

SO_GERICHTE VSBES.2017.125 vom 16. März 2017

SO Obergericht, 2017-03-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.125

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.125 du 16 mars 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.125 del 16 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 16. März 2017 sei vollumfänglich aufzuheben.

E. 2

a) Es seien dem Beschwerdeführer ab wann rechtens und spätestens ab 1. Januar 2014 die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Rente) nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins von 5 % ab wann rechtens auszurichten. b) Eventualiter: die Beschwerdesache sei zur medizinischen Neubegutachtung und zu beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen an die IV-Stelle Solothurn zurück zu weisen.

E. 3

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

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

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des

Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

E. 4

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

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

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

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

5. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers habe ihm die Beschwerdegegnerin am 30. Januar 2014 mitgeteilt, ihn polydisziplinär unter Einbezug der internistischen, psychiatrischen, neurologischen und neurochirurgischen Fachrichtungen begutachten lassen zu wollen. Das Gutachten der D. ___ vom 18. Februar 2015 sei jedoch ohne neurochirurgische Untersuchung erfolgt. Dies aufgrund vom Versicherten nicht zu verantwortenden Unklarheiten, wobei letztlich die IV-Stelle und nicht der Versicherte auf den Beizug dieser Fachrichtung verzichtet habe. Sodann rüge der Beschwerdeführer, dass der Rentenanspruch von der IV-Stelle verfrüht geprüft und der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» verletzt worden sei. Wie bereits die Vorvertreterin zu Recht moniert habe, gehe selbst aus dem Gutachten der D. ___ eine volle Arbeitsunfähigkeit für die Zeit von Januar 2013 bis 4. September 2014 hervor. Somit hätte der Versicherte nach Ablauf des Wartjahres per Januar 2014 zumindest einen Anspruch auf eine (befristete) Rente gehabt

(Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG). Nach Ablauf der Befristung hätte die Beschwerdegegnerin wie ebenfalls bereits von der Vorvertreterin gerügt, berufliche Eingliederungsmassnahmen prüfen und durchführen müssen. Dies sei nicht erfolgt. Bei dem von der IV-Stelle angenommenen Invaliditätsgrad von 24 % sei es unerfindlich, weshalb der Anspruch auf eine Umschulung nicht geprüft worden sei. Die IV-Stelle habe einfach unbegründet den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen. Des Weiteren könne dem bei der D.____ eingeholten Gutachten vom 18. Februar 2015 keine volle Beweiskraft zuerkannt werden. So sei dieses nicht von den für die Beurteilung von Wirbelsäulenleiden fachlich geeigneten Ärzten erstattet worden. Wirbelsäulensyndrome seien dem medizinischen Fachgebiet der Rheumatologie zuzuordnen (vgl. statt vieler Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2007/126 vom 21. August 2008, E. 5.3.1 mit Hinweis auf M. Franke, Erkrankungen des Bewegungsapparates, in: Hans Hermann Marx [Hrsg.], Medizinische Begutachtung, Grundlagen und Praxis, 6. Auflage 1992, S. 368 und 376). Bei der Beurteilung von Wirbelsäulensyndromen sei ferner eine orthopädische Begutachtung unerlässlich (M. Franke, a.a.O., S. 377). Die Begutachtung bei der D.____ sei in somatischer Hinsicht weder durch einen Rheumatologen noch durch einen Orthopäden vorgenommen worden. Das D.____-Gutachten beruhe daher in einem entscheidenden Punkt nicht auf den hierfür erforderlichen spezialärztlichen Feststellungen. Ein weiterer Mangel beim D.____-Gutachten sei im fehlenden Bezug der Bildgebung die LWS betreffend zu erblicken. Schliesslich habe dem neurologischen Teilgutachter nur der Befundbericht über die am 10. September 2014 im K.____ durchgeführte MRI der LWS vorgelegen, nicht aber die Bilder selbst. Es gehöre indes zu den Grundpflichten des Gutachters, das bildgebende Material zu beschaffen und persönlich einzusehen. Das Gutachten sei schliesslich im Verfügungszeitpunkt vom 16. März 2017 bereits über 30 Monate alt gewesen, habe es doch auf Untersuchungen in der Zeit vom 20. August 2014 bis 4. September 2014 beruht. Arztberichte, welche im Verfügungszeitpunkt älter als 18 Monate alt seien, würden praxismässig nicht mehr als aktuell gelten, so dass auf diese nicht länger abgestellt werden dürfe (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 27. Juli 2009 [Prozess-Nr. VSBES.2008.344], E. 3c bezogen auf Wirbelsäulenaaffektionen und Herzbeschwerden, mit Hinweis auf das Urteil des EVG vom 3. Januar 2006, I 633/05, E. 4.2.3). Sodann vermöge das psychiatrische Teilgutachten der D.____ von Dr. med. L.____ bereits deshalb nicht zu überzeugen, weil sich dieses nicht mit den Schmerzen des Versicherten auseinandergesetzt habe. Eine eigentliche Schmerzanamnese inklusive der Erfragung der schmerzbedingten Einschränkungen bei Mobilität, Alltags- und Freizeitaktivitäten fehle. Auch habe der Privatgutachter Dr. med. E.____ zu Recht darauf hingewiesen, dass Dr. med. L.____ laut dessen eigenen Ausführungen der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach F45.41 generell ablehnend gegenüberstehe und die Diagnose nicht individuell und kriterienlogisch überprüft habe. Schliesslich fehle dem Gutachten von Dr. med. L.____ auch eine Auseinandersetzung mit den bundesgerichtlichen Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281. Bei dieser Ausgangslage, wo sich zwei psychiatrische Expertisen derart diametral gegenüberstünden, sei zumindest eine psychiatrische Oberexpertise angezeigt, sollte das Gericht nicht ohnehin bereits auf die Privatexpertise abstellen wollen (vgl. Urteil 9C_858/2014 vom 3. September 2015, E. 5.2.2). Das Gutachten der D.____ sei auch deshalb mangelhaft, weil es sich nicht mit dem eindrücklichen Medikamentenbedarf des Versicherten auseinandersetze. Zwar enthalte es Ausführungen zum Bedarf des Versicherten nach der Marcoumartherapie zur Thromboseprophylaxe. Es werde auf Seite

21 ausgeführt, dass der Versicherte keine Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr ausüben dürfe. Was genau damit gemeint sei, erfahre der Rechtsanwender nicht und werde auch von der IV-Stelle nicht weiter konkretisiert. Aber überhaupt fehlend sei die Frage, ob der Versicherte angesichts der hoch dosierten Analgesie überhaupt und wenn ja, in welchem Umfang arbeiten könne. Schliesslich sei das von der IV-Stelle herangezogene lohnstatistische Einkommen ohne konkrete Nennung von Verweistätigkeiten nicht statthaft. Selbst das Zumutbarkeitsprofil gemäss Gutachten der D.____ lasse industrielle und gewerbliche Tätigkeiten als nicht realisierbar erscheinen. Somit wäre der Versicherte auf Tätigkeiten im Dienstleistungssektor angewiesen. Auch sei nicht erkennbar, inwieweit beim Versicherten bei massiv lohnmindernden Faktoren (Arbeitsschwere leicht, Erfordernis von Wechsellpositionen, Vermeidung von Verletzungsgefahren, usw.) nur ein Tabellenlohnabzug von 10 % greifen sollte.

6. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 24. Juli 2013 beantragte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 16. März 2017 aufgrund eines errechneten IV-Grades von 24 % zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung ■ vorliegend am 7. Januar 2004 ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 16. März 2017 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

6.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen ursprünglichen Verfügung vom 7. Januar 2004 stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das B.____-Gutachten vom 15. Dezember 2003 (IV-Nr. 21). Darin wurden folgende Diagnosen gestellt:

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Heroin-Abhängigkeit bei Polytoxikomanie (Cannabis täglich, gelegentlich Kokain, Nikotin mit 10 py [ICD-10 F11.2])

2. Status nach seltenen epileptischen Anfällen (ICD-10 G40.5)

-Verdacht auf leichte toxisch bedingte Enzephalopathie bei Drogenkonsum (ICD-10 G92)

3. Leichte Polyneuropathie (ICD-10 G62.9)

4. Status nach Kleinfingerkontusion rechts 2000

-Status nach rezidivierender Epidermoid-Zyste

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

-Neurotische Persönlichkeit, selbstunsicher, abhängig (ICD-10 F60.8)

Zusammenfassend wird im Gutachten ausgeführt, beim Beschwerdeführer könne in der zuletzt durchgeführten Tätigkeit eine geringe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % ab 6. April 1999 festgehalten werden. Aufgrund des Drogenkonsums bestehe derzeit eine deutliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Es gebe jedoch keine Anhaltspunkte, dass nach mehrmonatiger Drogenabstinenz beim Beschwerdeführer weiterhin eine Einschränkung bestehen würde. Eine derartige Massnahme sei dem

Exploranden zumutbar. Vor Durchführung einer derartigen Massnahme mit anschliessend auch mehrmonatiger, nachgewiesener Suchtabstinenz könne beim Exploranden keine Aussage hinsichtlich Arbeitsfähigkeit gemacht bzw. könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, unabhängig vom Drogenkonsum, festgestellt werden. Es lägen ferner keine irreversiblen Folgen des Drogenkonsums vor, welche die Arbeitsfähigkeit relevant, auch nach Absetzen des Konsums, beeinträchtigen würden. Zudem könnten berufliche Massnahmen vor nachhaltiger Durchführung der medizinischen Massnahmen nicht vorgeschlagen werden.

