit wieder reduziere. Die psychiatrische Prognose sei derzeit unklar, hänge aber erheblich davon ab, inwieweit es möglich sei, den Exploranden für eine intensive psychotherapeutische Therapie zu gewinnen und dort ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu vermitteln. Prognostisch günstig sei, dass es dem Exploranden in der Vergangenheit nach längerer Arbeitsunfähigkeit schon einmal gelungen ist, im Arbeitsleben wieder Fuss zu fassen. Ungünstig sei, dass das somatische Krankheitsgefühl und die damit subjektiv erlebten Einschränkungen derzeit unverrückbar seien. Sollte der Arbeitsversuch trotz intensiver psychotherapeutischer Behandlung scheitern, wäre eine Neubeurteilung unter Fortführung der Therapie in circa zwei Jahren sinnvoll. 6.18 Dr. med. L.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 19. Mai 2016 (IV-Nr. 149) zum polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle K.____ fest, er schätze die durch den Beschwerdeführer geklagten starken Schmerzen als glaubhaft ein. Seines Erachtens liege ein chronifiziertes lumbales Schmerzsyndrom mit der Hauptschmerzlokalisation im rechten Iliosakralgelenk unklarer Genese vor, welches es dem Beschwerdeführer z.B. trotz umfangreicher Schmerzmitteleinnahme unmöglich mache, länger als 10 Minuten am Stück in einer stehenden oder sitzenden Position zu verharren. Damit sei er nicht einmal in der Lage, seine langjährige Lebenspartnerin wenigstens im Haushalt zu unterstützen, geschweige denn einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Dass ihn dies psychisch belaste, dürfte für jedermann verständlich sein. Rheumatologisch sei vom Kollegen Dr. med. Q.____ bereits im Dezember 2013 eine Fibromyalgische Schmerzkrankheit und eine Scheuermannsche Erkrankung konstatiert und der Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom ausgesprochen worden, was sich später zutreffend als dringend behandlungsbedürftiges, schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom herausgestellt habe und nun schon seit über einem Jahr behandelt werde. Neurologisch liege eine seit der Kindheit bestehende Migräne mit und ohne Aura vor, für welche der Beschwerdeführer dauerhaft vorbeugende Medikamente nehme. Eine seit Juni 2013 erektile Dysfunktion und eine seit August 2013 nächtliche Inkontinenz hätten bisher neurologisch nicht zugeordnet werden können, seien aber allemal vorhanden und für den Patienten extrem belastend. Psychiatrisch sei der Beschwerdeführer vom Kollegen Dr. med. AE.____ (ehemals [...]) am längsten begleitet worden. In einer Stellungnahme der ambulanten Behandlung vom 9. Dezember 2013 bis 3. November 2014 habe er eine Anpassungsstörung und eine längere depressive Reaktion diagnostiziert und betone gleichzeitig, dass die psychiatrische Betreuung nicht im Vordergrund stehe bzw. hochfrequent nötig sei. Die Einschätzung der psychiatrischen Kollegen in I.____ im Rahmen einer früheren Begutachtung habe er als tendenziös bezeichnet, was gemäss Dr. med. L.____ auch auf die psychiatrische Einschätzung im jetzigen Gutachten zutrefte. Zudem fänden sich im Gutachten inhaltliche Fehler. Weder der Beschwerdeführer noch sein Cousin hätten eine Schwester, wie anamnestisch auf Seite 56

angeführt werde. Auch habe der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben nie einen DÖF, sondern einen Mofaunfall erlitten. 6.19 Dr. med. H.____, RAD, beurteilte die medizinische Situation in seiner Stellungnahme vom 4. Juli 2016 (IV-Nr. 150 S. 2 ff.) wie folgt: Bezüglich der Anamnese und der Befunde sei auf die beiden vorliegenden Gutachten (Klinik I.____ vom 21. Juli 2014, Rheumatologie und EFL, sowie Begutachtungsstelle K.____ vom 26. April 2016, Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie) zu verwiesen. Der Beschwerdeführer sei somatisch zweimal gründlich abgeklärt worden, zusätzlich sei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vorgenommen worden. Die Ergebnisse seien nachvollziehbar und schlüssig dargelegt. Die Beurteilung durch das Team der Klinik I.____, wonach der Beschwerdeführer als Polymechaniker trotz fehlender objektivierbarer somatischer Probleme nicht mehr einsetzbar sei, beruhe auf der Berücksichtigung des subjektiven Leidens. Für körperlich durchgehend leichte Arbeiten werde er aber als voll einsetzbar betrachtet. Im aktuellen polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle K.____ werde hingegen sowohl für die bisherige als auch für eine angepasste Tätigkeit aus gesamtmedizinischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert. Dabei sei auch ein Anteil der Einschränkung auf die psychiatrische Problematik zurückzuführen. Diese werde als Anpassungsstörung in Verbindung mit einer Schmerzproblematik beurteilt. Damit liege die psychiatrische Beurteilung ganz auf der Linie der Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. med. AE.____, [...], der in seinem Bericht an die G.____ vom 4. März 2014 (vgl. E. II. 6.14 hiavor) ebenfalls von einer Anpassungsstörung ausgehe und die Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht als lediglich leichtgradig eingeschränkt bezeichne. Die beiden Gutachten zeigten einen im Vergleich praktisch gleich gebliebenen Gesundheitszustand nach. Somit könne die verbleibende Leistungsfähigkeit als ab spätestens Juli 2014 geltend angenommen werden. Angesichts dieser übereinstimmenden Einschätzungen der verbleibenden Leistungsfähigkeit durch mehrere Experten in zwei voneinander unabhängigen Gutachten, vermöge die Beurteilung des Hausarztes Dr. med. L.____ in seinem Schreiben vom 19. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.18 hiavor), wonach der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage sei, noch irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachzugehen, nicht zu überzeugen. Sie beruhe lediglich auf den Schmerzangaben des Beschwerdeführers. Objektive Befunde seien auch vom Hausarzt nicht erhoben worden. Dr. med. H.____ stellte die folgenden Diagnosen (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit): - Partielle Schädigung des Nervus medianus rechts durch Schnittverletzung im Mai 2001, Status nach Nerventransplantat (Nervus Suralis) (ICD-10 G56.1) - Migräne mit Aura (ICD-10 G43.1) - Rezidivierende Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23) Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - Anamnestisch Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10 G47) - Chronische zervikale und lumbospondylogene Schmerzen (ICD-10 M54.2, M54.4) - Senk- Platt- und Spreizfüsse beidseits (ICD-10 M21.4) - Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) Das Gutachten sei nachvollziehbar und schlüssig. Der Beschwerdeführer sei seit Juli 2014 in der angestammten Tätigkeit als CNC-Mechaniker zu 80 % arbeitsfähig. Dies gelte auch für die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Verweistätigkeit. Die Stellungnahme von Dr. med. L.____ vom 19. Mai 2016 habe keinen Einfluss auf die Beurteilung. 6.20 Im Bericht des AM.____ vom 21. November 2016 (Beschwerdebeilage Nr. 8) wurden folgende Diagnosen festgehalten: 1. Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom schweren Grades (AHI 76/h) - CPAP Februar 2015 bis September 2015 - BIPAP ab

September 2015 - aktuell: unter BiPAP gute Schlafapnoe-Kontrolle, ordentliche Compliance 2. Chronische Durchschlafinsomnie, wahrscheinlich multifaktoriell bedingt: Lumbago, psychosoziale Belastung, Schlafapnoe 3. Arterielle Hypertonie 4. Adipositas (35,2 kg/m²) 5. Chronische Migräne ohne und mit Aura 6. Thorakolumbales Schmerzsyndrom mit ausstrahlenden Schmerzen ins rechte Bein 7. Weichteilrheuma anamnestisch Wie die BiPAP-Gerätedaten und die nächtliche Pulsoxymetrie belegten, wäre das Schlafapnoe-Syndrom unter der nächtlichen BiPAP-Therapie einwandfrei kontrolliert.

6.21 Dr. med. P.____, Neurologie FMH, EEG, EMG / ENG, führte in seinem Bericht vom 20. Juni 2017 die folgenden Diagnosen auf (Beschwerdebeilage Nr. 11): – Status nach Schnittverletzung am rechten Unterarm mit Läsion des N. medianus am 26. Mai 2001 – Status nach Neurolyse N. medianus und Rekonstruktion mit Suralistransplantat am 17. Dezember 2001 – aktuell motorische Neurographie grenzwertig bis normal, sensible Neurographie mit Amplitudenminderung und verlangsamter Nervenleitgeschwindigkeit Zusammenfassend seien die anamnestischen Angaben und klinischen Befunde weitgehend mit einer stattgehabten Läsion des N. medianus am rechten Unterarm vereinbar. Dennoch gebe es eine zusätzliche funktionelle Komponente, in dem z.B. die Warm-Kalt-Diskrimination für den ganzen rechten Handrücken als vermindert angegeben worden sei, sowie eine verminderte Berührungs- und Schmerzempfindung radialeseitig auf dem Handrücken, inkl. im Interspatium Dig. I/II dorsalseitig. Auch bei der Muskelkraftprüfung fänden sich einzelne Muskeln, die nicht volle Kraft entwickelten, jedoch nicht vom N. medianus innerviert seien, z.B. der M. flexor digitorum profundus zu Strahl IV und V. Die Myographie des M. abductor pollicis brevis rechts sei kooperationsbedingt schwierig und nur unvollständig durchführbar gewesen. Die Einstichaktivität sei normal gewesen, es habe sich keine pathologische Spontanaktivität gefunden und es seien keine Faszikulationen nachweisbar. Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er mit liegender Myographienadel den Daumen nicht mehr bewegen könne und aus diesem Grund sei die Beurteilung der Willkürinnervation nicht möglich gewesen. Entsprechend dieser Angabe sei auf Myographien aus anderen Muskeln verzichtet worden (S. 3).

6.22 Im Bericht vom 17. Oktober 2017 hielt Dr. med. Q.____ folgende Diagnosen fest (Beschwerdebeilage Nr. 12): – Chronische unspezifische fibromyalgische Schmerzkrankheit, Diagnose Dezember 2013 – Migräne – HLA B27 negativ – Medikamentenunverträglichkeiten – Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom – Status nach PRT L3/L4 Juli 2013 – Status nach PRT L5/S1 beidseits Oktober 2013 – Scheuermann'sche Erkrankung – Metabolisches Syndrom – Adipositas, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie – Obstruktives Schlafapnoesyndrom – Vitamin D-Insuffizienz Es bestehe eine chronische ausgeprägte unspezifische fibromyalgische Schmerzkrankheit mit vegetativen Begleitsymptomen, welche die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers stark reduzierten. Die therapeutischen Möglichkeiten dieser Problematik seien sehr beschränkt. Empfohlen werde Bewegung (10'000 Schritte täglich), die Einnahme von Schmerzmitteln (habe der Beschwerdeführer bereits) und der Einsatz von Psychopharmaka. Auch dies sei mehrfach versucht, aber von verschiedener Seite offenbar kontrovers beurteilt worden. Eine medikamentöse Möglichkeit wäre evtl. der Einsatz von Lyrica, sofern von allen Kollegen ebenfalls befürwortet. Dr. med. Q.____ denke, dass bei diesem jungen Beschwerdeführer auch der soziale Weg beschritten werden müsse im Sinne einer positiven IV-Behandlung. In seinen Augen sei der Beschwerdeführer aktuell weder arbeitsfähig noch vermittelbar. Ihm sei kein Arbeitsplatz bekannt, wo man sitzen, stehen, laufen und liegen könne. Weitere Probleme dürfte ein Absentismus bei Migräneanfällen sein. Vorgängig zur Suche eines

Arbeitsplatzes wäre aber sicherlich ein Beschäftigungsprogramm das Beste, was ebenfalls zur Schmerzbehandlung beitragen könnte. Aktivierung im Rahmen eines Beschäftigungsprogramms erscheine hilfreicher zu sein als ein physiotherapeutisch geleitetes Trainingsprogramm. Sollte eine Aktivierung gelingen, hätte dies sicherlich auch günstige Auswirkungen auf das metabolische Syndrom. 6.23 Anlässlich des Neurologischen Privatgutachtens von Dr. med. N.____, O.____, vom 14. Dezember 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 9) wurden folgende neurologische Diagnosen ausgewiesen (S. 20): – Residuelle senso-motorische N. medianus Lähmung nach Schnittverletzung am 26. Mai 2001 – Chronisches zervikales und lumbovertebrales Syndrom – Migräne mit Aura – Obstruktives Schlafapnoe Syndrom Andere Diagnosen seien: – Adipositas – Scheuermann'sche Erkrankung (ICD-10 M42.15) Zusammenfassend vermöchten die neurologischen Befunde die massive subjektive Leistungseinbusse im Alltag nicht zu begründen. Chronische Schmerzen wirkten sich zweifelsfrei ungünstig auf den Antrieb, die Motivation und die Lebensqualität aus. Sie führten zu sozialem Rückzug, Pessimismus, frühzeitiger Ermüdbarkeit und Aufgabe von Plänen. Diesbezüglich sollte die psychiatrische Empfehlung im Gutachten der K.____ aufgegriffen und umgesetzt werden (S. 25). Beim Beschwerdeführer beeinflussten die restlichen Lähmungen der rechten – bevorzugten (dominanten) – Hand sowie chronische Rückenschmerzen, Migränen und eine Schlafstörung die Arbeitsfähigkeit. Die lähmungsbedingten Beeinträchtigungen der rechten Hand schränkten feinmotorische, besonders rasch durchzuführende Tätigkeiten ein und reduzierten die Einsatzfähigkeit beider Hände in Aufgaben, die beidhändig durchgeführt werden müssten. Die linke Hand habe eine gewisse Kompensationsfähigkeit erlangt, die jedoch auf Kosten der Produktivität (Effizienz) gehe. Tätigkeiten, die somit eine hohe Präzision des Einsatzes der rechten Hand erforderten und unter Zeitdruck erfolgen sollten, seien dem Beschwerdeführer daher nicht zu empfehlen. Chronische Schmerzen ohne klar fassbares somatisches Substrat würden immer die Schwierigkeit bieten, dass kein Goldstandard bestehe, an dem die körperliche Belastbarkeit geschätzt werden könne. Der Beschwerdeführer beurteile sich aufgrund der Gesamtheit der Schmerzen als weitgehend arbeitsunfähig für Beschäftigungen im ersten Arbeitsmarkt. Seine Partnerin stütze diese Einschätzung durch ihre Beobachtungen im Alltag. Während der Untersuchung sei eine schmerzbedingte Schonung zu beobachten gewesen. Der Beschwerdeführer habe während der Befragung häufig die Haltung gewechselt, indem er sich nach kurzer Zeit erhoben habe und umhergegangen sei, bevor er sich wieder gesetzt habe. Er habe gesagt, die Anfahrt von ihrem Wohnort nach [...] sei nur dank mehreren Zwischenhalten gegangen, während denen er ausgestiegen sei und sich gelockert habe (S. 25). Bei der klinischen Untersuchung habe kein die Rumpf- und Beinbeschwerden erklärendes Spektrum an neurologischen Befunden erhoben werden können. Der Beschwerdeführer habe eine leicht verspannte Rückenmuskulatur und druckempfindliche Iliosakralgelenke aufgewiesen und er habe gehinkt, wobei es sich um ein Schmerzhinken, nicht um ein Hinken infolge einer peripheren oder zentralnervösen Störung handle. Die Provokationsmanöver für zerviko- oder lumbaradikuläre Symptome seien negativ gewesen. Bei Druckerhöhung im Spinalkanal durch Husten oder Valsalva Manöver habe er Schmerzen paralumbal ohne einschliessende Ereignisse in die Beine angegeben. Das Lasègue Manöver und die Fersenfallprobe hätten keine Hinweise auf eine relevante Einengung der Nervenaustrittsstellen aus dem Wirbelkanal ergeben. Die MR-Befunde der HWS vom 11. April 2008 (nach dem Mofaunfall und der Auffahrkollision durchgeführt) und die lumbalen MR-Befunde vom 26. Juli 2013 stimmten mit den klinischen erhobenen überein. Insgesamt rechtfertige das

chronische thorako-lumbale Schmerzsyndrom eine wechselbelastende Tätigkeit mit geringer dauerhafter körperlichen Belastung (leicht bis mittelschwer, gemäss DOT), selten mittelschwer. Zusätzliche Pausen zur Erholung seien zu empfehlen, liessen sich jedoch ex cathedra nicht präzise beziffern. Die Erfahrung lehre, dass chronische Schmerzen eine frühzeitige psycho-physische Ermüdung bedingen würden. Daher sei von einer geringeren als vollzeitiger körperlicher Belastbarkeit in einer ideal angepassten Tätigkeit auszugehen. Bei einer anfänglich 50%igen Beschäftigung, verteilt auf den Tag, wäre eine längere Pause möglich. Ein höherer Beschäftigungsgrad sollte angestrebt werden. Ob dieser ohne häufige Ausfälle – wie in der dokumentierten Vergangenheit notiert – möglich sei, lasse sich ex cathedra nicht zuverlässig festlegen. Aufgrund der neurologischen und Schmerzstörung sei die Tätigkeit als Uremacher nicht zu empfehlen. Das Ausmass der funktionellen Einschränkungen habe nicht abschliessend beurteilt werden können. Wie bereits in früheren Dokumenten sei auch bei der neurologischen Untersuchung durch Dr. med. P.____ und bei der eigenen Untersuchung keine vollständige Übereinstimmung der Befunde erhoben worden. Andererseits sei an einer verbleibenden Störung der Feinmotorik der dominanten rechten Hand nicht zu zweifeln. Feinmechanische Arbeiten, wie sie bei der Herstellung oder Reparatur von Uhren vorkommen, seien dadurch erheblich beeinträchtigt. Ob Robotik und computergesteuerte Montage und Reparaturen den feinmotorischen Einsatz der Hände in dieser Branche vollständig ersetzen könnten, entziehe sich der Kenntnis des Unterzeichnenden (S. 26). Sofern es sich bei der Tätigkeit als CNC-Mechaniker um das Bedienen, Einstellen und Überwachen von Maschinen handle und die Tätigkeit ausreichend Gelegenheit biete, wechselbelastend zu arbeiten, sei eine 50%ige Beschäftigung zu erwarten. Bei allen bimanuellen Tätigkeiten, die den physiologischen Einsatz beider Hände erforderten, sei der Beschwerdeführer erheblich eingeschränkt. Insofern als die Tätigkeiten stehend oder sitzend ausgeführt würden, bestehe zudem eine zeitliche Einschränkung durch die Rückenschmerzen. Der rheumatologische Teilgutachter der K.____ habe auf S. 23 geschrieben, die Beschwerden seien «organisch wenig erklärbar». Die damalige und aktuelle neurologische Untersuchung hätten keine Hinweise auf eine zentral- oder peripherneurogene Ursache der Beschwerden erbracht und in Übereinstimmung mit den Befunden in der MR-Untersuchung von 2013 hätten keine radikulären Störungen als Ursache der Schmerzen nachgewiesen werden können. Aus der eigenen Untersuchung und in Übereinstimmung mit den Erkenntnissen der EFL von Mai 2014 und der Begutachtung der K.____ 2015, ergäben die Befunde ein chronisches zervikales und lumbales Schmerzsyndrom, zwei weit verbreitete Beschwerden in der allgemeinen Bevölkerung, die während längerer statischer Belastung zunehmen würden. In der EFL sei eine suboptimale Mitarbeit bei der Ausführung der Tests dokumentiert worden. In der Beurteilung sei eine ganztägige Beschäftigung mit zwei zusätzlichen Pausen von je 15 Minuten festgelegt worden, allerdings sei es nicht gelungen, eine «exakte Zumutbarkeit» zu beurteilen. Integrativ beurteile Dr. med. N.____ die Arbeitsfähigkeit in der sitzend ausgeführten, angepassten Beschäftigung in einem 50 %-Pensum als vertretbar, vorausgesetzt, dass die feinmotorischen Anforderungen an diese Tätigkeit trotz der verbliebenen Beeinträchtigungen der Funktion der rechten Hand ausgeführt werden könnten. Das Tagespensum sollte durch eine verlängerte Pause erleichtert werden. Dabei wäre speziell zu beachten, dass eine Nachtschicht bei Schmerzkrankheiten und Schlafapnoe Syndrom ungünstig sei; die Gesamtarbeitszeit sollte in zwei Blöcke aufgeteilt werden, unterbrochen durch eine längere Pause. Beim angegebenen Arbeitspensum sei zusätzlich eine Leistungsminderung oder ein erhöhter Pausenbedarf zu erwarten. Eine stufenweise

Aufnahme der Arbeit sei mangels körperlicher Fitness und zur Angewöhnung zu empfehlen. Pausen könnten so nach Bedarf und Art der Arbeit eingebaut werden (S. 27). Unter dem Titel «weitere Bemerkungen» hielt Dr. med. N.____ fest, die Daten verschiedener Ereignisse seien nicht konsistent. Die Befragung der Inkontinenz und Impotenz sei nicht detailliert durchgeführt worden, da diese zur Beantwortung der Fragen nur randständig relevant seien. Das Schlafapnoe Syndrom mit begleitender Tagesmüdigkeit sei neben den Schmerzen als ungünstiger Einfluss auf die Leistungsfähigkeit zu werten. Die Befragung habe keinen abschliessenden Eindruck ergeben, ob das therapeutische Potenzial ausgeschöpft worden sei (S. 28).

6.24 Dr. med. L.____ stellte im Bericht vom 8. Januar 2018 (Beschwerdebeilage Nr. 13) zusammenfassend fest, beim Beschwerdeführer bestünden andauernd starke Schmerzen im gesamten Körper mit der Hauptschmerzlokalisierung im rechten Iliosakralgelenk, wohl im Rahmen einer ausgeprägten unspezifischen fibromyalgischen Schmerzkrankheit, welche laut Dr. med. Q.____ auch nur unzureichend therapierbar sei. Auf einen eigentlich notwendigen Ausbau der Schmerzmedikation sei aufgrund von Nebenwirkungen und damit verbundenen Limitationen in interdisziplinärer Absprache bewusst verzichtet worden. Wegen diverser Medikamentenunverträglichkeiten (a.e. Escitalopram, Cymbalta, Surmontil) sei die Therapie insgesamt stark eingeschränkt. Ansonsten seien die therapeutischen Empfehlungen vom Beschwerdeführer stets wahrgenommen worden. Er leide seit der Kindheit an Migräne und werde seit über zwei Jahren mittels CPAP bei obstruktivem Schlafapnoesyndrom behandelt. Zudem zeige sich ein metabolisches Syndrom, aggraviert durch einen Rauchstopp vor circa drei Jahren und folgender Gewichtszunahme. Hier spiele nicht mangelnder Wille zum Abnehmen, sondern die ausgeprägte schmerzbedingte Bewegungsunfähigkeit die Hauptrolle. Eine Arbeitsaufnahme sei in der aktuellen Situation sicherlich nicht möglich. Es bestehe de facto eine Erwerbsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer werde als aufrichtig, zuverlässig und stets bemüht wahrgenommen.