6.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 16. März 2017 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

6.2.1 Im Bericht betreffend MRT der LWS vom 3. Mai 2013 (IV-Nr. 38) wurde festgehalten, im Segment LWK 3/4 bestehe rechts lateral ein Ödem in den angrenzenden Abschlussplatten, zudem finde sich T2 hyperintenses Material rechts paravertebral bis in den Musculus iliopsoas reichend und eine Verbreiterung des ventralen Epiduralraumes. Aufgrund des Materials rechts paravertebral und des verbreiterten Epiduralraumes könnte es sich um eine Spondylodiszitis handeln mit einem paravertebralen Abszess und epiduraler Phlegmone. Da jedoch der Befund ungewöhnlich stark rechts lateralisiert sei und der Diskus selbst lediglich lineare Signalalterationen aufweise, sei ein Nucleus pulposus Prolaps nach rechts lateral mit Sequestration nicht ganz ausgeschlossen. Die spindelförmige Verbreiterung des Epiduralraumes sei diesbezüglich jedoch etwas ungewöhnlich. Da anamnestisch erst vor kurzem eine septische Thrombophlebitis vorgelegen habe, müsse die Spondylodiszitis klinisch/laborchemisch ausgeschlossen werden. Aufgrund des verbreiterten Epiduralraumes komme es zu einer linksbetonten rezessalen Stenose. Zudem bestünden eine leichte rezessale Dorsalverlagerung der L4 Wurzel links und leichte foraminale Stenose links mit Dorsalverlagerung der L3 Wurzel. Sowie eine Isthmische Spondylolyse LWK5 mit Spondylolisthesis nach (Meyerding 2).

6.2.2 Im Bericht des M. ___ vom 3. Juli 2013 (IV-Nr. 41, S. 12) betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 9. Mai 2013 bis 23. Juni 2013 wurden folgende Diagnosen gestellt:

Erste Hauptdiagnose:

Weitere Hauptdiagnosen

Nebendiagnose

St. n. Appendektomie

6.2.3 Im Bericht betreffend MRT LWS vom 1. November 2013 (IV-Nr. 41, S. 11) wurde ausgeführt, es gebe keine Hinweise auf ein Rezidiv der Spondylodiszitis. Die Darstellung der degenerativen Veränderungen in L3/4 bis L5/S1 sei weitgehend stationär mit leichter Recessuseinengung L3/4 beidseits und leicht linksbetonter Foraminaleinengung in L5/S1 bei stationärer Anterolisthesis Grad II nach Meyerding in dieser Etage.

6.2.4 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. C. ___, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 15. Januar 2014 (IV-Nr. 41) eine Drogensucht, eine Spondylodiscitis sowie LWS-Beschwerden. Der Beschwerdeführer sei seit heute wegen akuter Rückenschmerzen in der Notaufnahme des M. ___.

6.2.5 Im Bericht des M.____ vom 25. Februar 2014 (IV-Nr. 43, S. 5) betreffend die Hospitalisation vom 29. Januar 2014 bis 10. Februar 2014 wurden ergänzend folgende Diagnosen gestellt:

6.2.6 Dr. med. C.____ hielt in seinem Bericht vom 12. März 2014 (IV-Nr. 43) fest, zurzeit sei eine Arbeitsfähigkeit ausgeschlossen. Der Beschwerdeführer sei vom M.____ unter Höchstdosen von Analgetika entlassen worden.

6.2.7 Im Bericht des K.____, Neurochirurgie, vom 4. Juni 2014 (IV-Nr. 47, S. 2) wurde ausgeführt, bei St. n. Spondylodiszitis und Epiduralabszess scheine die Akutentzündung ausgeheilt. Bezüglich der Stabilität bzw. Osteochondrose oder Pseudarthrose in dem betroffenen Bandscheibenfach würden ein Kontroll-MRT und ein Kontroll-Röntgen veranlasst. Zurzeit bestehe noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

6.2.8 Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), hielt mit Stellungnahme vom 25. Juni 2014 (IV-Nr. 48) fest, als Folge der Heroinabhängigkeit mit intravenösen Applikationen sei es beim Gebrauch unsauberer Injektionsutensilien zur septischen Thrombophlebitis im 2/13 und septischen Spondylodiszitis L3/4 im 5/13 gekommen. Trotz antibiotischer Therapie habe am 16. Januar 2014 wegen des Infektrezidivs mit Epiduralabszess die Dekompressions- und Drainageoperation durchgeführt werden müssen. Der Infekt scheine jetzt behoben. Es verbleibe die Unklarheit über den Stabilitätszustand des lädierten Segmentes. Unklar sei auch, inwieweit bei dem Versicherten die subjektiv persistierende, bzw. bereits chronifizierte Lumbalschmerzproblematik nachvollziehbar sei. Um eine abschliessende Beurteilung des Folgezustandes mit den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vornehmen zu können, bedürfe es eines polydisziplinären Gutachtens. Das Gutachten sollte die internistische, psychiatrische, neurologische und neurochirurgische Beurteilung umfassen.

6.2.9 Im Bericht des K.____, Neurochirurgie, vom 10. September 2014 (IV-Nr. 78, S. 10) wurde ausgeführt, im MRT der LWS vom 10. September 2014 zeige sich die Spondylodiscitis vollständig ausgeheilt. Die vom Beschwerdeführer beklagte Beschwerdesymptomatik sei am ehesten durch die Dysbalance der Muskulatur sowie die mögliche ISG-Problematik hervorgerufen. Eine Indikation für ein stabilisierendes Vorgehen, auch der Spondylosyse LW5/S1, welche stabil sei und zu keiner Nervenwurzelkompression führe, gebe es zurzeit nicht.

6.2.10 Im Bericht des K.____, Neurochirurgie, vom 22. Januar 2015 (IV-Nr. 78, S. 12) wurde festgehalten, in der neurologischen Untersuchung berichte der Beschwerdeführer über eine Hypästhesie am ventrolateralen Oberschenkel rechtsseitig. Dies könne gut erklärt werden mit der damaligen Ausbreitung des Abszesses in den Iliopsoas rechtsseitig, sodass hier möglicherweise der Genitofemoralis in Mitleidenschaft durch die Entzündungsreaktion gezogen worden sei. Auch die Kraft im rechten Psoas sei nach wie vor leicht eingeschränkt. Die Narbenverhältnisse seien reizlos. Da der Beschwerdeführer 2013 eine septische Thrombose der Vena femoralis rechtsseitig gehabt habe und in der letzten Doppler-Duplexsonographie vom Februar 2014 nach wie vor ein neuer Thrombus auch auf der linken Seite aufgetreten sei, sei die Antikoagulation mit Marcoumar fortgesetzt worden. Aus spinalchirurgischer Sicht sei der Beschwerdeführer für eine körperlich belastende Tätigkeit nicht arbeitsfähig. Bei den fortbestehenden Rückenschmerzen sei auch eine administrative Tätigkeit nur zeitbegrenzt 50 % machbar. Zudem sollte die Tätigkeit wechselnd stehend, sitzend und gehend durchgeführt werden können.

6.2.11 Im D.____-Gutachten vom 18. Februar 2015 (IV-Nr. 66) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

Gemäss Aktenlage sei der Versicherte zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung bereits zwei Jahre lang nicht mehr berufstätig gewesen, die Kündigung damals sei wegen einer Diskussion um höheren Lohn erfolgt und nicht aus primären Krankheitsgründen. Demgemäss wäre eine Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt als angestammte Tätigkeit anzusehen. Für eine derartige Tätigkeit wäre bei Berücksichtigung des Tätigkeitsprofils, einer ideal angepassten Arbeitstätigkeit entsprechend, eine ganztägige Arbeitstätigkeit zumutbar mit lediglich leichter Leistungsminderung um 20 ■ 30 %. Die zuletzt ausgeübte angestellte Tätigkeit als Landschaftsgärtner sei hingegen als körperlich zu sehr belastend zu bewerten und nicht mehr zumutbar. Es sei eine ganztägige Präsenzzeit möglich, bei schmerzbedingt reduzierter Leistungsfähigkeit und vermehrtem Pausenbedarf. Aufgrund dieser reduzierten Rückenbelastbarkeit könnten zwar keine mittelschweren und schweren Tätigkeiten mehr durchgeführt werden, jedoch seien eine ideal angepasste, rückengerechte Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt mit Wechselbelastung und körperlich leichten Belastungen möglich (Gewichtslimits derzeit bis 10 kg). Dabei sollten alle Tätigkeiten mit Wirbelsäulenzwangshaltung, vorgeneigter oder gebückter Haltung, mit häufigen Rumpfrotationen oder Seitneigungen sowie Tätigkeiten in Kälte oder Zugluft vermieden werden.

Wegen der erforderlichen Marcoumartherapie sollte keine Tätigkeit mit grösserer Verletzungsgefahr ausgeübt werden. Aufgrund der hier durchgeführten Untersuchung bestünden keine versicherungsmedizinisch relevanten psychischen Störungen bei dem Versicherten, die eine Arbeitsaufnahme verunmöglichen würden. Die Persönlichkeitsakzentuierung und die noch aktive Drogenabhängigkeit würden dafür kein Hindernis darstellen. Ausserdem bestehe ein gutes Fähigkeitsprofil bei dem Versicherten, das eine gute Eingliederungsmöglichkeit ins Berufsleben verspreche. Leichte Störungen könnten allenfalls vorübergehend in der Kommunikationsfähigkeit, Flexibilität und Ausdauer als Ausdruck einer Dekonditionierung bestehen, diese könnten jedoch wieder eingeübt werden. Betreffend den retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit halten die Gutachter fest, bezüglich des Rückenleidens müsse angenommen werden, dass ab Januar 2013 eine Arbeitsunfähigkeit 100 % sowohl für die angestammte resp. auch in einer Verweistätigkeit bestanden habe. Im Verlauf habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % (angestammt und in Verweis) über die Operation und Behandlung der Spondylodiszitis Mai/Juni 2013 hinaus weiter bestanden. Zwar wäre zum Herbst hin eine Besserung anzunehmen, jedoch sei es schon Mitte Januar 2014 zur Schmerzverschlimmerung mit erneuter Hospitalisation und erneuter Operation infolge Epiduralabszess LWK3/4 gekommen, weshalb rückblickend fast durchgehend im Jahr 2013 eine Arbeitsunfähigkeit mindestens für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Landschaftsgärtner und überwiegend wahrscheinlich aber auch für leidensangepasste Verweistätigkeiten des freien Arbeitsmarktes bestanden habe. Zudem sei auch nach der Behandlung des Epiduralabszesses LWK3/4 noch eine weitere Rekonvaleszenzphase zu berücksichtigen. Entsprechend hätten Dr. med. C.____ am 12. März 2014 sowie auch Dr. med. N.____ am 4. Juni 2014 noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, wenngleich hier bereits die Spondylodiszitis als ausgeheilt beurteilt worden sei. Spätestens aber mit Datum der

neurologischen Untersuchung vom 4. September 2014 und auch Bildgebung MRI LWS vom 10. September 2014 gelte die im D.____-Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeitsbewertung.

6.2.12 Im Bericht des K.____, Spinale Chirurgie, vom 20. August 2015 (IV-Nr. 78, S. 16) wurde festgehalten, die vom Beschwerdeführer beklagte Beschwerdesymptomatik sei bei Stn. Spondylodiscitis auf die degenerativen Veränderungen zurückzuführen. In den letzten MRT-Bildern und Röntgenuntersuchungen der LWS vom Herbst 2014 habe sich keine Instabilität, keine Nervenwurzelkompression, gezeigt. Ohne Nachweis einer Instabilität bis jetzt und einer neuerlichen Nervenwurzelkompression gebe es keine Indikation für ein neuerliches Vorgehen.

6.2.13 In seiner Stellungnahme vom 25. November 2015 (IV-Nr. 80) hielt Dr. med. L.____ vom RAD fest, den neurochirurgischen Berichten des K.____ vom 10. September 2014, 22. Januar 2015 und 20. August 2015 könnten keine verschlimmernden Aspekte entnommen werden. Im Gegenteil, eine neue Operations-indikation bestehe nicht, die Beschwerden seien nicht durch sensomotorische Defizite bedingt, sondern durch eine konservativ behandelbare muskuläre Dysbalance und ISG-Problematik bei degenerativen Veränderungen. Es werde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für schwere Arbeiten und eine 50%ige für administrative Arbeiten in Wechselpositionen attestiert. In Anbetracht der Tatsache, dass sich objektiv gegenüber der Begutachtung nur 2 Jahre zuvor nichts geändert habe, entspreche dies einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als durch den Gutachter.

6.2.14 Im psychiatrischen Privatgutachten vom 30. November 2015 (IV-Nr. 83, S. 6) stellte Dr. med. E.____ folgende Diagnosen:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Weiter führte Dr. med. E.____ aus, es bestünden insgesamt konsistent geschilderte chronische Schmerzen im unteren Rücken mit Ausstrahlung vorwiegend ins rechte Bein bis über das Knie. Schmerzstärke meist zwischen NRS 3-5, minimal NRS 3, maximal NRS 9. Dazu kämen chronische Knieschmerzen und weitere Lokalisationen häufiger intermittierender Schmerzen. Limitierend seien aber primär die Rücken-Bein-Schmerzen. Diese führten zu vielen alltagspraktischen Einschränkungen, die konsistent geschildert und zudem durch direkte Beobachtung und durch die Angaben der Mutter wie auch der zuständigen Sozialarbeiterin validiert werden könnten. Die Entstehung der chronischen Rückenschmerzen sei durch die ungünstige körperlich schwere Arbeit als Hilfsarbeiter im Gartenbau gut nachvollziehbar. Schmerzbeginn arbeitsbezogener Rückenschmerzen gemäss Explorand circa 2000 (im B.____-Gutachten 2003 nicht erwähnt), seit 2012 habe er Dauerschmerzen. Er habe ein ausgeprägtes Durchhalteverhalten (Endurance3) beschrieben bei gleichzeitiger Schmerzreduktion durch ständigen Opiatkonsum als wichtigen Chronifizierungsfaktor. Die Polytoxikomanie spiele hier insofern eine Rolle, als er durch seinen Opiatkonsum zwar ständig den Schmerz abgeschaltet habe und deshalb trotz Rückenschwäche lange Zeit belastend habe arbeiten können, mit den Opiaten aber nur das Warnsignal Schmerz als solches unterdrückt gewesen sei, nicht jedoch die überlastend-schädigenden Auswirkungen der körperlichen Arbeit. Zur Dekompensation sei es durch die somatischen Komplikationen des Drogenabusus gekommen. Staphylococcus aureus sei ein Hautkeim, der bei ungenügender Hautinfektion durch die Injektionsnadel ins

Blut eingebracht werden könne und so zu den in den Akten beschriebenen Komplikationen geführt habe: Nach vorbestehender Beinvenenthrombose links sei es 2/2013 zu einer septischen Thrombose der rechten Oberschenkelvene und 5/2013 zu einer Spondylodiszitis der Lendenwirbelsäule L3/4 mit angrenzender epiduraler Abszessbildung und Psoasabszess rechts gekommen. 1/2014 sei dann erneut ein Epiduralabszess LWK 3/4 mit Staphylococcus aureus festgestellt und neurochirurgisch mit intralaminärer Dekompression LWK3/4 beidseits, Abszessdrainage, Debridement Bandscheibe LWK3/4 und Einlage einer Spüldrainage behandelt worden. Zu diesem Zeitpunkt fanden sich wieder Thrombosen in beiden Oberschenkelvenen. Dass diese Entzündungen und Eingriffe zu lokalen Verletzungen und Reizungen von Schmerznerve geführt hätten, die im Verlauf, bei geringer Therapietreue und punktueller Überlastung (um trotz Schmerzen nach Basel in die Gassenstube zu gelangen), zur Schmerzchronifizierung beigetragen hätten, liege nahe. Pathophysiologisch müsse man insgesamt von einer peripheren und zentralen Schmerzsensibilisierung ausgehen, als Erklärung der Dauerschmerzen, die auch bei vollständiger Entlastung mindestens bei NRS 3 persistieren würden. Diagnostisch lasse sich das Beschwerdebild mit der seit 2009 etablierten Diagnose «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41» erfassen. Wichtigster psychischer Faktor der Schmerzchronifizierung sei das Enduranceverhalten des Exploranden, der schon als Landschaftsgärtner seine Arbeit trotz Schmerzen forciert habe, was ihm durch maximalen Opiateinsatz auch gelungen sei. Durch Opiate werde aber nur das Warnsignal Schmerz kontrolliert, der schädigende Einfluss der Überlastung auf die vorgeschädigten Strukturen bleibe aber. Ab 2013, als der Beschwerdeführer nicht mehr gearbeitet habe, habe er insofern forciert, als er, um zu seinem täglichen Schuss in der Gassenstube zu kommen, sich auch hier unter maximalem Schmerzmitteleinsatz mobilisiert habe. Eine somatoforme Schmerzstörung mit primär psychischen Problemen, die sich somatoform in Schmerzen äussern würden, liege hingegen nicht vor (kein Konflikt etc.).

Als angestammte Tätigkeit werde die in den letzten zehn Jahren vorwiegend ausgeübte Arbeitstätigkeit im Gartenbau angenommen, im Sinne einer körperlich mittelschweren bis schweren Arbeitstätigkeiten einschliesslich Bücken, Zwangshaltungen und Tragen von schweren Gewichten (Betonstufen, Kiessäcke, etc.). Diese sei, wie auch durch den neurologischen Gutachter im D.____-Gutachten festgestellt, nicht zumutbar. Hier käme es rasch zu unerträglichen Schmerzen und psychischer Dekompensation bzw. vorsorglichem Abbruch. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe seit dem 1. Januar 2013. Zumutbar sei eine circa zwei- bis zweieinhalbstündige, bei zusätzlicher Pause bis allenfalls dreistündige, fast ausschliesslich sitzende Tätigkeit in der Montage von Kleinteilen bzw. Fabrikation. Nicht zumutbar seien hingegen Tätigkeiten mit Heben von mehr als 9 kg, Bücken, längerem Stehen oder Gehen, häufigem Aufstehen, Zwangshaltungen und Überkopf-Arbeiten. 2013 habe aufgrund der in den Akten dokumentierten schweren Akuterkrankungen auch in angepassten Tätigkeiten keine Arbeitsfähigkeit bestanden. Gemäss der neurochirurgischen Nachuntersuchung vom Juni 2014 könne man ab hier die postulierte Arbeitsfähigkeit von maximal drei Stunden täglich annehmen.

6.2.15 Mit Schreiben vom 7. Juli 2016 (IV-Nr. 89) nahm der psychiatrische Gutachter des D.____, Dr. med. L.____, zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.____ Stellung und prüfte die Indikatoren der neuen bundesgerichtlichen Schmerzrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281. Dr. med. L.____ führte aus, bei der Lektüre des Gutachtens von Dr. med. E.____

falle auf, dass dieser zu den chronischen Rückenschmerzen vor allem aus schmerztherapeutischer Sicht Stellung nehme. Dabei zitiere er einzelne Passagen aus dem interdisziplinären Gutachten des D.____. Er berufe sich in der Begründung seiner Beurteilung auf seine schmerztherapeutische Ausbildung als zertifizierter Schmerztherapeut und Mitglied in der Schweizerischen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Die von Dr. med. E.____ diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ermögliche eine interdisziplinäre Diagnose. Es werde nicht explizit von einer psychischen Ursache des Schmerzes ausgegangen, vielmehr werde der Ausgangspunkt in einen physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung gesehen. Mit der Diagnose würden aber keine konkreten Hinweise geliefert, um welche psychischen Faktoren es sich bei der Schmerzstörung handle. Somit bleibe der Begriff inhaltlich leer, weil nicht beschrieben werden könne, welche psychischen, psychosozialen Zustände und Faktoren relevant seien (Multiaxiale Schmerzklassifikation Psychosoziale Dimensionen, MASK-P, Springer Verlag). Selbst bei der Annahme der Diagnose F 45.41 würde folgender Grundsatz gelten. «Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage der Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten». Aus psychiatrischer Sicht müsse weiterhin davon ausgegangen werden, dass das Verhalten des Versicherten im Hinblick auf die Schmerzsymptomatik durch die Sucht und den Konsum von Drogen in bedeutsamer Weise beeinflusst und geprägt sei.

6.2.16 Mit Stellungnahme vom 7. September 2016 (IV-Nr. 92) hielt Dr. med. L.____ vom RAD fest, beim Beschwerdeführer liege ein reines Suchtverhalten vor. Als Folgeschaden bestehe eine mögliche Leberschädigung noch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ferner sei es durch die durchgemachte septische Thrombophlebitis im 2/13 und die dadurch entstandene Spondylodiszitis mit notwendigen operativen Interventionen zum lumbospondylogenen Schmerzsyndrom gekommen.