6.25 Dr. med. R.____, Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Ärztlichen Bericht vom 24. Februar 2018 (Beschwerdebeilage Nr. 14) fest, der Beschwerdeführer habe sich vom 4. Januar 2017 bis zum 9. Mai 2017 in circa zweiwöchentlichen Abständen bei ihm in ambulanter psychiatrischer Behandlung befunden. Es bestehe eine chronifizierte mittelgradige Depression als Reaktion bei multiplen somatischen und psychosozialen Konflikten. Die Depression äussere sich in Frustration, Resignation, Interessenverlust, sozialem Rückzug, Schlafstörungen und rascher Ermüdung (bei teilkompensiertem Schlaf-Apnoe-Syndrom), Libidoverlust und anhaltenden Erektionsstörungen, sowie Frust-Essen. Im Weiteren vermute Dr. med. R.____, dass hinter der Depression eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus (ICD-10 F60.30) mit zusätzlich ausgeprägter narzisstischer Kränkbarkeit vorliege. Diese dürfte sich vorwiegend entwickelt haben durch eine inadäquate Erziehung durch den egozentrischen, rücksichtslosen, die Kinder dauernd entwertenden Vater, der sie als dumm bezeichnet, bei Schulaufgaben-Fehlern an den Kopf geschlagen und beschimpft habe. Der Vater habe beim Beschwerdeführer eine Berufsausbildung verhindern wollen und ihn 18-jährig aus dem Haus geworfen. Der Beschwerdeführer sei in der Schulzeit isoliert gewesen, habe dauernd Streitereien und Schlägereien mit Mitschülern gehabt, sich später während einer Auseinandersetzung eine Glasscherbenverletzung des rechten Unterarmes mit persistierender Einschränkung der Sensibilität und Motorik zugezogen. Später sei es wiederholt zu Strassenverkehrsunfällen gekommen. Der Umgang mit dem Beschwerdeführer sei erschwert durch seine Kränkbarkeit, er fühle sich schnell nicht

verstanden, persönlich in Frage gestellt und abgelehnt, worauf er angespannt-gereizt, vorwurfsvoll reagiere. In der Behandlung sei dem Beschwerdeführer geraten worden, die begonnene medikamentöse Behandlung mit Surmontil im Rahmen des Schlaf-Apnoe-Syndroms zu steigern mit dem Ziel einer Stimmungsaufhellung. Psychotherapeutisch sei neben der Besprechung und dem Umgang mit den somatischen Beschwerden versucht worden, mit dem Beschwerdeführer die schwierige Kindheit und Jugendzeit aufzuarbeiten und ihm einen adäquateren Umgang mit Konflikten zu ermöglichen. Der Beschwerdeführer habe die Behandlung von sich aus abgebrochen, wegen dem Gefühl, dass diese ihm nichts bringe. Wegen der ausgeprägten somatischen Symptomatik, der Depression und der anzunehmenden Persönlichkeitsstörung werde der Beschwerdeführer als 100 % arbeitsunfähig gesehen, mit schlechter Prognose. 7. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 26. Oktober 2016 zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle K.____ vom 26. April 2016 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) abgestellt hat: 7.1 Das Gutachten von PD Dr. med. AI.____, Facharzt Neurologie, Dr. med. AJ.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. AK.____, FMH für Allgemeine Innere Medizin, FMH Rheumatologie, und Dr. med. AL.____, Fallkoordinator, FMH Allgemeine Innere Medizin, FMH Rheumatologie, Manuelle Medizin SAMM, Schmerzmedizin SSIPM, wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. II. E. 4.2 hiervor) grundsätzlich in allen Punkten gerecht: So wurde der Beschwerdeführer sowohl einer ausführlichen internistischen Exploration, die sodann auch im rheumatologischen Teilgutachten wiedergegeben wurde (IV-Nr. 146 S. 49 ff., 60 ff.), als auch einer ausführlichen neurologischen sowie psychiatrischen Exploration (IV-Nr. 146 S. 81 ff., 98 ff.) durch die jeweiligen Fachärzte unterzogen. Damit wurden auch die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden berücksichtigt. Im Rahmen des internistischen Teilgutachtens wurde der allgemeininternistische Status erhoben, anlässlich des rheumatologischen und des neurologischen Fachgutachtens wurde je eine klinische Untersuchung durchgeführt, und anlässlich des psychiatrischen Teilgutachtens wurde der Status nach AMDP erhoben, eine Persönlichkeitsdiagnostik erstellt sowie ein Mini-ICF-APP durchgeführt (IV-Nrn. 146 S. 55, S. 66 f., 86 f., 107 ff.). Damit beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. Durch das Zusammentragen der Arztberichte in chronologischer Reihenfolge unter dem Titel «Sachverhalt» (IV-Nr. 146 S. 11 ff.) sowie den in den jeweiligen Teilgutachten aufgeführten fachspezifisch relevanten Akten (IV-Nr. 146 S. 57 ff., 74 ff., 95 ff.), wurde das Gutachten in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Zudem sind die Ausführungen der Gutachter schlüssig und nachvollziehbar: So lässt sich die Beurteilung der Psychiaterin Dr. med. AJ.____, wonach der Explorand durch finanzielle Sorgen, der finanziellen Abhängigkeit von seiner Freundin und erlebten Frustrationen im Umgang mit Ärzten und Behörden als Folge seiner chronischen Schmerzen einer immer wiederkehrenden psychischen Belastung ausgesetzt sei, die in ihm Anspannung und Frustration auslösten (IV-Nr. 146 S. 110 unten), aufgrund der Ausführungen durch den Beschwerdeführer im Rahmen der psychiatrischen Exploration nachvollziehen. Der Beschwerdeführer gibt in Bezug auf die «aktuelle psychische Befindlichkeit» u.a. an (IV-Nr. 146 S. 98 f.), er habe Zukunftsängste und sich mit der Freundin eigentlich eine Familie vorgestellt, diese Pläne müsse er nun aufgrund der unklaren finanziellen und beruflichen Situation aufschieben. Zudem führt er aus, dass ihn besonders die immer falschen Einschätzungen von Ärzten und Behörden besonders belasteten. Er merke, dass man ihn nicht als den ehrlichen, gewissenhaften und

konsequenten Mann ansehe, der er sei. Er fühle sich benachteiligt. Er habe immer in die Rentenkasse einbezahlt und es belaste ihn, dass er nun finanziell von seiner Freundin abhängig sei, die aktuell auch Schulden anhäufe (IV-Nr. 146 S. 99). Dadurch vermag auch die weitere Einschätzung von Dr. med. AJ. ___ einzuleuchten, wonach in Bezug auf die von ihr diagnostizierte «Anpassungsstörung mit vorwiegend Störung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23)» das für diese Diagnose erforderliche maximale Zeitkriterium von einem halben Jahr nach Beendigung der psychosozialen Belastung beim Beschwerdeführer erfüllt sei. Denn es entstünden immer wiederkehrende psychosoziale Belastungen, die die Anpassungsstörung reaktivieren würden (IV-Nr. 146 S. 110 f.). Gestützt auf die Feststellungen bezüglich des «psychiatrischen Befundes» (IV-Nr. 146 S. 105 f.) erscheint auch die gutachterliche Ausführung, wonach die Symptome wie Niedergeschlagenheit, Anspannung und Sorge nicht ausreichend stark ausgebildet seien und nicht ausreichend zusätzliche Symptome bestünden, dass eine affektive Störung erfüllt wäre (IV-Nr. 146 S. 111 oben), plausibel. Dies auch gestützt auf die Ausführungen der Gutachterin, wonach auffalle, dass der Explorand von Belastungen emotional unbeteiligt berichte oder aber der Affekt nicht zur Thematik passe. Beziehungsschwierigkeiten und die erektile Dysfunktion würden nur am Rande ohne sichtbare emotionale Beteiligung berichtet; teilweise wirke der Beschwerdeführer bei Schilderungen seiner Probleme heiter und scherze (IV-Nr. 146 S. 107 oben). Daraus leitet die Psychiaterin ab, dass sich aufgrund fehlender emotionaler Beteiligung bei problematischen Themen und dem teilweise sogar inadäquaten Affekt aktuell kein Zusammenhang zu emotionalen Konflikten herstellen lasse, es werde aber das Vorliegen eines solchen unbewussten Konflikts postuliert (IV-Nr. 146 S. 111). Es erscheint sodann aufgrund der gutachterlichen Annahme, dass die zugehörigen Gefühle vermutlich aus dem seelischen Erleben ausgeschlossen und somit abgewehrt würden, schlüssig, wenn die psychiatrische Gutachterin darlegt, es folge eine Externalisierung in Form von Schmerzen, über welche der Beschwerdeführer sein Leiden nach aussen hin zeigen könne, und sie daher die Verdachtsdiagnose einer «anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40)» stellt. Aufgrund der internistischen Untersuchungsbefunde von Dr. med. AK. ___, wonach in Bezug auf die Lunge, das Herz, den Darm, die Nieren, die Nägel und den Hals des Beschwerdeführers keine auffälligen oder von der Norm abweichenden Befunde feststellbar seien (vgl. IV-Nr. 146 S. 55), überzeugt, dass die Gutachterin keine internistischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen hat (IV-Nr. 146 S. 56). Im Rahmen des rheumatologischen Teilgutachtens führt Dr. med. AK. ___ aus, es könne zum aktuellen Zeitpunkt weder von einem zervikovertebralen noch von einem spondylogenen, myofaszialen oder fibromyalgiformen Beschwerdebild der oberen Rumpf-, Schulter- und Nackenmuskulatur gesprochen werden (IV-Nr. 146 S. 69). Diese Einschätzung leuchtet ein, da Dr. med. AK. ___ zunächst das Krankheitsbild eines myofaszialen Schmerzsyndroms umschreibt, indem sie darlegt, dieses sei durch Schmerzen im Bewegungsapparat gekennzeichnet, die nicht von Gelenken, Periost (Knochenhaut), Muskel- oder neurologischen Erkrankungen ausgingen und bei dem die Ursache ein überempfindlicher Herd in einem Muskel – ein so genannter Triggerpunkt – sei, der durch Überlastung des Muskels entstehe und zu einer anhaltenden Kontraktion einzelner Muskelanteile führe. Anschliessend legt die Gutachterin dar, dass vorliegend die Halswirbelsäule gut beweglich sei, ohne Angabe von Schmerzen. Es liessen sich auch keine relevanten Triggerpunkte mit ausstrahlenden Schmerzen provozieren und keine typischen zervikogenen Kopfschmerzen, mit allenfalls vegetativen Begleitsymptomen wie Tinnitus, Schwindel und Übelkeit, vermehrtes Schwitzen, auslösen. Im Weiteren vermag aufgrund