6.2.17 Mit Schreiben vom 5. September 2016 (IV-Nr. 93, S. 3) nimmt Dr. med. E.____ zur Stellungnahme von Dr. med. L.____ vom D.____ Stellung. Die Tatsache, dass die Diagnose alleine gemäss Dr. med. L.____ noch nicht viel aussage, gelte für viele Diagnosen. Auch bei einer Persönlichkeitsstörung als Diagnose sei nicht klar, was genau gestört sei, bei einer Anpassungsstörung sei die Ursache der Störung nicht benannt, etc. Das Konstrukt der Diagnose müsse deshalb in einem Gutachten inhaltlich gefüllt werden. Offenbar stelle Dr. med. L.____ die Diagnose F45.41 an sich in Frage. Aber wenn die Kriterien einer ICD-10 Diagnose erfüllt seien, dann sollte man sie als Gutachter auch stellen oder begründen, warum man eine andere Diagnose favorisiere, die den Gesundheitsschaden allenfalls besser fasse. Auf das Stellen einer Diagnose zu verzichten, nur weil die Diagnose keine konkreten Hinweise liefere, um welche psychischen Faktoren es sich handle, sei kein Argument. Es sei zwar richtig, dass aus psychiatrischer Sicht weiterhin davon ausgegangen werden müsse, dass das Verhalten des Versicherten im Hinblick auf die Schmerzsymptomatik durch die Sucht und den Konsum von Drogen in bedeutsamer Weise beeinflusst und geprägt sei. Dies sei aber auch sehr allgemein. Der Bogen zu den Standardindikatoren fehle hier. Die Kooperation des Beschwerdeführers sei zwar generell schlecht, dies aber aufgrund der Persönlichkeitsakzentuierung, nicht als Ausdruck geringen Leidensdrucks. Patienten mit starken chronischen Schmerzen würden in der Praxis häufig nur noch mit einer Dauertherapie mit Opiaten behandelt, insofern habe der Beschwerdeführer hier eine

ausgebaute Schmerztherapie. Somatisch seien diverse operative Eingriffe gemacht worden. Wenn wie vorliegend keine therapeutischen Optionen mehr vorlägen und die Schmerzmedikation (Opiate) maximal ausgebaut sei, spreche ■ entgegen der Ansicht von Dr. med. L. ___ ■ sehr viel für eine Therapieresistenz. Insgesamt handle es sich bei dieser Stellungnahme von Dr. L. ___ um einen langen, komplizierten und inhaltlich zum Teil unverständlichen Text, der im wesentlichen viele Zitate zu den Standardindikatoren verwende, die als solche nicht kenntlich seien (keine Anführungszeichen) und sich mit den eigenen Überlegungen vermischen würden. Die eigenen Überlegungen seien dabei jeweils allgemeine Behauptungen, die nicht weiter begründet oder belegt würden und die sich inhaltlich nicht mit den Ausführungen in seinem Gutachten auseinandersetzen würden. Weder seien so im Nachhinein die Standardindikatoren adäquat berücksichtigt worden noch habe die von ihm, Dr. med. E. ___, geäußerte Kritik am D. ___-Gutachten entkräftet werden können.

7. Da die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten des D. ___ vom 18. Februar 2015 (IV-Nr. 66) abstellt, ist dessen Beweiswert zu prüfen. Diesbezüglich ist vorweg festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zu Recht rügt, das D. ___-Gutachten sei nicht von den für die Beurteilung von Wirbelsäulenleiden fachlich geeigneten Ärzten erstattet worden. So war bei der D. ___-Begutachtung auch eine neurochirurgische Untersuchung geplant, zu welcher der Beschwerdeführer jedoch nicht erschien. Die Beschwerdegegnerin verzichtete danach auf eine diesbezügliche Begutachtung. Grundsätzlich wäre eine neurochirurgische oder orthopädische Begutachtung angebracht gewesen. So wurde das Gutachten unter anderem wegen der Unklarheit bezüglich des Stabilitätszustands des lädierten Segments veranlasst (vgl. IV-Nr. 48). Der neurologische Gutachter des D. ___, Dr. med. O. ___, nahm zwar eine fachübergreifende Beurteilung vor. Jedoch wurde im Bericht des K. ___, Neurochirurgie, vom 22. Januar 2015 (IV-Nr. 78, S. 12) davon ausgegangen, bei den fortbestehenden Rückenschmerzen sei auch eine administrative Tätigkeit nur zeitbegrenzt zu 50 % machbar. Zudem sollte die Tätigkeit wechselnd stehend, sitzend und gehend durchgeführt werden können. Zwar wird diese Einschätzung nur wenig begründet und scheint vor allem auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abzustellen. Dennoch kann der Sachverhalt angesichts dieser stark divergierenden Beurteilung eines neurochirurgischen Facharztes nicht ohne ein entsprechendes Fachgutachten beurteilt werden. Der neurologische Gutachter, Dr. med. O. ___, verfügt zudem nicht über einen entsprechenden neurochirurgischen oder orthopädischen Facharztstitel, womit seine Einschätzung im vorliegenden Fall nicht ausreicht, zumal im vorliegenden Neuanmeldeverfahren ja gerade eine Verschlechterung der Rückenproblematik zur Diskussion steht. Damit ist die Notwendigkeit, diesbezüglich ein Gerichtsgutachten zu veranlassen, erstellt. Jedoch konnte sich das Versicherungsgericht im vorliegenden Fall nicht auf die Fachrichtung der orthopädischen Chirurgie beschränken. Der Zweck interdisziplinärer Gutachten besteht gerade darin, alle relevanten Gesundheitsschädigungen zu erfassen und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit im Sinne eines Gesamtergebnisses aufzuzeigen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224). In der Regel sind die unter verschiedenen medizinischen Titeln ausgewiesenen Teilarbeitsunfähigkeiten nicht einfach zu addieren (Urteil des Bundesgerichts 8C_660/2016 vom 29. Dezember 2016 E. 5.3.1). Da im vorliegenden Fall auch in anderen medizinischen Fachrichtungen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, bedurfte es demnach nach der Begutachtung in einer weiteren Fachdisziplin wiederum einer polydisziplinären Gesamtbeurteilung, weshalb das

Versicherungsgericht ■ unbesehen des Beweiswertes der Teilgutachten des D. ___ und des Privatgutachtens von Dr. med. E. ___ ■ nicht umhinkam, ein neues polydisziplinäres Gerichtsgutachten einzuholen, welches alle vorliegend relevanten Disziplinen abdeckt.

8. Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. F. ___ (Fallführung und Allgemeine Innere Medizin), Dr. med. G. ___ (Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), Dr. med. H. ___ (Neurologie) und Dr. med. I. ___ (Psychiatrie), alle von der J. ___, ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt. Das Gutachten vom 12. April 2019 (A.S. 66 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht (A.S. 86 ■ 94, 115 ■ 118, 126 ■ 134, 140 ■ 143) und die Vorakten studiert haben (A.S. 67 ■ 85). Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt:

8.1 Im neurologischen Teilgutachten werden von Dr. med. H. ___ folgende Diagnosen gestellt:

Die Gutachterin setzt sich eingehend mit den verschiedenen möglichen Diagnosen auseinander und begründet die Auswirkungen der von ihr gestellten Diagnosen nachvollziehbar: Klinisch-neurologisch finde sich ein kooperativer Rechtshänder, der so weit offen und adäquat über seine Beschwerden berichte. Beim Gehen falle ein leichtes Entlastungshinken rechts auf, dies sei etwas ausgeprägter beim Treppensteigen bei Angabe von starken lumbalen Schmerzen beim treppaufwärts Gehen. Im Bereich der Kopf- und Hirnnerven fielen leicht pathologische Augenfolgebewegungen auf, die im Rahmen der Polytoxikomanie interpretiert würden, die übrigen Hirnnerven seien soweit unauffällig. Es bestehe ein unauffälliger Neurostatus der Arme mit insbesondere normaler Sensibilität der Hände und Finger. Es zeige sich eine reizlose Narbe lumbal mit einer Druckdolenz lumbosakral und der Muskelansätze rechts sakral. Im Stehen und Liegen untersucht fänden sich keine Hinweise für ein lumboradikuläres Reizsyndrom und/oder motorisches Ausfallsyndrom. Es werde eine Sensibilitätsstörung des lateralen Unterschenkels und Fusses rechts angegeben (Dermatom S1), sowie des medialen Oberschenkels rechts. Die Sensibilitätsstörung des medialen Oberschenkels sei am ehesten im Rahmen der wiederholten inguinalen Drogeninjektionen zu erklären. Die Rückenschmerzen seien im Rahmen der degenerativen LWS-Veränderung bei St. n. Spondylodiszitis L3/4 und einer Spondylolyse L5 mit Spondylolithiasis L5/S1 erklärbar, zur diesbezüglichen Beurteilung sei auf das orthopädische Gutachten verwiesen. Die Lumboischialgie in den dorsalen Oberschenkel sei in der neurologischen Beurteilung im Gutachten von 2015 im Rahmen einer lumbo-spondylogenen Ausstrahlung interpretiert worden, dies aufgrund der damaligen Klinik ohne Hinweise für ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom S1. Aktuell werde der ins rechte Bein ausstrahlende Schmerz im dorsalen Oberschenkel angegeben, wie bekannt, aber neu auch bis in den lateralen Unterschenkel und Fuss gehend, dies insbesondere bei längerem Stehen und Gehen. Neben der unverändert aufgrund der Klinik wahrscheinlichen Diagnose eines lumbo-spondylogenen Schmerzsyndromes rechts sei aufgrund der Anamnese mit dem gehstreckenabhängigen Schmerz im Dermatom S1, der nach Absitzen wieder abklinge, differentialdiagnostisch eine Wurzelclaudicatio S1 rechts zu diskutieren. Eine diesbezügliche gezielte Evaluation (MRI, allenfalls infiltrative Behandlung) sei notwendig. Der Beschwerdeführer beklage auch eine Gleichgewichtsunsicherheit, 2004 sei die Diagnose einer leichten peripheren