der durchgeführten Untersuchungen mit weitgehend unauffälligen Befunden die weitere Einschätzung der Gutachterin einzuleuchten, wonach die Unmöglichkeit des Stehens auf dem rechten Bein nicht objektivierbar geworden sei (IV-Nr. 146 S. 69). So sei die Prüfung der motorischen Kraft an den unteren Extremitäten allseits kräftig, die Muskulatur gut ausgebildet und die Fussheber und -senker seien kräftig. Zudem seien die Nervendehnungstests unauffällig, eine Neurokompression liege gemäss Bildgebung laut Aktenlage auch nicht vor, ebenso wenig Verschleisserscheinungen oder Spondylarthrosen. Zudem bestünden im Fussbereich weder Hinweise für Sehnenentzündungen, Schwellungen oder eine Druckempfindlichkeit. Es leuchtet in diesem Zusammenhang ferner ein, dass die Expertin darlegt, da die Beschwerden des Beschwerdeführers organisch wenig erklärbar seien, müsse von einer psychischen oder psychosomatischen Komponente ausgegangen werden, wobei sie auf das Psychiatrische Teilgutachten verweist (IV-Nr. 146 S. 70). In diesem Zusammenhang erscheint auch schlüssig, wenn die Gutachterin ausführt, das aktuelle Vorliegen der Rückenschmerzen könne rheumatologischerseits nicht sicher objektiviert werden. Auf die während der neurologischen Exploration von Dr. med. AI.____ durch den Beschwerdeführer aktuell beklagten Schmerzen, die vom Unterarm in die Finger I bis III einstrahlend seien (IV-Nr. 146 S. 81 oben), ist dieser sodann eingegangen: Seine Einschätzung, wonach am Vorliegen einer schnittverletzungsbedingten Durchtrennung des rechten Nervus medianus keine Zweifel bestünden (IV-Nr. 146 S. 89), stimmt mit der Darlegung des Beschwerdeführers überein, wonach die Schmerzen nach dem verletzungsbedingten Durchtrennen des Nervus medianus auf der rechten Seite am 26. Mai 2001 aufgetreten seien (IV-Nr. 146 S. 81). Der Gutachter führt weiter aus, bezüglich der aktuellen Einschränkungen durch die sensomotorischen Ausfälle und die persistierenden Schmerzen ergebe sich ein nicht ganz konsistentes Bild. Diese Darlegung leuchtet aufgrund der nachfolgenden gutachterlichen Begründung ein, dass sich in der aktuellen klinischen Untersuchung eine mittelgradig ausgeprägte Sensibilitätsstörung im Medianus-Versorgungsgebiet zeige und eine Schwäche der Nervus medianus und Nervus ulnaris-versorgten langen Fingerbeuger nachgewiesen worden sei (IV-Nr. 146 S. 89). In den Akten sei indes dokumentiert (Bericht vom 11. Februar 2005 der [...]), dass der Beschwerdeführer ein «gutes Handgeschick» mit guter Kontrolle der Bewegungsabläufe habe. Es werde auch dokumentiert, dass die Schmerzen in variabler Art und Weise überwunden werden könnten (durchschnittliche Leistung 50 %, gelegentlich aber auch 60 - 80%ige Leistung beim Bedienen von CNC-Maschinen, als limitierenden Faktor seien damals die Schmerzen dokumentiert worden). Aufgrund der gutachterlichen Ausführung des Neurologen, wonach bezüglich der Nervenschädigung und der sich daraus ergebenden Symptome (Schmerzen und sensomotorische Ausfälle), sich nach ein bis zwei Jahren ein stabiler Residualzustand eingestellt haben sollte, ist ferner nachvollziehbar, dass er zum Schluss gelangt, dass die aktuelle motorische Situation beim Beschwerdeführer nicht erklärbar sei. Ausserdem weist der Gutachter darauf hin, dass die Angaben des Beschwerdeführers über die sensomotorischen Defizite (keine Änderung nach der Operation) diskrepant zu den Informationen aus den Akten seien, in denen zum einen eine Besserung der Sensomotorik und zum anderen im Jahr 2005 eine gute Funktion dokumentiert sei (IV-Nr. 146 S. 89 unten). Aufgrund dieser Ausführungen erscheint plausibel, wenn der Gutachter darlegt, dass nach dem Abgleich mit den Akten die sensomotorische Funktion soweit intakt scheine, dass diese gesamthaft als leicht- und nur bei koordinativ anspruchsvolleren Arbeiten als mittelgradig eingestuft werden könne, und die Schmerzen sehr wohl überwindbar schienen (IV-Nr. 146 S. 89 f.). In Bezug auf die vom

Beschwerdeführer beklagten Kopfschmerzen, die aktuell circa an zwölf Tagen pro Monat bestünden und sich 50 % der Migräneanfälle mit der rechtzeitigen Einnahme von Irfen 600 mg verhindern liessen, wobei der Migränekopfschmerz seit der Kindheit bestehe und Vater und Mutter sowie die beiden Brüder auch daran leiden würden (IV-Nr. 146 S. 82), vermag die gutachterliche Beurteilung einzuleuchten, wonach hinsichtlich der ausgeprägten familiären Prädisposition als plausibel anzunehmen sei, dass beim Beschwerdeführer auch ein Migränekopfschmerz vorliege (IV-Nr. 146 S. 90). Aufgrund der Auseinandersetzung mit den bildgebenden medizinischen Vorberichten und der Feststellung, wonach sich klinisch keine Hinweise für eine radikuläre Schädigung ergeben hätten, überzeugt ferner die Einschätzung des Gutachters, wonach eine zervikale oder lumbale radikuläre Schädigung weder klinisch noch bildmorphologisch vorliege und betreffend die Beurteilung und Plausibilität der durch den Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen und dadurch bedingten Funktionseinschränkungen auf das rheumatologische Teilgutachten verwiesen werde (IV-Nr. 146 S. 91). Damit kann dem Gutachten der Begutachtungsstelle K.____ vom 26. April 2016 grundsätzlich voller Beweiswert zugesprochen werden.

7.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Berichte dem grundsätzlichen Beweiswert der Diagnosen und Ergebnisse der Gutachter der Begutachtungsstelle K.____ vom 26. April 2016 allenfalls entgegenstehen.

7.2.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. AJ.____ vom 15. September 2015 ist zunächst auf die Einschätzungen des den Beschwerdeführer seit 9. Dezember 2013 behandelnden Psychiaters Dr. med. AE.____ im Bericht vom 4. März 2014 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) einzugehen. Die Gutachterin Dr. med. AJ.____ hielt diesbezüglich fest, es könne nicht nachvollzogen werden, dass beim Beschwerdeführer die psychiatrische Problematik eher hintergründig sei. Vermutlich habe sich der ehemalige Therapeut mehr von den subjektiven Angaben des Exploranden leiten lassen, als den Gesamteindruck zu beurteilen. Daher könne sie die Empfehlung einer Reduktion der Therapie auf einmal monatlich nicht teilen (IV-Nr. 146 S. 113). Diese Ausführungen erscheinen überzeugend. So ist gestützt auf den Bericht vom März 2014 nicht ersichtlich, auf welchen Überlegungen die Diagnosestellungen des behandelnden Psychiaters beruhen. Eine substanziierte Auseinandersetzung mit diesen ist jedenfalls nicht ersichtlich. Es findet sich ferner keine Unterscheidung, welche der gestellten Diagnosen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben und welche nicht. Im Weiteren fehlt es an einer schlüssigen Begründung, weshalb beim Beschwerdeführer die psychiatrische Problematik nicht im Vordergrund stehen solle und daher die Therapiesitzungen von einer Frequenz vom circa zweiwöchentlichen Terminen ab Ende März 2014 auf einen Kontrolltermin im Monat reduziert werden sollten. Dies, obschon festgehalten wird, dass das Schmerzleiden des Beschwerdeführers bis dato von somatischer Seite her nicht näher eingegrenzt werden können und der Beschwerdeführer angebe, es tue ihm gut, bei den Sitzungen einfach seinen Frust abladen zu können (IV-Nr. 122 S. 13). Folglich vermag die Reduktion der Sitzungsfrequenz nicht einzuleuchten. Trotz dieser Divergenzen beurteilte bereits Dr. med. AE.____ im März 2014 die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als leichtgradig eingeschränkt, was der Einschätzung von Dr. med. AJ.____ entspricht. Sie führte aus (IV-Nr. 146 S. 114), Anpassungsstörung und Schmerzen würden sich gegenseitig verstärken, so dass aktuell die Anpassungsfähigkeit an Regeln und Routinen, die Durchhaltefähigkeit, die Umstellungsfähigkeit und die Fähigkeit, Aufgaben zu planen und zu strukturieren, leichtgradig vermindert sei. Es ergebe sich aktuell eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von 10 - 20 %. Entsprechende Ausführungen sind denn auch der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. H.____ zum Gutachten vom 4. Juli 2016

zu entnehmen (vgl. E. II. 6.19 hiervor). Gestützt auf diese Ausführungen vermag der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. AE.____ vom 4. März 2014 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. AJ.____ nicht zu schmälern. Eingehend auf die Einschätzungen des RAD-Psychiaters Dr. med. H.____ in seiner Aktennotiz vom 1. Mai 2014 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) führte Dr. med. AJ.____ aus, dessen Ausführungen stützten das Postulat eines unbewussten Konflikts und in diesem Rahmen die Funktionalität der Schmerzen mit Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (IV-Nr. 146 S. 113). Aufgrund dieser Ausführungen ist zwischen den beiden Psychiatern keine unterschiedliche Beurteilung erkennbar. Damit vermögen die vorliegenden medizinischen Berichte der auf das Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierten Fachärzte den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens der Begutachtungsstelle K.____ von Dr. med. AJ.____ nicht zu verringern.

7.2.2 Im internistischen Teilgutachten hielt Dr. med. AK.____ die Diagnosen einer arteriellen Hypertonie (ICD-10 I10), eines anamnestischen Schlafapnoe-Syndroms (ICD-10 G47) und einer Migräne (ICD-10 G43) fest, denen er indes keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugestand. Es kann diesbezüglich darauf hingewiesen werden, dass diese Diagnosestellungen in den medizinischen Vorakten bereits ausgewiesen wurden und daher vorbestehend sind. So ist im Bericht von Dr. med. Z.____ vom 11. November 2013 (vgl. E. II. 6.9 hiervor) von einer «Migräne mit Aura seit Kindheit», von einer «Durchschlafstörung» und einer «bauchbetonten Adipositas» die Rede. Auch im Bericht der Rheumasprechstunde des Rehabilitations- und Rheumazentrums des Spitals AB.____ vom 8. Januar 2014 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) werden die Diagnosen von «migräneartigen Kopfschmerzen mit zweimal wöchentlichen Anfällen» sowie einer «Adipositas» ausgewiesen. Die seit der Kindheit bestehende Migräne wurde ferner im Bericht von Dr. med. AE.____ vom 4. März 2014 sowie in der Aktennotiz des RAD-Arztes Dr. med. H.____ vom 1. Mai 2014 (vgl. E. II. 6.12 f. hiervor) festgehalten. Da sich ansonsten aus den medizinischen Vorakten keine den Diagnosestellungen oder Einschätzungen von Dr. med. AK.____ entgegenstehenden bzw. widersprechenden Angaben / Einschätzungen entnehmen lassen, ist keine Minderung des Beweiswertes ihres internistischen Teilgutachtens ersichtlich.

7.2.3 Im Rahmen des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. AK.____ vom 6. Oktober 2015 wurde ausgeführt, es lägen keine divergierenden Vorbefunde vor, bis auf die Einschätzung von rheumatologischer Seite hinsichtlich eines fibromyalgiformen Beschwerdebildes. Dieses könne in der heutigen Untersuchung indes nicht eruiert werden. Von einer Fibromyalgie könne zurzeit nicht gesprochen werden (IV-Nr. 146 S. 71). Diese Einschätzungen lassen sich unter Heranziehung der medizinischen Vorakten verifizieren: So diagnostizierte – gestützt auf die vorliegenden Akten – erstmals der Rheumatologe Dr. med. Q.____ im Bericht vom 5. Dezember 2013 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) eine «chronische unspezifische fibromyalgische Schmerzkrankheit» und hielt fest, es imponiere anamnestisch und klinisch das Bild einer solchen. Auch Dr. med. AC.____ und Dr. med. AD.____ stellten im Bericht vom 8. Januar 2014 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) anlässlich des stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers vom 17. Dezember 2013 bis 24. Januar 2014 sowohl ein «fibromyalgisches Schmerzsyndrom», das sie im Wesentlichen unter Einbezug eines WPI (Widespread Pain Index) von 12/19 und eines SSI (Beschwerdeindex-Somatisierung) von 12/12 diagnostizierten, als auch ein «chronisches lumbales Syndrom». Im Rahmen des Berichts betreffend die EFL-Abklärungen vom 21. Juli 2014 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) erscheint diese Diagnosestellung indes fraglich. So wurde aufgrund damaliger Abklärungen einzig noch ein «Verdacht auf eine chronische unspezifische Fibromyalgie / fibromyalgiformes Schmerzsyndrom (ICD-10 M79.70)»

geäussert und im Rahmen der Befunde festgestellt, es lägen paravertebrale muskuläre Verspannungen TLÜ bis L4 M2, aber keine lumbalen Triggerpunkte vor. Zervikal fänden sich vereinzelt muskuläre Triggerpunkte und geringe muskuläre Verspannungen M1 (IV-Nr. 125 S. 5 unten). Diesbezüglich legte Dr. med. AK. ___ anlässlich ihres neurologischen Teilgutachtens sodann dar, die Halswirbelsäule sei gut beweglich, nicht schmerzhaft und es liessen sich keine relevanten Triggerpunkte mit ausstrahlenden Schmerzen provozieren. Es liessen sich denn auch keine typisch zervikogenen Kopfschmerzen mit allenfalls vegetativen Begleiterscheinungen auslösen. Daher erscheint nachvollziehbar, wenn sie darlegte, es könne zum aktuellen Zeitpunkt weder von einem zervikovertebralen noch von einem spondylogenen, myofaszialen oder fibromyalgiformen Beschwerdebild die obere Rumpf-, Schulter- und Nackenmuskulatur betreffend, gesprochen werden. Aufgrund dieser verbesserten rheumatologischen Gesundheitssituation kann auch nicht auf die früheren Einschätzungen betreffend die Arbeitsfähigkeit von Dr. med. Q. ___ bzw. Dr. med. AC. ___ / Dr. med. Z. ___ abgestellt werden, die von einer vollen Arbeitsunfähigkeit bzw. von einer zusätzlichen Einschränkung der alltäglichen Verrichtungen des Beschwerdeführers ausgingen. So stellte die Gutachterin Dr. med. AK. ___ fest, der Beschwerdeführer sei in der bisherigen und in jeder Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (IV-Nr. 146 S. 72). Es lassen sich aufgrund dieser Ausführungen durch die medizinischen Vorberichte keine Einschränkungen des Beweiswertes des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. AK. ___ feststellen.

7.2.4 Bezugnehmend auf das neurologische Teilgutachten von Dr. med. AI. ___ vom 28. August 2015 führte dieser aus, es seien grundsätzlich keine divergierenden Vorbefunde vorhanden (IV-Nr. 146 S. 92 oben). Diese Einschätzung kann unter Heranziehung der vorliegenden Akten bestätigt werden. So geht aus diesen in unbestrittener Weise hervor, dass der Beschwerdeführer im Mai 2001 eine Schnittwunde am rechten Vorderarm erlitt (vgl. E. II. 6.1, 6.4 hiervor), durch welche er sich eine Schädigung am Nervus medianus rechts zuzog (vgl. E. II. 6.2 hiervor). Ebenfalls aktenkundig ist in diesem Zusammenhang eine Sensibilitätsstörung am Dig. I und II rechts (vgl. E. II. 6.1, 6.3 hiervor). So wurde anlässlich der im Oktober 2001 durchgeführten Elektroneurographie festgehalten, die klinischen Beschwerden seien gut erklärbar. Es wurde daraufhin eine Nervenrekonstruktion im Sinne einer Medianusrekonstruktion durchgeführt (vgl. E. II. 6.5 hiervor), wobei auch in der Folge Kribbelparästhesien über den Dig. III bis V rechts dokumentiert sind (vgl. E. II. 6.7 hiervor), welche indes anlässlich der neurologischen Untersuchung vom November 2013 nicht mehr festgestellt werden konnten (vgl. E. II. 6.9 hiervor). Die anlässlich des neurologischen Teilgutachtens von Dr. med. AI. ___ festgestellte Diagnose einer partiellen Schädigung des Nervus medianus auf der rechten Seite bei Schnittverletzung Mai 2001 und Nervenrekonstruktion (Suralis-Transplantat) im Dezember 2001 (ICD-10 G56.1) ist daher plausibel. Gleiches gilt in Bezug auf die ebenfalls diagnostizierte Migräne mit Aura, wobei diesbezüglich auf die Ausführungen unter E II. 7.2.2 verwiesen werden kann. Die im Rahmen der neurologischen Untersuchung vom 11. November 2013 (vgl. E. II. 6.9 hiervor) durch Dr. med. Z. ___ gestellte Diagnose eines lumbalen Schmerzsyndroms wies auch Dr. med. AI. ___ im Rahmen seines neurologischen Teilgutachtens aus, wobei er dieser keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestierte. Da bereits im Bericht vom November 2013 diesbezüglich keine lumboradikulären Ausfälle festgestellt werden konnten und auch der Gutachter im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens ausführte, es gebe keinen Hinweis für eine zervikale oder lumbale radikuläre Schädigung, bestehen auch hier keine voneinander abweichenden Einschätzungen der Gesundheitssituation des

Beschwerdeführers. Der Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens wird folglich durch die vorangehenden medizinischen Akten nicht geschmälert. 7.3 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die vor dem Gutachten der Begutachtungsstelle K.____ vom 26. April 2016 erstellten medizinischen Berichte dessen Beweiswert nicht zu schmälern vermögen. 7.4 Es ist daher nachfolgend zu prüfen, ob die erst nach dem Erstellen des grundsätzlich beweiswertigen polydisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle K.____ verfassten Arztberichte (vgl. E. II. 7.4.1 hiernach) oder die Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 7.4.2 hiernach) Zweifel an diesem hervorzurufen vermögen: 7.4.1 In Bezug auf die erst nach Erstellen des Gutachtens der Begutachtungsstelle K.____ vom 26. April 2016 verfassten Arztberichte ergibt sich Folgendes: 7.4.1.1 Einzugehen ist zum einen auf das Schreiben des Hausarztes Dr. med. L.____ vom 19. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.18 hiervor), in welchem er zum polydisziplinären Gutachten vom 26. April 2016 Stellung nimmt. Dieses Schreiben vermag indes keine Zweifel am grundsätzlich beweiswertigen Gutachten hervorzurufen. So setzte sich der Hausarzt mit dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht substantiiert auseinander und seine medizinischen Einschätzungen beruhen nicht auf klinischen Untersuchungen bzw. Befunden und sind daher nicht nachvollziehbar. So begründet er bspw. seine Beurteilung, wonach er die durch den Beschwerdeführer geklagten Beschwerden als glaubhaft einschätze, nicht weiter. Es ist aufgrund seiner Formulierungen vielmehr davon auszugehen, dass er sich im Wesentlichen auf die in den medizinischen Vorakten festgehaltenen Diagnosestellungen und v.a. die subjektiven Aussagen des Beschwerdeführers stützte. Letzteres schätzte auch der RAD-Arzt Dr. med. H.____ in seiner Stellungnahme vom 4. Juli 2016 entsprechend ein (vgl. E. II. 6.19 hiervor). Dieser Eindruck entsteht sodann auch in Bezug auf den von Dr. med. L.____ am 8. Januar 2018 verfassten Bericht (vgl. E. II. 6.24 hiervor). So beruht auch hier die Einschätzung des behandelnden Hausarztes des Beschwerdeführers nicht auf eigenen klinischen Untersuchungsbefunden. Er beschränkte sich vielmehr auf die Wiedergabe von Befunden und Diagnosestellungen von bisher durchgeführten rheumatologischen, neurologischen, internistischen und psychiatrischen Untersuchungen. Seine Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer sein Gewicht wegen der ausgeprägten schmerzbedingten Bewegungsunfähigkeit nicht reduzieren könne, steht zudem im Widerspruch mit den Angaben des Rheumatologen Dr. med. Q.____. So empfahl dieser im Bericht vom 17. Oktober 2017 (vgl. E. II.