Polyneuropathie aufgrund der Klinik gestellt worden, vom Neurologen im D.____-Gutachten [...] jedoch aufgrund der Klinik als nicht bestätigt beurteilt worden. Der aktuelle klinische Befund sei vereinbar mit einer leichten peripheren Polyneuropathie bei leichter Abschwächung des Vibrationssinnes malleolär und fehlenden ASR. Diese klinisch leichte sensible Polyneuropathie könne aber die beklagte Stand- und Gangunsicherheit nicht erklären. Die Aetiologie der Polyneuropathie sei offen. Die Gangunsicherheit, die eher im Sinne einer Neigung zum Stolpern bei schmerzbedingt nicht genügendem Anheben des Beines beschrieben werde, sei eher im Rahmen des lumbospondylogenen Schmerzsyndromes zu interpretieren. Es bestehe seit über 20 Jahren ein regelmässiger Drogenkonsum. Aktuell stehe der Beschwerdeführer in einem Substitutionsprogramm mit Methadon, Morphin, MST und Benzodiazepine. Seit dem Gutachten im 2015 habe sich die Dosis dieser Präparate nur wenig verändert. Daneben bestehe ein Beikonsum mit täglich Cannabis und mehrmals im Monat Kokain. Von neurologischer Seite sei eine toxische Encephalopathie im Rahmen des Drogenkonsumes zu diskutieren. Er sei im Umgang adäquat, seine Angaben seien konsistent und prompt, es sei auch keine psychomotorische Verlangsamung fassbar. Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine Hinweise für eine relevante toxische Encephalopathie. Bezüglich der lumbalen Beschwerden sei auf das orthopädische Gutachten verwiesen. Die ins rechte Bein ausstrahlenden Schmerzen, die differentialdiagnostisch im Rahmen einer Wurzelclaudicatio S1 zu interpretieren seien, führten zu einer Einschränkung der Gehstrecke bzw. der Gehfähigkeit, gemäss aktueller Anamnese von max. 30 Minuten Gehen. Im Sitzen werde vorwiegend eine Zunahme der lumbalen Schmerzen beklagt. Die klinisch leichte periphere Polyneuropathie unklarer Ätiologie könne allenfalls die Standunsicherheit bei geschlossenen Augen bzw. Kopfwendung nach oben akzentuieren, führe aber nicht zu einer relevanten funktionellen Einschränkung, insbesondere nicht der Gehfähigkeit und des Stehens. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers führt die Gutachterin gestützt auf die vorgehenden Ausführungen wohlbegründet aus, die zuletzt ausgeführte Tätigkeit als Gärtner mit mittelschweren bis schweren körperlichen Tätigkeiten sei aufgrund der Rückenproblematik mit eingeschränkter Belastbarkeit des Rückens nicht mehr möglich, es sei auf das orthopädische Gutachten verwiesen. Aus neurologischer Sicht sei speziell die belastungsabhängige Lumboischialgie rechts, verdächtig auf eine Wurzelclaudicatio S1 rechts, zu beurteilen. Diese führe zu einer relevanten Einschränkung der Steh- und Gehfähigkeit. Bezüglich der Einschränkungen durch die lumbale Problematik, die vor allem bei längerem Sitzen zu einer Schmerzexazerbation führe, sei auf das orthopädische Gutachten verwiesen. Aus rein neurologischer Sicht wäre eine wechselnd belastende, vorwiegend sitzende, wenig gehende und stehende, leichte körperliche Tätigkeit ganztags zumutbar. Dabei sei aus neurologischer Sicht aufgrund der Schmerzproblematik eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit anzunehmen in einem Bereich von 10 ■ 20 %. Zusätzlich sei im Rahmen der schweren Polytoxikomanie eine Einschränkung der Belastbarkeit anzunehmen, es sei auf die psychiatrische Beurteilung verwiesen.

8.2 Im orthopädischen Teilgutachten stellte Dr. med. G.____ folgende Diagnosen:

Diagnosen am Bewegungsapparat mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen am Bewegungsapparat ohne Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit

Bezüglich der funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen führt der Gutachter nachvollziehbar aus, die orthopädische Problematik des Exploranden lokalisiere sich hauptsächlich im Bereich der LWS. Bereits vor 2013 habe er gelegentlich

anstrengungsabhängige Beschwerden und Schmerzen im lumbosakralen Übergang gehabt, verursacht durch die Spondylolisthesis L5/S1 bei Spondylolyse L5 beidseits. Wegen diesen Beschwerden sei es jedoch nie zu einer ärztlichen Behandlung gekommen. Im Januar 2013 sei es infolge unsteriler Injektion von Drogen im Bereich der rechten Inguina zu einer septischen Thrombose der Inguinalvenen rechts mit Staphylococcus aureus gekommen, welche antibiotisch behandelt worden sei. Im Mai 2013 sei es infolge septischer Streuung zu einer Spondylodiszitis L3/4 mit dem gleichen Keim gekommen. Es sei eine erneute antibiotische Behandlung erfolgt, mit welcher die Spondylodiszitis habe beherrscht werden können. Im Januar 2014 sei es zu einem Rezidiv des Infektes auf Höhe L3/4 mit epiduraler Abszessbildung gekommen. Es sei eine operative Behandlung mit einer intralaminären Dekompression LWK 3/4 beidseits erfolgt, Abszessdrainage, Debridement der Bandscheibe L3/4 und Einlage einer Spül drainage. Unter dieser Behandlung habe die Infektion zur Abheilung gebracht werden können. Bildgebend sei auf diesem Niveau eine massive Höhenminderung der Bandscheibe L3/4, akzentuiert dorsal und rechts lateral, mit irregulärer Begrenzung der Abschlussplatten in diesen Abschnitten feststellbar. Zusätzlich zur Spondylolisthesis und den postinfektiösen Veränderungen auf Höhe L3/4 bestünden geringgradige degenerative Veränderungen auf Höhe LWK 1/2 und etwas ausgeprägter auf Höhe LWK 4/5. Insgesamt bestünden seit dem Auftreten der Spondylodiszitis chronische lumbospondylogene Schmerzen und Beschwerden (siehe oben 3.2.7). Die Beschwerden würden vom Exploranden subjektiv als invalidisierend beurteilt, verursachten relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und der Aktivitäten des täglichen Lebens und seien auch eine Mitursache für den sozialen Rückzug des Exploranden. Nebenbefundlich bestehe eine geringgradige chronische retropatelläre Überlastungssymptomatik ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie ein St. n. Quetschtrauma des V. Fingers rechts mit nachfolgender Ausbildung einer Epidermoidzyste und 3 Epidermoidzystenrezidiven, welche mit insgesamt 4 Eingriffen hätten behandelt werden müssen. Abgesehen von einer minimalen Sensibilitätsstörung sei der Explorand am V. Finger rechts vollständig beschwerdefrei und es bestehe keine Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand. Als Folge der Spondylodiszitis und des Epiduralabszesses L3/4 sei es zu einer relativ geringgradigen aber kernspintomographisch nachweisbaren Atrophie des Musculus psoas rechts mit entsprechender Kraftminderung bei der Hüftbeugung gekommen. Diese Muskelatrophie sei mit grosser Wahrscheinlichkeit die Hauptursache der vom Exploranden geschilderten Gangstörung rechts. Schliesslich begründet der orthopädische Gutachter seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einleuchtend: Unter Berücksichtigung der erhobenen Angaben, der Untersuchungsbefunde und der Aktenlage sei der Explorand aus rein orthopädischer Sicht ohne Berücksichtigung von allfälligen weiteren internistischen, neurologischen oder psychischen Leiden in der zuletzt durchgeführten und als angestammte Tätigkeit bezeichneten Arbeit als Landschaftsgärtner für dauernd 100 % arbeitsunfähig; ebenso bestehe eine dauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit in den erlernten Berufen als Koch und Metzger. In einer angepassten Tätigkeit sei der Explorand aus rein orthopädischer Sicht 50 % arbeitsfähig mit einer Anwesenheit von 70 % eines Vollpensums und einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % unter Berücksichtigung des folgenden Arbeitsprofils: Keine schweren oder mittelschweren Arbeiten, leichte Arbeitsbelastung, wechselbelastende Arbeiten vorwiegend im Sitzen und ohne langes Gehen und Stehen, vermeiden von Wirbelsäulenzwangshaltungen, vorgeneigter oder gebückter Haltung und ohne häufige Rumpfrotation, Möglichkeit von Pausen von 5 ■ 10 Min. alle Stunden, kein

Heben von Lasten unter Tischhöhe, kein Heben von Lasten über 5 kg oberhalb Tischhöhe, kein Besteigen von Treppen und Leitern, kein Gehen in unebenem Gelände.

Dagegen begründet der orthopädische Gutachter den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nur ungenügend. Zwar stellt er den diesbezüglichen relevanten medizinischen Sachverhalt gestützt auf die Vorakten korrekt dar: Im Januar 2013 sei es infolge unsteriler Injektion von Drogen im Bereich der rechten Inguina zu einer septischen Thrombose der Inguinalvenen rechts mit *Staphylococcus aureus* gekommen, welche antibiotisch behandelt worden sei. Im Mai 2013 sei es infolge septischer Streuung zu einer Spondylodiszitis L3/4 mit dem gleichen Keim gekommen. Es sei eine erneute antibiotische Behandlung erfolgt, mit welcher die Spondylodiszitis habe beherrscht werden können. Im Januar 2014 sei es zu einem Rezidiv des Infektes auf Höhe L3/4 mit epiduraler Abszessbildung gekommen. Es sei eine operative Behandlung mit einer intralaminären Dekompression LWK 3/4 beidseits erfolgt, Abszessdrainage, Debridement der Bandscheibe L3/4 und Einlage einer Spül Drainage. Unter dieser Behandlung habe die Infektion zur Abheilung gebracht werden können. Jedoch zieht der orthopädische Gutachter daraus bezüglich des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit keine überzeugenden Schlüsse, sondern hält lediglich fest, seit dem Auftreten und der Behandlung des Epiduralabszesses L3/4 im Januar 2014 sei der Gesundheitszustand weitgehend unverändert. Dies ist aber, wie aus den vorgehenden Ausführungen ersichtlich, aktenwidrig. So war eine Verbesserung nach der im Januar 2014 erfolgten Behandlung erst per September 2014 erstellt (vgl. Bericht des K.____, Neurochirurgie, vom 10. September 2014 (IV-Nr. 78, S. 10). Zum Verlauf kann auf die vorstehend aufgeführten Akten E. II. 6.2.4 ■ 6.2.8 verwiesen werden. Ebenfalls nicht beantwortet wird im orthopädischen Teil-Gutachten die vorliegend relevante Frage nach dem Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Der orthopädische Gutachter spricht nur von einer durchgehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Der Gesundheitszustand sei unverändert. In diesem Punkt kann aber das D.____-Gutachten beigezogen werden, das diesbezüglich eine überzeugende Beurteilung enthält (E. II. 6.2.10 hiervor): Betreffend den retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit halten die Gutachter fest, bezüglich des Rückenleidens müsse angenommen werden, dass ab Januar 2013 eine Arbeitsunfähigkeit 100 % sowohl für die angestammte resp. auch in einer Verweistätigkeit bestanden habe. Im Verlauf habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % (angestammt und in Verweis) über die Operation und Behandlung der Spondylodiszitis Mai/Juni 2013 hinaus weiter bestanden. Zwar wäre zum Herbst hin eine Besserung anzunehmen, jedoch sei es schon Mitte Januar 2014 zur Schmerzverschlimmerung mit erneuter Hospitalisation und erneuter Operation infolge Epiduralabszess LWK3/4 gekommen, weshalb rückblickend fast durchgehend im Jahr 2013 eine Arbeitsunfähigkeit mindestens für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Landschaftsgärtner und überwiegend wahrscheinlich auch für leidensangepasste Verweistätigkeiten des freien Arbeitsmarktes bestanden habe. Zudem sei auch nach der Behandlung des Epiduralabszesses LWK3/4 noch eine weitere Rekonvaleszenzphase zu berücksichtigen. Entsprechend hätten Dr. med. C.____ am 12. März 2014 sowie auch Dr. med. N.____ am 4. Juni 2014 noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, wenngleich hier bereits die Spondylodiszitis als ausgeheilt beurteilt worden sei. Spätestens aber mit Datum der neurologischen Untersuchung vom 4. September 2014 und auch Bildgebung MRI LWS vom 10. September 2014 sei die Verbesserung erstellt.