E. 16

von 18 als schmerzhaft auswies. Er ging indes nicht näher auf diese Druckpunkte ein und erläuterte nicht, welche Druckpunkte sich als schmerzhaft erwiesen. Er befasste sich auch nicht mit dem rheumatologischen Teilgutachten der K.____ vom 6. Oktober 2015. In diesem konnte – wie bereits in E. II. 7.2.3 hiervor dargelegt – Dr. med. AK.____ im Rahmen seines rheumatologischen Teilgutachtens keine Fibromyalgie feststellen. So wurde bei den klinischen Untersuchungsbefunden u.a. angegeben (IV-Nr. 145 S. 66), es lägen 4 von

E. 18

Fibromyalgie-Druckpunkten vor. Darauf ging Dr. med. Q.____ jedoch nicht ein. Unter diesen Umständen vermag die Einschätzung und Diagnosestellung des behandelnden Rheumatologen nicht zu überzeugen. Es ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). In diesem Sinn ist denn auch die Empfehlung von Dr. med. Q.____ zu verstehen, wonach beim Beschwerdeführer der soziale Weg mit einer

positiven IV-Behandlung zu beschreiten sei. Dr. med. Q.____ führte zudem aus, an den Beschwerden des Beschwerdeführers habe sich seit der ersten Konsultation im November 2014 nichts geändert und der Beschwerdeführer sei seit sieben Jahren arbeitsunfähig. Damit vermag der Bericht von Dr. med. Q.____ den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle K.____ nicht in Frage zu stellen. 7.4.1.6 Eingehend auf das Neurologische Privatgutachten von Dr. med. N.____ vom 14. Dezember 2017 (vgl. E. II. 6.23 hiervor) ist zunächst augenfällig, dass der Neurologe bei seiner Diagnosestellung nicht differenziert darlegt, ob und wenn ja welche Diagnose eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat (Beschwerdebeilage Nr. 9 S. 20). Aufgrund seiner gestellten neurologischen Diagnosen wird indes klar, dass diese bereits im Rahmen des Gutachtens der K.____ vom 26. April 2016 ausgewiesen wurden. So wurde die im Privatgutachten diagnostizierte «Migräne mit Aura» damals als «Migräne mit Aura, seit der Kindheit, mit positiver Familienanamnese (ICD-10 G43.1)», das «obstruktive Schlafapnoe-Syndrom» als «anamnestisch Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10 G47)», die «residuelle senso-motorische N. medianus Lähmung nach Schnittverletzung am 26. Mai 2001» als «partielle Schädigung des Nervus medianus auf der rechten Seite bei Schnittverletzung Mai 2011 und Nerventransplantation (Suralis-Transplantat) im Dezember 2001 (ICD-10 G56.1)» und das «chronisch zervikale und lumbovertebrale Syndrom» als «chronische zervikale und lumbosponylogene Schmerzen (ICD-10 M54.2, M54.40)» ausgewiesen. Damit ist in Bezug auf den neurologischen Gesundheitszustand aus diagnostischer Sicht keine Veränderung zum polydisziplinären Gutachten vom 26. April 2016 erkennbar. Als nicht nachvollziehbar erweist sich sodann die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. med. N.____: So begründete er dabei bspw. nicht, weshalb dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit (Bedienen, Einstellen und Überwachen von Maschinen mit ausreichender Gelegenheit, wechselbelastend zu arbeiten) nur in einem Pensum von 50 % zumutbar sei. Diese Einschätzung vermag insbesondere deshalb nicht zu überzeugen, weil er betreffend den Gesundheitszustand dieselben Diagnosen auswies, die bereits anlässlich der Begutachtung bei der K.____ gestellt wurden. Er setzte sich indes mit dem polydisziplinären Gutachten der K.____ nicht auseinander. Zudem äusserte sich Dr. med. N.____ dahingehend, dass ein höherer Beschäftigungsgrad «angestrebt werden solle». Da er ebenfalls festhielt, dass eine stufenweise Aufnahme der Arbeit mangels körperlicher Fitness und zur Angewöhnung zu empfehlen sei, kann nicht ausgeschlossen werden, dass er deshalb lediglich zu Beginn von einem 50%igen Arbeitspensum ausging. Da dem Beschwerdeführer im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens bei gleichem medizinischem Gesundheitszustand eine Tätigkeit in einem Pensum von 80 % zugemutet wurde, ist davon auszugehen, dass es sich bei der geschätzten Arbeitsfähigkeit von 50 % lediglich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts handelt. Zudem konnten in beiden Gutachten wegen der eingeschränkten Kooperationsfähigkeit des Beschwerdeführers die Diskrepanzen nicht geklärt werden. Folglich vermag das Privatgutachten von Dr. med. N.____ vom 14. Dezember 2017 unter Berücksichtigung der Ausführungen in E. II. 4.3 hiervor den Beweiswert des Gutachtens der K.____ nicht zu mindern. 7.4.1.7 In Bezug auf den Bericht des Psychiaters Dr. med. R.____ vom 24. Februar 2018 (vgl. E. II. 6.25 hiervor) ist festzuhalten, dass dieser den Beschwerdeführer vom 4. Januar bis 9. Mai 2017 und somit nach dem hier massgebenden Zeitpunkt vom 26. Oktober 2016 (vgl. E. II. 2 hiervor) behandelt hat. Somit hat er den Beschwerdeführer im hier wesentlichen Zeitpunkt nicht gesehen und sich in seinem Bericht auch nicht rückwirkend zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers geäussert. Da sich Dr. med.

R.____ mit der durch ihn festgestellten Diagnose einer «chronifizierten mittelgradigen Depression» nicht näher auseinandersetzte und insbesondere nicht darlegte, worauf er sich bei dieser Diagnosestellung genau stützte, ist diese Diagnosestellung nicht nachvollziehbar. Bei der durch ihn ebenfalls erwähnten «emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ (ICD-10 F60.30)» handelt es sich lediglich um eine Verdachtsdiagnose. So hielt Dr. med. R.____ explizit fest, er «vermute», dass hinter der Depression eine «emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ (ICD-10 F60.30)» stecke. In den vorliegenden medizinischen Akten ergeben sich diesbezüglich indes keine weiteren Anhaltspunkte: So finden sich weder im Bericht von Dr. med. AE.____ vom 4. März 2014 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) noch im Psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. AJ.____ vom 15. September 2015 konkrete Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung. In Letzterem wurde gar ausgeführt, im SKID II-Fragebogen seien auffallend wenig Items bejaht worden, so dass sich hier «kein Hinweis auf eine Persönlichkeitsstörung ergebe» (IV-Nr. 146 S. 107). Da sich Dr. med. R.____ auch nicht näher mit dieser Verdachtsdiagnose befasst hat, kann nicht auf diese abgestellt werden. Der Bericht von Dr. med. R.____ vermag somit den Beweiswert des Gutachtens der K.____ nicht in Frage zu stellen. 7.4.1.8 Folglich wird der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle K.____ vom 26. April 2016 durch die nach dem Gutachten verfassten medizinischen Berichte nicht geschmälert. Es ist vielmehr darauf hinzuweisen, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten eine seit Jahren unveränderte gesundheitliche Situation besteht (vgl. E. II. 7.4.1.1, 7.4.1.4, 7.4.1.5 hiervor). 7.4.2 Einzugehen ist nachfolgend auf die Vorbringen des Beschwerdeführers: 7.4.2.1 Der Beschwerdeführer stellt sich in Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten zum einen auf den Standpunkt (A.S. 35), der Gutachterin seien die erforderlichen bildgebenden Aufnahmen der LWS, HWS und BWS nicht zur Verfügung gestanden. Dieses Vorbringen läuft indes ins Leere. So hat die Rheumatologin Dr. med. AK.____ unter dem Titel «Entwicklung des Beschwerdebildes gemäss Aktenlage» (IV-Nr. 146 S. 57 ff.) die bisher durchgeführten bildgebenden Abklärungen aufgeführt und somit in ihrem Teilgutachten berücksichtigt. Ausserdem führte die Gutachterin explizit aus, es seien keine Fremdanamnesen erforderlich, da genügend differenzierte Vorakten bestünden, die den Zustand des Exploranden ausreichend dokumentierten (IV-Nr. 146 S. 65). Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass die Gutachterin bei einem entsprechenden Erfordernis selbst bildgebende Abklärungen durchgeführt oder zumindest veranlasst hätte. Die vom Beschwerdeführer im Rahmen der gutachterlichen Abklärung geäusserten Beschwerden (vgl. IV-Nr. 146 S. 65) vermögen daran nichts zu ändern. So kann – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 36) – aus subjektiv geäusserten Beschwerdeschilderungen des Exploranden nicht unmittelbar die Pflicht des Sachverständigen abgeleitet werden, weitere bildgebende Untersuchungen durchzuführen. Ausserdem stellte die Rheumatologin aufgrund der durchgeführten klinischen Untersuchungen des Beschwerdeführers fest (IV-Nr.146 S. 70), das aktuelle Vorliegen von Rückenschmerzen könne rheumatologischerseits nicht sicher objektiviert werden. Diese Einschätzung vermag einzuleuchten, weil gemäss der Gutachterin keine eruierten strukturellen Schäden im MRI bestünden und die aktuelle rheumatologische Untersuchung keine sensomotorischen Ausfälle zeige und auch die Nervendehnungstests unauffällig gewesen seien. Daran vermag auch der vom Beschwerdeführer ins Feld geführte Verweis auf die «Leitlinien der SGR zur Begutachtung rheumatologischer Krankheiten und Unfallfolgen» nichts zu ändern (vgl. A.S. 36; vgl. abrufbar unter http://www.hpr-schweiz.ch/download/Content_filebase/Attachmentdocument/leitlinienzurbegutachtungrheuma-un

fallfolgen.pdf, zuletzt besucht am 5. Februar 2018). So wird auf S. 738 ausgeführt, dass Untersuchungen der zur Diskussion stehenden Regionen in der Regel wiederholt würden, falls die zur Verfügung stehenden Bilder älter als sechs Monate seien. Bei stabilem Beschwerdebild und (gemäss Akten) unverändertem klinischem Befund reichten indes auch ältere konventionelle Aufnahmen aus. Da die rheumatologische Gutachterin – wie unter E. II. 7.2.3 hiervoor dargelegt – bis auf die Einschätzung hinsichtlich des fibromyalgiformen Beschwerdebildes nicht von divergierenden Vorbefunden ausgeht (vgl. IV-Nr. 146 S. 71), ist nicht zu beanstanden, dass sie sich gegen die Durchführung von weiteren bildgebenden Untersuchungen entschieden hat. Diesbezüglich kann darauf hingewiesen werden, dass auch Dr. med. N. ___ anlässlich seines Neurologischen Privatgutachtens vom 14. Dezember 2017 (vgl. E. II. 6.23 hiervoor) keine bildgebenden Abklärungen durchführte. In diesem Zusammenhang läuft auch das weitere Vorbringen des Beschwerdeführers ins Leere, wonach es die MEDAS-Rheumatologin unterlassen habe, ein Messprotokoll zu erstellen (A.S. 37 f.). So hat die Gutachterin die im Rahmen der klinischen Untersuchung festgestellten Ergebnisse inkl. Angabe der jeweiligen Messwerte festgehalten (vgl. IV-Nr. 146 S. 66 f.). Dem weiteren Vorbringen, wonach der Beschwerdeführer bei der rheumatologischen Untersuchung «zusammengeschissen» worden sei (A.S. 37), kann nicht gefolgt werden. Falls es zu einem entsprechenden Vorkommnis im Rahmen der gutachterlichen Abklärungen gekommen wäre, hätte der Beschwerdeführer dies bereits unmittelbar nach Zustellen des polydisziplinären Gutachtens, nämlich im Zusammenhang mit der «Stellungnahme zum Gutachten», vorbringen können. Ein solches Ereignis ist indes weder dem Brief des den Beschwerdeführer behandelnden Arztes Dr. med. L. ___ vom 19. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.18 hiervoor) noch den Einwänden des Beschwerdeführers vom 4. August 2016 (IV-Nr. 155) zu entnehmen. Diese Beanstandungen werden vielmehr erstmals im Rahmen der Beschwerdeergänzung vom 16. Dezember 2016 vorgebracht. Daher kann diesen nicht gefolgt werden.

7.4.2.2 In Bezug auf das Neurologische Teilgutachten lässt der Beschwerdeführer vorbringen (A.S. 38), die Einschätzungen betreffend die Migräne vermöchten schon deshalb nicht zu überzeugen, da es tatsachenwidrig sei, dass sich die Migräneattacken dank Irfen auf ein Minimum von einer Migräneattacke für drei bis vier Stunden jeden sechsten Tag reduzieren bzw. halbieren liessen. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass die entsprechenden Ausführungen im Neurologischen Teilgutachten auf den Angaben des Beschwerdeführers basieren. So hielt der Neurologe Dr. med. AI. ___ fest, es werde berichtet, dass sich bei rechtzeitiger Einnahme von Irfen 600 mg 50 % der Migräneanfälle verhindern liessen (IV-Nr. 146 S. 82). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers handelt es sich somit bei dieser Feststellung nicht um eine «Behauptung des Neurologen», sondern um eine Angabe des Beschwerdeführers selbst. Es bestand kein Anlass, diese Aufzeichnung zu bezweifeln. Es ist daher nicht weiter auf dieses Vorbringen einzugehen. Eingehend auf die neuropathischen Schmerzen, auf die der Gutachter laut dem Beschwerdeführer nicht weiter eingegangen sei, obschon er diese als möglich angesehen habe (A.S. 38), ist festzuhalten, dass Dr. med. AI. ___ die Prognose bezüglich der Medianusläsion als gut einschätzte, da es sich um ein stabiles Ausfallsyndrom handle (IV-Nr. 146 S. 94). Zudem führte er aus, möglicherweise könne der neuropathische Schmerz durch die Einnahme von schmerzmodulierenden Medikamenten noch weiter minimiert werden. Gestützt auf diese Darlegungen ist davon auszugehen, dass der neurologische Gutachter in Bezug auf die neuropathischen Schmerzen keine weiterführenden Untersuchungen als notwendig erachtete, diesen jedoch durch eine medikamentöse Behandlung gute Chancen zur Verringerung / Verbesserung zusprach.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hat sich der Neurologe mit den neuropathischen Schmerzen also durchaus auseinandergesetzt. 7.4.2.3 Der Beschwerdeführer lässt ferner vorbringen, die Einschätzungen des schweren Schlafapnoe-Syndroms seien unhaltbar (A.S. 38 unten). So bestehe bei ihm eine Maskenintoleranz aufgrund nächtlicher Panik. Diese Darlegung wird indes durch den vom Beschwerdeführer am 18. April 2017 (A.S. 57 f.) im Rahmen der Replik eingereichten Bericht des AM.____ vom 21. November 2016 (vgl. E. II. 6.20 hiervor) entkräftet. So geht aus diesem hervor, dass beim obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom schweren Grades unter BIPAP eine gute Schlafkontrolle sowie eine ordentliche Compliance bestünden. Gestützt auf diese Darlegungen scheint der Beschwerdeführer das Tragen der Maske, entgegen seiner eigenen Ausführungen, relativ gut zu tolerieren. In diesem Sinn hielt auch Dr. med. L.____ in seinem Bericht vom 8. Januar 2018 fest (vgl. E. II. 6.24 hiervor), der Beschwerdeführer leide seit der Kindheit an Migräne und werde seit über zwei Jahren mittels CPAP bei obstruktivem Schlafapnoesyndrom behandelt. Der Argumentation des Beschwerdeführers kann daher nicht gefolgt werden. 7.4.2.4 Der Beschwerdeführer hält weiter dafür (A.S. 37), im Gutachten finde sich keine Begründung, weshalb die Aussage im EFL-Bericht vom 21. Juni 2014 (vgl. E. II. 6.14 hiervor), wonach ihm die bisherige Tätigkeit nicht zumutbar sei, unzutreffend sein sollte. Diesbezüglich kann ausgeführt werden, dass im Bericht über die durchgeführte EFL festgehalten wurde, die Diagnosen 1 bis 3 («lumbales sowie thorakales Schmerzsyndrom, chronische Schmerzstörung, mit somatischen und psychischen Faktoren und multiple Schmorl'sche Impression, vereinbar mit einer Scheuermann'schen Erkrankung BWK 12 stark erodiert») seien medizinisch-theoretisch «geeignet», die bisherige Tätigkeit als Polymechaniker als nicht (weiter) zumutbar zu betrachten. Dr. med. AG.____ und der Therapeut AH.____ hielten ausserdem fest, die exakten Einschränkungen dieser Leiden auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Polymechaniker könnten aufgrund der fehlenden Leistungsbereitschaft, der auffälligen Inkonsistenz und erheblicher Symptomausweitung «nicht bestimmt werden». Somit kann nicht unbesehen auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im EFL-Bericht abgestellt werden und es ist daher auch nicht zu beanstanden, dass sich die Gutachter der Begutachtungsstelle K.____ nicht näher mit diesem Bericht auseinandergesetzt haben. Daran vermag – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – auch nichts zu ändern, dass der RAD-Arzt Dr. med. H.____ in seiner Aktennotiz vom 1. Mai 2014 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) und somit im Vorfeld der EFL-Abklärungen von Ende Mai 2014 die Beurteilung in der Klinik I.____ als «wegweisend» bezeichnete. Es ist an dieser Stelle auf das Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen, wonach die Beschwerdegegnerin einem (angeblichen) fehlenden Eingliederungswillen mittels Mahn- und Bedenkzeitverfahren (MBZV) hätte begegnen müssen (A.S. 8, 39). Diesbezüglich kann zunächst festgehalten werden, dass berufliche Massnahmen u.a. dazu dienen können, subjektive Eingliederungshindernisse im Sinne einer Krankheitsüberzeugung zu beseitigen. Es bedarf indessen auch diesfalls eines Eingliederungswillens bzw. einer entsprechenden Motivation der versicherten Person (Urteil des Bundesgerichts 9C_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 7). Im vorliegenden Fall wurde im Abschlussbericht vom 20. Februar 2015 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) festgehalten, der Beschwerdeführer sehe sich bis auf weiteres nicht arbeitsfähig. Entsprechende Beurteilungen sind auch im Bericht betreffend die durchgeführte EFL vom 27. / 28. Mai 2014 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) sowie im Gutachten der Begutachtungsstelle K.____ vom 26. April 2016 (vgl. E. II. 6.17 hiervor, IV-Nr. 146 S. 54, 65, 86, 105) sowie im Privatgutachten von Dr. med. N.____ vom 14. Dezember 2017 (vgl. E. II. 6.23 hiervor)

enthalten. Unter diesen Umständen ist im Verfügungszeitpunkt vom 26. Oktober 2016 ein subjektiver Eingliederungswille klar zu verneinen. Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entfällt folglich (Urteile des Bundesgerichts 8C_726/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.3, 9C_231/2015 vom 7. September 2015 E. 4.2), ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt werden müsste (vgl. dazu insgesamt Urteil des Bundesgerichts 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3 m.w.H.). Es bleibt dem Beschwerdeführer indes unbenommen, sich bei vorhandener subjektiver Eingliederungsbereitschaft wieder bei der Beschwerdegegnerin zu melden.

7.4.2.5 Die Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen am Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle K.____ somit keine auch nur geringen Zweifel hervorzurufen.

8. Dem Gutachten der Begutachtungsstelle K.____ vom 26. April 2016 ist somit der volle Beweiswert zuzusprechen. Die Beschwerdegegnerin hat mit Verfügung vom 26. Oktober 2016 folglich zu Recht auf dieses Gutachten abgestellt. Es ist damit in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von den Einschätzungen in diesem Gutachten auszugehen: Gesamtmedizinisch besteht in der bisherigen Tätigkeit sowie in einer angepassten Tätigkeit / Verweistätigkeit eine qualitative Arbeitsunfähigkeit von 20 % bei grundsätzlich 100 % zeitlicher Präsenz am Arbeitsplatz.

9. Es ist im Folgenden auf den durch die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 26. Oktober 2016 vorgenommenen Einkommensvergleich einzugehen (vgl. A.S. 2):

9.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1). Für die Berücksichtigung einer beruflichen Weiterentwicklung ist erforderlich, dass konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre; bloss theoretische Aufstiegsmöglichkeiten sind nicht zu berücksichtigen (AHI 1998 S. 171 E. 5a).

9.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2 mit Hinweisen, 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]).

9.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten besuchte der Beschwerdeführer neun Jahre die Primar- und Oberschule in [...]. Vom Januar 1996 bis November 1998 absolvierte er sodann eine Anlehre als Uhrenmechaniker bei der AO.____, in [...]. Er verliess den Betrieb aufgrund von unumgänglichen Restrukturierungsmassnahmen (vgl. IV-Nr. 65 S. 16). Vom November 1998 bis im Mai 1999 war er bei der AP.____, in [...], als Mitarbeiter in der Abteilung Roulage angestellt, wo er Schleifmaschinen bediente und die Qualität und Quantität der hergestellten Teile während der Produktion überwachte (IV-Nr. 65 S. 15). Vom Juni 1999 bis Dezember 1999

war er bei der AO.____, in [...], in den Abteilung Teillage und Roulage beschäftigt, wo er einen Maschinenpark betreute (IV-Nr. 65 S. 14). Anschliessend wurde er vom 1. Januar bis 30. September 2000 bei der AQ.____, in [...], als Mitarbeiter in der Abteilung Nockenbohrungsbearbeitung als CNC Mechaniker beschäftigt (vgl. IV-Nr. 65 S. 13) und vom 1. Dezember 2000 bis 31. Mai 2002 als Maschinenoperator bei der AR.____, in [...] (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 30. April 2002, IV-Nr. 14), welche das Arbeitsverhältnis aufgrund der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ab Ende Mai 2001 per Ende Mai 2002 kündigte (IV-Nrn. 14 S. 4, 65 S. 12). Schliesslich arbeitete er vom Juni 2002 bis März 2003 in einem befristeten Arbeitsverhältnis als Montagemitarbeiter bei der AS.____, in [...] (IV-Nr. 65 S. 10 f.). Es folgten dann vom 14. April bis 9. Mai 2003 eine berufliche Abklärung bei der C.____ (vgl. IV-Nr. 33), und vom August 2003 bis Januar 2005 eine Umschulung zum CNC-Operator bei der D.____, [...], die indes aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig abgebrochen werden musste (vgl. dazu Abschlussbericht vom 7. Februar 2005, IV-Nr. 45 und IV-Nr. 65 S. 9). Vom Juni 2005 bis März 2006 war der Beschwerdeführer als Mitarbeiter bei handwerklichen Projekten beim E.____ beschäftigt und ab April 2006 bis November 2008 bei der AT.____, in [...], als CNC Mechaniker. Vom Dezember 2008 bis November 2009 erfolgte ein Temporäreinsatz als Gruppenleiter in der Fertigung bei der AU.____, in [...] (vgl. IV-Nr. 83). Ab 1. Januar 2013 war er bei der AU.____ in [...] in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis zu 100 % beschäftigt (vgl. IV-Nr. 117 f.). Zu seinen Tätigkeiten gehörten das Bedienen der CNC-Maschine, das Messen und Prüfen, das Leeren der Späne, das Nachladen des Materials und die Reinigung der Maschine. Ab 17. Juni 2013 war er arbeitsunfähig (vgl. Intake-Gespräch vom 12. Dezember 2013, IV-Nr. 118). Das Arbeitsverhältnis wurde Ende März 2014 aufgelöst (vgl. IV-Nr. 126 S. 2). Am 27. und 28. Mai 2014 (IV-Nr. 125 S. 2 ff.) wurde die berufliche physische Belastbarkeit des Beschwerdeführers im Auftrag des Taggeldversicherers G.____ sodann mittels einer EFL-Abklärung in der Klinik I.____ geprüft. 9.1.3 Aufgrund dieser Ausführungen ist – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. A.S. 28 f.) – das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, beim Valideneinkommen den zuletzt erzielten Lohn des Beschwerdeführers bei der AU.____ heranzuziehen (A.S. 2), nicht zu beanstanden. Es ist folglich von einem jährlichen Bruttolohn von CHF 61'100.00 auszugehen (vgl. Arbeitgeberfragebogen, IV-Nr. 117 S. 3). Das Valideneinkommen beträgt somit CHF 61'100.00. Der Argumentation des Beschwerdeführers, wonach das Einkommen bei der AU.____ nicht massgebend sei, da dieses bereits massiv von der Invalidenkarriere des Beschwerdeführers tangiert gewesen sei (A.S. 29), kann nicht gefolgt werden. So war der Beschwerdeführer entgegen dessen Ausführungen (A.S. 28) nie als Uhrmacher tätig. Denn die Ausübung einer entsprechenden beruflichen Tätigkeit erfordert eine vierjährige Lehre (vgl. <https://berufsberatung.ch/dyn/show/1900?id=3218>, zuletzt besucht am 28. Februar 2018). Der Beschwerdeführer hat indes lediglich eine maximal 2,5jährige Anlehre als Uhrenmechaniker absolviert (vgl. E. II. 9.1.2 hiervoor). Folglich wäre vorliegend beim Valideneinkommen das Heranziehen der Entlohnung als Uhrmacher nicht gerechtfertigt. Es bestand für die Beschwerdegegnerin daher auch kein Anlass, genauere Abklärungen der Erwerbsmöglichkeiten des Beschwerdeführers als Uhrmacher (vgl. A.S. 29) zu tätigen. Obschon die dem Beschwerdeführer durch die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 22. Juli 2003 (IV-Nr. 38) zugesprochene zweijährige Umschulung zum CNC-Bediener vorzeitig abgebrochen werden musste, arbeitete er anschliessend als CNC-Mechaniker bzw. bediente CNC-Maschinen (vgl. E. II. 9.1.2 hiervoor). Im Abschlussbericht vom 21. Dezember 2009 (IV-Nr. 102) hielt die Eingliederungsfachfrau F.____ diesbezüglich denn