8.3 Im internistischen Teilgutachten führt Dr. med. F. ___ aus, aus allgemeininternistischer Sicht bestehe ein Status nach septischer Thrombose der Vena femoralis rechts, ein Status nach TVT links mit diskreten Ödemen, ein Status nach Staphylococcensepsis, eine Presbyopie beidseits, ein Status nach Appendektomie und Herniotomie, ein Übergewicht mit BMI 27, sowie ein fortgesetzter Nikotinkonsum. Gestützt darauf erscheint es nachvollziehbar, dass der Gutachter den Beschwerdeführer aus rein allgemeininternistischer Sicht als voll arbeitsfähig erachtet. Der Beschwerdeführer qualifiziere sich jedoch nur für leichte körperliche Arbeiten, eine berufliche Fahreignung sei nicht mehr gegeben. Zudem bestünden keine Qualifikation für Schicht- und Nachtarbeit, keine Tätigkeit mit potentiell eigen- und fremdgefährdenden Arbeiten sowie keine Tätigkeit mit Überwachungsfunktion.

8.4 Im psychiatrischen Teilgutachten stellt Dr. med. I. ___ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Dr. med. I. ___ setzt sich eingehend mit den möglichen Diagnosen auseinander und begründet seine Diagnosestellung überzeugend: Beim Beschwerdeführer lägen Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotrope Substanzen vor. Es gebe auch Hinweise auf psychische und körperliche Folgeschäden, wie Einengung der Interessen, sekundäre affektive Störungen und eine gewisse Persönlichkeitsveränderung. Die Frage einer primären oder sekundären Abhängigkeitserkrankung sei medizinisch kaum von Bedeutung, jedoch IV-rechtlich. Sie sei aus medizinischer Sicht meist schwierig zu beantworten. Hier spreche der Ablauf mehr für eine sekundäre als für eine primäre Suchtentwicklung als Folge einer nicht verarbeiteten Trauer nach Verlassenwerden durch die Partnerin. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers habe er seinen Drogenkonsum begonnen, als er von seiner langjährigen Partnerin verlassen worden sei. Als er davon erzählt habe, sei auch heute noch ein Schmerz und eine Traurigkeit spürbar. Das bedinge einen Trauerprozess, der nicht immer möglich sei, vor allem auch da von der Umgebung oft wenig Verständnis und keine Modelle dafür vorhanden seien. Eine blockierte Trauer könne zu Depressionen führen. Trauer sei bisher nicht als eigenständige Diagnose aufgeführt, sondern nur deren mögliche Folgen wie Depression, Angst, Schmerzen oder ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Das sei verständlich, da Trauer im ICD-10 als Restkategorie der Anpassungsstörungen eingeordnet worden sei. Anpassungsstörungen dürften aber höchstens sechs Monate anhalten, sodass sich eine krankmachende Trauer gar nicht richtig einordnen lasse. Des Weiteren liege angesichts des aktuellen klinischen Bildes der Verdacht auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Interaktionen der verschiedenen Medikamente nahe, obwohl dieser Aspekt erstaunlicherweise in den Akten kaum diskutiert worden sei. Das heisse, ein nicht unwesentlicher Teil der aktuellen Symptomatik könnten unerwünschte Arzneimittelwirkungen sein, insbesondere Sedierung. Sodann sei die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu diskutieren, da die Schmerzen subjektiv im Vordergrund stünden und sich auch etwas ausgeweitet hätten. Aufgrund der Akten könnten die Schmerzen aber zumindest zu Beginn zu einem nicht unwesentlichen Teil auf körperliche Veränderungen zurückgeführt werden. In diesem Fall sei die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht zulässig. Vielmehr sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren angemessen und aufgrund des grösseren Ausmasses des psychischen Einflusses passe sie besser als die Diagnose von psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen. Es fänden sich neben den Risikofaktoren auch

emotionale Konflikte und psychosoziale Belastungen, wie sie für eine solche Diagnose verlangt würden. Schliesslich sei festzuhalten, dass chronische Schmerzen, Schlafstörungen und der Verlust der Stelle, des Einkommens und der Anerkennung oft zu einer Depression führten, welche ihrerseits wieder die Schmerzen verstärkte. Für die Diagnose sei die klinische Beurteilung entscheidend. Von daher dürfte der klinische Eindruck einer mittelgradigen bis schweren Depression die beste Annäherung an den tatsächlichen Schweregrad sein. Eine chronische Depression zeige typischerweise Schwankungen im Schweregrad. Für die Beurteilung der anhaltenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei daher nicht nur vom momentanen Schweregrad auszugehen, vor allem, wenn aktuelle Belastungen eine Exazerbation erwarten liessen, sondern von einem durchschnittlichen Schweregrad, das heisse in diesem Fall von einer mittelgradigen bis schweren Depression. Der Beschwerdeführer sei zweimal psychiatrisch begutachtet worden. Von daher erstaune es etwas, dass die doch recht ausgeprägte Depression nicht erfasst worden sei. Es könne sein, dass sie sich erst nach der Begutachtung durch Dr. med. E. ___ 2016 entwickelt habe, aber das sei eher unwahrscheinlich, wenn man sich den Verlauf gemäss seinen Angaben anschau. Wie bereits dargelegt, könnten ein Teil der Symptome auch unerwünschte Arzneimittelwirkungen sein, aber das sei in allen drei Gutachten nicht diskutiert worden und es sei keine entsprechende Diagnose gestellt worden.

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht führte der Gutachter schliesslich aus, gemäss übereinstimmenden Einschätzungen in den Akten sei die bisherige Tätigkeit aus somatischen Gründen nicht mehr zumutbar. Eine Beurteilung aus psychiatrischer Sicht mache daher wenig Sinn, wobei sinngemäss die gleichen Überlegungen wie für eine Verweistätigkeit gelten würden. Aufgrund der psychischen Störungen des Beschwerdeführers seien sein Antrieb, seine Ausdauer, seine kognitiven Fähigkeiten, wie Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisfunktionen, sein Selbstvertrauen, sein Arbeitstempo, seine Kontakt- und Verkehrsfähigkeit und sein Antrieb deutlich beeinträchtigt. Er schlafe schlecht, was seine Regeneration erschwere und zu vermehrter Müdigkeit tagsüber führe. Er könne im Moment aufgrund seiner psychischen Störungen zeitlich nur eingeschränkt arbeiten, das heisse eine Präsenzzeit von 4 ½ Stunden (55 %) in einer angepassten Tätigkeit wäre möglich, wahrscheinlich wäre die effektiv nutzbare Arbeitszeit durch die vermehrt notwendigen, kurzen Pausen und die notwendige zeitliche Flexibilität auf etwa 50 % eingeschränkt. Seine Leistungen wären aktuell im Ausmass von etwa 25 % eingeschränkt. Zusammengefasst könne aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 60 % ausgegangen werden in einer geeigneten Verweistätigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sollten folgende Einschränkungen in Bezug auf den Arbeitsplatz beachtet werden: Alles was die Schmerzen verstärkt sei ungünstig, da dies wiederum die depressive Symptomatik verstärken könnte. Er sollte Kontakt haben, allerdings eher mit gesunden als mit kranken Menschen. Eine Stelle mit einem ungünstigen Arbeitsklima oder einer konfliktträchtigen Struktur sei aufgrund der vermehrten Reizbarkeit ungünstig. Bezüglich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter schliesslich fest, aufgrund der Akten und der Anamnese könne davon ausgegangen werden, dass der psychische Gesundheitszustand und damit die Arbeitsfähigkeit seit Austritt aus dem M. ___ am 23. Juni 2013 zwar etwas geschwankt, aber sich nicht wesentlich verändert habe und die aktuelle Arbeitsfähigkeit seit dem 23. Juni 2013 gelte. Es sei zwar anzunehmen, dass bereits im Zeitpunkt des B. ___-Gutachtens von 2003 eine Trauer/Depression vorhanden und die Abhängigkeit in etwa gleich wie heute gewesen sei. Aber da der Beschwerdeführer bis zur Rückeninfektion 2012/2013 zu 100 % als Landschaftsgärtner gearbeitet habe, sei

anzunehmen, dass er seine psychischen Einschränkungen bis dann habe überwinden können.

8.4.1 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Zudem hat das Bundesgericht mit Urteil 9C_724/2018 vom 11. Juli 2019 seine Rechtsprechung im Zusammenhang mit Suchtleiden geändert. Neu sind auch Suchterkrankungen im vorgenannten strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen. Eine neue Rechtsprechung ist im Grundsatz sofort und überall anwendbar und gilt nicht nur für künftige, sondern für alle im Zeitpunkt der Änderung hängigen Fälle (Urteile des Bundesgerichts 9C_700/2015 18. Juli 2016 E. 3.2; 9C_769/2013 vom 1. April 2014 E. 2), weshalb diese auch im vorliegenden Fall zur Anwendung gelangt.