auch fest, der Beschwerdeführer suche nun selbständig eine passende Stelle und sei offen für Neues. Gestützt auf diese Ausführungen kann dem Vorbringen des Beschwerdeführers betreffend die Berücksichtigung einer Validenkarriere als Uhrmacher nicht gefolgt werden. Es bestehen auch keine Hinweise auf weitere Ausbildungen etc. des Beschwerdeführers. Selbst wenn vom zuletzt vor dem Unfallereignis vom Mai 2001 bei der AR.____ erzielten Lohn von monatlich CHF 4'144.00 ausgegangen würde (IV-Nr. 14), würde das Valideneinkommen bei einem Jahreseinkommen von CHF 53'872.00 im Jahr 2002 unter Aufrechnung des Nominallohnindex gemäss Tabelle T1.93 des BFS im Jahr 2013 (: 112,3 [2002] x 126,5 [2013]) total CHF 60'244.60 betragen und wäre daher leicht tiefer als das hier herangezogene Valideneinkommen von CHF 61'100.00.

9.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Da beim Beschwerdeführer gemäss voll beweiskräftigem Gerichtsgutachten der K.____ sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit gesamtmedizinisch eine qualitative Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 % bei grundsätzlich 100 % zeitlicher Präsenz am Arbeitsplatz besteht (vgl. E. II. 6.16 hiavor), ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt hat:

9.2.1 Die Beschwerdegegnerin ist dabei zu Recht vom monatlichen Bruttolohn für Männer gemäss der Tabelle LSE 2012 TA1_tirage_skill_level, Niveau 1 [einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art], Total Männer) ausgegangen (vgl. BGE 142 V 178 E. 5.2.1 S. 184). Dieser beträgt indes anstelle der von der Beschwerdegegnerin ausgewiesenen CHF 5'312.00, korrekterweise CHF 5'210.00. Die Beschwerdegegnerin hat anschliessend den auf 40 Wochenstunden beruhenden Betrag auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr hochgerechnet. Damit resultiert ein Betrag von CHF 65'177.10. Zu berücksichtigen ist zudem der Nominallohnindex für das Jahr 2013 von 0,8% (vgl. T1.1.10 Nominallohnindex Männer, Total, 2011 - 2014). Damit resultiert ein Jahreseinkommen von gerundet CHF 65'698.50. Unter Berücksichtigung eines Arbeitspensums von 80 % resultiert ein Invalideneinkommen von CHF 52'558.80. Der Beschwerdeführer stellt sich diesbezüglich auf den Standpunkt (A.S. 30 ff.), es sei schwer eruierbar, welche konkreten Verweistätigkeiten ihm überhaupt noch zur Verfügung stünden. So sei seine rechte, dominante Hand unstrittig für durchgehend manuelle Tätigkeiten nicht mehr einsetzbar. Im beweiswertigen Gutachten der Begutachtungsstelle K.____ vom 26. April 2016 (vgl. E. II. 6.17 hiavor) wird diesbezüglich im Rahmen der Konsensbeurteilung festgehalten, es sei anzunehmen, dass durch die sensomotorischen Einschränkungen in Kombination mit dem neuropathischen Schmerzsyndrom bei taktilen Arbeiten der Hände eine Einschränkung der Belastbarkeit von um 20 % bestehe (vgl. IV-Nr. 146 S. 40). Eine zeitliche Einschränkung sei bei wechselnder Arbeit mit nicht durchgehender manueller Tätigkeit nicht gegeben. Folglich wurde die eingeschränkte Einsetzbarkeit der rechten Hand des Beschwerdeführers bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 80 % berücksichtigt und es ist nicht von einer – wie vom Beschwerdeführer vorgebracht (A.S. 33 unten) – funktionellen Einhändigkeit auszugehen. Dies gilt im Weiteren auch für die Migräneattacken des Beschwerdeführers. So wurde im Gutachten ausgeführt, im Falle eines Auftretens einer solchen Attacke sei punktuell von einem kurzzeitigen Arbeitsausfall auszugehen (IV-Nr. 146 S. 40). Ausserdem wurde festgehalten, dass bei Auftreten einer Migräneattacke von drei bis vier Stunden alle sechs Tage statistisch keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit als 20 % zu postulieren sei.

Damit erscheint korrekt, dass die Beschwerdegegnerin auf das Arbeitspensum von 80 % abgestellt hat. 9.2.2 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Da es als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist, dass der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit bei voller zeitlicher Präsenz verwerten kann (vgl. E. II. 9.2 hiervor), ist unter dem Gesichtspunkt der teilzeitlichen Tätigkeit – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 34 unten) – kein Abzug vorzunehmen. Obschon der Beschwerdeführer einzig eine Anlehre und später noch eine Umschulung absolviert hat (vgl. E. II. 10.2.2 hiervor), sind vorliegend keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass er wegen mangelnder Berufserfahrung bloss eine «schlechte Anfängerentlohnung» erwarten könnte, zumal er bereits mehrjährige Berufserfahrungen im Bereich der CNC-Mechanik sammeln konnte. Auch das Alter des Beschwerdeführers von 38 Jahren, vermag keinen Tabellenlohnabzug zu begründen. Ob ein Abzug im vorliegenden Fall gerechtfertigt wäre, kann mit Bezug auf E. II. 9.3 hiernach offen bleiben. Damit beträgt das Invalideneinkommen CHF 52'558.80.

9.3 Folglich resultiert bei einem Valideneinkommen von CHF 61'100.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 52'558.80 eine Erwerbseinbusse von CHF 8'541.20 und somit ein Invaliditätsgrad von gerundet 14 %, der nicht zum Bezug einer Invalidenrente berechtigt (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Selbst wenn beim Invalideneinkommen von einem leidensbedingten Abzug von 25 % ausgegangen würde, würde sich an diesem Ergebnis nichts ändern. Diesfalls würde das Invalideneinkommen CHF 39'419.10, die Erwerbseinbusse CHF 21'680.90 und der IV-Grad daher gerundet 35,5 % betragen. Auch dieser IV-Grad würde nicht zu einem Rentenanspruch führen. Da beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Verfügung vom 26. Oktober 2016 – wie in E. II. 7.4.2.4 dargelegt – der subjektive Eingliederungswille nicht gegeben war, erübrigt sich auch ein Anspruch auf berufliche Massnahmen, insbesondere auf eine Umschulung, der bei einem IV-Grad von 20 % grundsätzlich bestünde.

9.4 Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 26. Oktober 2016 somit den Anspruch des Beschwerdeführers auf Ausrichtung einer Rente zu Recht abgewiesen. Bei einem errechneten IV-Grad von 14 % sind die Voraussetzung für berufliche Massnahmen ebenfalls nicht erfüllt (vgl. E. II. 3.5 hiervor). Damit ist die angefochtene Verfügung vom 26. Oktober 2016 im Ergebnis zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Der Beschwerdeführer hat weder Anspruch auf eine Invalidenrente noch auf berufliche Massnahmen.

10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

10.1 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege

(vgl. E. I.7 hiervor). 10.2 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers Claude Wyssmann hat am 3. Juli 2017 (A.S. 72) eine Kostennote eingereicht, die er anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 28. Februar 2018 (A.S. 86 ff.) ergänzte. Er macht insgesamt einen Kostenersatz von CHF 10'726.25 (CHF 6'055.45 + CHF 4'670.80) – basierend auf einem zeitlichen Aufwand von total 37,25 Stunden (21,39 Std. + 15,86 Std.) und Auslagen von total CHF 627.60 (CHF 259.40 + CHF 368.20) – geltend. Darin ist ein Kanzleiaufwand für siebzehn Klientenbriefe (28. November, 1., 22. Dezember 2016, 1. Februar, 3., 15. März, 21., 24. April und 18. Mai, 6. Juli, 4. Oktober, 20., 22. November, 1. Dezember 2017, 26. Februar 2018 à je 0,17 Stunden und vom 18. Dezember 2015 à 0,33 Std. sowie vom 9. Januar 2018 à 0,08 Std.) und für vier Fristerstreckungen von total 1,08 Stunden (15. März 2017 à 0,33 Std., 6. April 2017 à 0,25 Std., 31. Mai 2017 à 0,25 Std. und vom 16. Juni 2017 à 0,25 Std.) enthalten, die im Stundenansatz bereits inbegriffen und daher nicht gesondert zu entschädigen sind (total: 4,04 Std.). Dies gilt auch für den geltend gemachten Aufwand für das Einreichen der Kostennote vom 3. Juli 2017 à 0,25 Std., die ausgewiesenen E-Mails von insgesamt 1,19 Std. (21. November 2016 à 0,33 Std., 24. November 2016 à 0,03 Std., 28. November 2016 à 0,08 Std., 1. Dezember 2016 à 0,08 Std., 2 x 26. April 2017 à je 0,08 Std., 28. September 2017 à 0,17 Std., vom 22. November 2017 à 0,17 Std., vom 15. Dezember 2017 à 0,17 Std.) und die Briefe von total 1,75 Std. an den Privatgutachter Dr. med. N.____ vom 22. November 2017 à 0,33 Std., dessen Gutachten vorliegend nicht notwendig war (vgl. E. II).

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