Gemäss dem vorgenannten BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

-Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

-gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

-behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Zunächst sind im Rahmen der Kategorie «funktioneller Schweregrad» die Indikatoren zum Komplex «Gesundheitsschädigung» näher auszuleuchten. Entscheidend sind demnach die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, deren Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz sowie allfällige Komorbiditäten. In Bezug auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist dem Gutachten zu entnehmen, aufgrund der psychischen Störungen seien sein Antrieb, seine Ausdauer, seine

kognitiven Fähigkeiten, wie Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisfunktionen, sein Selbstvertrauen, sein Arbeitstempo, seine Kontakt- und Verkehrsfähigkeit und sein Antrieb deutlich beeinträchtigt. Er schlafe schlecht, was seine Regeneration erschwere und zu vermehrter Müdigkeit tagsüber führe. Er könne im Moment aufgrund seiner psychischen Störungen zeitlich nur eingeschränkt arbeiten, wahrscheinlich wäre die effektiv nutzbare Arbeitszeit durch die vermehrt notwendigen, kurzen Pausen und die notwendige zeitliche Flexibilität auf etwa 50 % eingeschränkt. Somit kann im Lichte der gemachten Ausführungen auf ein erheblich ausgeprägtes Leiden geschlossen werden.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. ■resistenz führt der Gutachter aus, ein Versuch einer stationären Behandlung sei schon nach wenigen Stunden gescheitert. Zu einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung habe sich der Beschwerdeführer bisher nicht durchringen können. Er nehme seit langem an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm teil, offensichtlich ohne grössere Probleme, abgesehen von einem Konsum anderer Substanzen. Es gebe leider keine Rehabilitationsversuche oder BEFAS-Abklärungen, so dass keine Erfahrungen unter realen Bedingungen vorhanden seien. Eine psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinn wäre zwar indiziert, allerdings sei der Versicherte nicht sehr aufgeschlossen gegenüber psychologischen Überlegungen und Denkweisen, was eine Psychotherapie erschwere. Von daher und von der Symptomatik stünden eine hypnosystemische oder eine körperorientierte Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Körperpsychotherapie im Vordergrund. Da die Depression bisher nicht erkannt worden sei, sei auch nur einmal vom Neurochirurgen Amitriptylin (Saroten retard) zur Schmerzmodulation verordnet worden. Eine medikamentöse antidepressive Behandlung sei ebenfalls indiziert: Bei der Kombination von Depression und Schmerzen sei eine duale antidepressive Wirkung mit einer serotonergen Wirkkomponente und einer noradrenergen, wie bei Mirtazapin (Remeron, Generika), Venlafaxin (Efexor, Generika) oder ■ nur eingeschränkt ■ Duloxetine (Cymbalta, Generika) wichtig. Da auch deutliche Schlafstörungen vorlägen, wären Trazodon (Trittico), Trimipramin (Surmontil, Generika) oder Mirtazapin zur Nacht zu empfehlen. Die Krankheit dauere schon lange und es sei bisher nicht zu einer anhaltenden, wesentlichen Verbesserung gekommen. Von daher sei die Prognose sehr vorsichtig zu stellen. Eine Verbesserung sei möglich, aber auch eine Verschlechterung, am wahrscheinlichsten sei ein weitgehend unveränderter Gesundheitszustand auch in Zukunft. Zusammenfassend kann somit zwar nicht von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz gesprochen werden, die Erfolgsaussichten weiterer Behandlungen und Eingliederungsversuche erscheinen aber fraglich.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. In diesem Zusammenhang führt der Gutachter aus, der Beschwerdeführer leide an einer ausgeprägten,

vielfältigen somatischen Komorbidität. Die von diesen Leiden verursachten Beschwerden brauchten sehr viel Aufmerksamkeit und Ressourcen und würden wesentlich zur Erschöpfung, dem mangelnden Antrieb und Durchhaltevermögen beitragen und erschwerten die Umsetzung der psychisch noch möglichen Leistungsfähigkeit. Sodann sei für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von einer mittelgradigen bis schweren Depression auszugehen, welche die Leistungsfähigkeit bei jeder Tätigkeit deutlich einschränken könne. Trotz der Schmerzen sei es auch bei einer mittelgradigen oder sogar einer schweren Depression aus therapeutischer Sicht günstig, wenn der Beschwerdeführer arbeiten könnte, da ihm dies Tagesstruktur, Bestätigung und Kontakte gebe und ihn vom Grübeln ablenke, was die Heilung der Depression unterstütze. Dazu kämen noch die Auswirkungen der Schmerzen. Die psychische Komponente wirke sich vor allem durch die Konzentrationsstörungen, die Verlangsamung, die Schwankungen der Leistungsfähigkeit, die Schlafstörungen mit der erhöhten Tagesmüdigkeit und den vermehrten Pausenbedarf auf die Arbeitsfähigkeit aus. Aber aus klinischer Sicht wäre zu erwarten, dass er sich durch eine geeignete, als sinnvoll erlebte Arbeit von den Schmerzen ablenken könnte. Die Benzodiazepin- und Opioidabhängigkeit habe zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen geführt, vor allem vermehrter Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Einschränkungen im Antrieb und der Ausdauer. Sie schränke die in Frage kommenden Tätigkeiten ein: Der Beschwerdeführer sollte keine Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an das Konzentrations-, Merk- und Gedächtnisvermögen, keine Tätigkeiten mit hoher Anforderung an die Flexibilität bzw. Verantwortlichkeit ausüben. Demnach ist im Resultat von einer ressourcenhemmenden Wirkung der verschiedenen Diagnosen auszugehen.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter fest, im Verlauf seien Belastungen hinzugekommen, wie Verlust der Arbeit, des Einkommens und der Anerkennung und seine soziale Isolation, die der Beschwerdeführer als «Hausarrest» bezeichne. Diese Faktoren seien sekundär, aber dürften den weiteren Verlauf beeinflusst haben. Seine Schilderung der Schmerzen sei eher sachlich als emotional, relativ präzise und differenziert und er könne auf Nachfragen Stellen angeben, die nicht, nicht mehr oder nur selten schmerzten, und die Schmerzen reagierten auf äussere Einflüsse, was diese Diagnose weder ausschliesse noch bestätige. Er habe wenig Introspektionsfähigkeit und Zugang zu seinen Gefühlen, so dass von einer Alexithymie gesprochen werden könne, die typisch sei für Somatisierungsstörungen. Da die Coping-Möglichkeiten des Versicherten begrenzt und die Belastungen gross seien, sei ein Ausdruck der psychischen und finanziellen Probleme durch eine Körpersymptomatik durchaus plausibel. Die psychischen Faktoren hätten wahrscheinlich das Auftreten und den Verlauf der Beschwerden beeinflusst, im Sinne einer letztlich immer vorhandenen psychischen Komponente. Es ist demnach beim Beschwerdeführer von einer ungünstigen Persönlichkeitsstruktur auszugehen, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fällt.

Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die

Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Hierzu führt der Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei in geordneten, liebevollen Familienverhältnissen aufgewachsen und habe heute noch ein sehr gutes Verhältnis mit seinen Eltern, was seine Resilienz, mit Schicksalsschlägen fertig zu werden, erhöhen dürfte. Allerdings habe seine Schwester den Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie weitgehend abgebrochen, gemäss seinen Angaben auf Druck ihres Mannes. Der Beschwerdeführer werde von der Familie unterstützt und getragen und geniesse viel Verständnis. Das könne eine wertvolle Ressource sein, aber auch als Schonung wirken, welche ihn in seiner subjektiven Überzeugung bestärke, nicht mehr voll arbeiten zu können. Beruflich und schulisch sei er gefördert worden und habe erfolgreich eine Berufsausbildung als Koch absolvieren können. Das sei eine wertvolle Ressource. In diesem Fall komme die sehr lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt als Risikofaktor hinzu. Diese führe dazu, dass er soziale Kontakte verliere, keine Rückmeldung und Anerkennung mehr bekomme. Er habe keine Aufgabe mehr und werde nicht mehr gefordert. Obwohl er in einem kleinen Dorf aufgewachsen sei, wo er heute noch wohne und verwurzelt sei, sei er seit Jahren sozial weitgehend isoliert. Nach seinen Angaben beschränkten sich seine sozialen Kontakte weitgehend auf Verwandte und Termine bei Ärzten und dem Sozialdienst. Er betone mehrmals, er stehe seit Jahren unter Hausarrest. Sonst liessen sich in der Vorgeschichte keine persönlichen oder familiären Risikofaktoren für ein psychisches Leiden eruieren, aber auch nur noch wenig schützende Ressourcen, auf die er aktuell noch zugreifen könne. Insgesamt würden die Risiken und Belastungen die Ressourcen deutlich überwiegen. Damit enthält der soziale Lebenskontext des Versicherten sich potenziell ungünstig auswirkende Faktoren, aber kaum mobilisierbare Ressourcen.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich hält der Gutachter fest, in Bezug auf die im Vordergrund stehende Symptomatik sei die Schilderung der Beschwerden, des Tagesablaufs, der Aktivitäten und der sozialen Kontakte des Beschwerdeführers konsistent mit den Befunden und Akten und kongruent mit den gestellten Diagnosen. Es bestehe ein hoher Leidensdruck. Das spiegle sich auch im «Mini-ICF-Rating» für psychische Störungen wieder.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hievore]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führt der Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei, wie dargelegt, nicht in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, habe den Gutachter aber zum Schluss spontan gefragt, ob er ihm eine Psychotherapie empfehlen würde. Dies spricht somit nicht

für einen hohen Leidensdruck. So sind die bislang nicht durchgeführten Therapien (vgl. Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» hiervoor) nicht auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen, welcher Umstand auf einen dennoch nicht fehlenden Leidensdruck hindeuten würde (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304).

8.4.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. I.____ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. So sind beim Beschwerdeführer neben wenigen ressourcenfördernden vor allem ressourcenhemmende Faktoren vorhanden, womit die gutachterliche Beurteilung auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass darauf abgestellt werden kann. Ebenso erscheint die im Gutachten vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand der gestellten Diagnosen überzeugend. Obwohl die vorerwähnte Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 9C_724/2018 vom 11. Juli 2019; E. II. 8.4.1 hiervoor), wonach Suchterkrankungen ebenfalls im vorgenannten strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen sind, im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung noch nicht veröffentlicht worden und damit nicht anwendbar war, hat Dr. med. I.____ die Suchterkrankung des Beschwerdeführers ebenfalls bei der Indikatorenprüfung berücksichtigt und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit einbezogen. Dies ist im Resultat aber nicht zu beanstanden, nachdem das Versicherungsgericht diese Rechtsprechung vorliegend sofort anzuwenden hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_700/2015 18. Juli 2016 E. 3.2; 9C_769/2013 vom 1. April 2014 E. 2; vgl. E. II. 8.4.1 hiervoor). Damit erscheint auch die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit von Dr. med. I.____ von 60 % in einer angepassten Tätigkeit überzeugend. Schliesslich erscheint die gutachterliche Beurteilung auch hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit überzeugend: Es sei zwar anzunehmen, dass bereits im Zeitpunkt des B.____-Gutachtens von 2003 eine Trauer/Depression vorhanden und die Abhängigkeit in etwa gleich wie heute gewesen sei. Aber da der Beschwerdeführer bis zur Rückeninfektion 2012/2013 zu 100 % als Landschaftsgärtner gearbeitet habe, sei anzunehmen, dass er seine psychischen Einschränkungen bis dann habe überwinden können. Somit gelte die Arbeitsfähigkeit seit Austritt aus dem M.____ am 23. Juni 2013.

8.5 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten und die polydisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten der J.____ sowie die vorgehenden Ausführungen ist demnach davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit aus somatischen Gründen nicht mehr zumutbar ist. Dagegen besteht in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine zumut- und verwertbare Restarbeitsfähigkeit von 40 % mit jedoch zusätzlichen qualitativen Einschränkungen, welche aus den Teilgutachten hervorgehen. Demnach ist in revisionsrechtlicher Hinsicht im Vergleich zur letzten rechtskräftigen Verfügung vom 7. Januar 2004 von einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen.

Ergänzend ist im Zusammenhang mit der vorstehenden Beweiswürdigung darauf hinzuweisen, dass sich die Verwaltung ■ und im Streitfall das Gericht ■ im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit

unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen dürfen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1 S. 306 f., 140 V 193 E. 3 S. 194 ff., je mit Hinweisen). Zudem darf aus rechtlichen Gründen von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen werden, ohne dass die ganze Beurteilung ihren Beweiswert verliert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2). Die Teilgutachten der J. ___ sind denn auch grundsätzlich beweiswertig und es kann ■ abgesehen vom Verlauf der Arbeitsfähigkeit im orthopädischen Teilgutachten ■ darauf abgestellt werden.

E. 5

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit durchzuführen.

E. 6

Es sei dem Beschwerdeführer die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

E. 7

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Mit Eingabe vom 6. Juni 2017 (A.S. 23 f.) verzichtet der Beschwerdeführer auf Einreichung einer ergänzenden Beschwerdebegründung. 4. Mit Beschwerdeantwort vom 7. September 2017 (A.S. 46) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 5. Mit Verfügung vom 22. September 2017 (A.S. 47 f.) wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. 6. Mit Verfügung vom 19. September 2018 (A.S. 60 ff.) wird durch das Versicherungsgericht bei Dr. med. F. ___ (Fallführung und Allgemeine Innere Medizin), Dr. med. G. ___ (Orthopädie), Dr. med. H. ___ (Neurologie) und Dr. med. I. ___ (Psychiatrie), alle von der J. ___, ein polydisziplinäres Gutachten veranlasst. Das Gutachten ergeht am 12. April 2019 (A.S. 66 ff.). 7. Mit Stellungnahme vom 11. Juni 2019 (A.S. 164) lässt sich der Beschwerdeführer abschliessend vernehmen und stellt den Antrag, es sei auf das Gerichtsgutachten abzustellen. Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf die Einreichung einer Stellungnahme. 8. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. 2. 2.1 Der massgebende Sachverhalt betrifft die Verneinung des mit der Neuanschuldung vom 24. Juli 2013 geltend gemachten Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente durch die Verfügung vom 16. März 2017, weshalb die ab 1. Januar 2012 geltende Rechtslage zu berücksichtigen ist. 2.2 Seit der ab 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG

besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

3.2 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte

Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1). 5. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers habe ihm die Beschwerdegegnerin am 30. Januar 2014 mitgeteilt, ihn polydisziplinär unter Einbezug der internistischen, psychiatrischen, neurologischen und neurochirurgischen Fachrichtungen begutachten lassen zu wollen. Das Gutachten der D.____ vom 18. Februar 2015 sei jedoch ohne neurochirurgische Untersuchung erfolgt. Dies aufgrund vom Versicherten nicht zu verantwortenden Unklarheiten, wobei letztlich die IV-Stelle und nicht der Versicherte auf den Beizug dieser Fachrichtung verzichtet habe. Sodann rüge der Beschwerdeführer, dass der Rentenanspruch von der IV-Stelle verfrüht geprüft und der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» verletzt worden sei. Wie bereits die Vorvertreterin zu Recht moniert habe, gehe selbst aus dem Gutachten der D.____ eine volle Arbeitsunfähigkeit für die Zeit von Januar 2013 bis 4. September 2014 hervor. Somit hätte der Versicherte nach Ablauf des Wartejahres per Januar 2014 zumindest einen Anspruch auf eine (befristete) Rente gehabt (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG). Nach Ablauf der Befristung hätte die Beschwerdegegnerin wie ebenfalls bereits von der Vorvertreterin gerügt, berufliche Eingliederungsmassnahmen prüfen und durchführen müssen. Dies sei nicht erfolgt. Bei dem von der IV-Stelle angenommenen Invaliditätsgrad von 24 % sei es unerfindlich, weshalb der Anspruch auf eine Umschulung nicht geprüft worden sei. Die IV-Stelle habe einfach unbegründet den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen. Des Weiteren könne dem bei der D.____ eingeholten Gutachten vom 18. Februar 2015 keine volle Beweiskraft zuerkannt werden. So sei dieses nicht von den für die Beurteilung von Wirbelsäulenleiden fachlich geeigneten Ärzten erstattet worden. Wirbelsäulensyndrome seien dem medizinischen Fachgebiet der Rheumatologie zuzuordnen (vgl. statt vieler Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2007/126 vom 21. August 2008, E. 5.3.1 mit Hinweis auf M. Franke, Erkrankungen des Bewegungsapparates, in: Hans Hermann Marx [Hrsg.], Medizinische Begutachtung, Grundlagen und Praxis, 6. Auflage 1992, S. 368 und 376). Bei der Beurteilung von Wirbelsäulensyndromen sei ferner eine orthopädische Begutachtung unerlässlich (M. Franke, a.a.O., S. 377). Die Begutachtung bei der D.____ sei in somatischer Hinsicht weder durch einen Rheumatologen noch durch einen Orthopäden vorgenommen worden. Das D.____-Gutachten beruhe daher in einem entscheidenden Punkt nicht auf den hierfür erforderlichen spezialärztlichen Feststellungen. Ein weiterer Mangel beim D.____-Gutachten sei im fehlenden Beizug der Bildgebung die LWS betreffend zu erblicken. Schliesslich habe dem neurologischen Teilgutachter nur der Befundbericht über die am 10. September 2014 im K.____ durchgeführte MRI der LWS vorgelegen, nicht aber die Bilder selbst. Es gehöre indes zu den Grundpflichten des Gutachters, das bildgebende Material zu beschaffen und persönlich einzusehen. Das Gutachten sei schliesslich im Verfügungszeitpunkt vom 16. März 2017 bereits über 30 Monate alt gewesen, habe es doch auf Untersuchungen in der Zeit vom 20. August 2014 bis

4. September 2014 beruht. Arztberichte, welche im Verfügungszeitpunkt älter als 18 Monate alt seien, würden praxisgemäss nicht mehr als aktuell gelten, so dass auf diese nicht länger abgestellt werden dürfe (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 27. Juli 2009 [Prozess-Nr. VSBES.2008.344], E. 3c bezogen auf Wirbelsäulenauffektionen und Herzbeschwerden, mit Hinweis auf das Urteil des EVG vom 3. Januar 2006, I 633/05, E. 4.2.3). Sodann vermöge das psychiatrische Teilgutachten der D.____ von Dr. med. L.____ bereits deshalb nicht zu überzeugen, weil sich dieses nicht mit den Schmerzen des Versicherten auseinandergesetzt habe. Eine eigentliche Schmerzanamnese inklusive der Erfragung der schmerzbedingten Einschränkungen bei Mobilität, Alltags- und Freizeitaktivitäten fehle. Auch habe der Privatgutachter Dr. med. E.____ zu Recht darauf hingewiesen, dass Dr. med. L.____ laut dessen eigenen Ausführungen der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach F45.41 generell ablehnend gegenüberstehe und die Diagnose nicht individuell und kriterienlogisch überprüft habe. Schliesslich fehle dem Gutachten von Dr. med. L.____ auch eine Auseinandersetzung mit den bundesgerichtlichen Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281. Bei dieser Ausgangslage, wo sich zwei psychiatrische Expertisen derart diametral gegenüberstünden, sei zumindest eine psychiatrische Oberexpertise angezeigt, sollte das Gericht nicht ohnehin bereits auf die Privatexpertise abstellen wollen (vgl. Urteil 9C_858/201 4 vom 3. September 2015, E. 5.2.2). Das Gutachten der D.____ sei auch deshalb mangelhaft, weil es sich nicht mit dem eindrücklichen Medikamentenbedarf des Versicherten auseinandersetze. Zwar enthalte es Ausführungen zum Bedarf des Versicherten nach der Marcoumartherapie zur Thromboseprophylaxe. Es werde auf Seite 21 ausgeführt, dass der Versicherte keine Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr ausüben dürfe. Was genau damit gemeint sei, erfahre der Rechtsanwender nicht und werde auch von der IV-Stelle nicht weiter konkretisiert. Aber überhaupt fehlend sei die Frage, ob der Versicherte angesichts der hoch dosierten Analgesie überhaupt und wenn ja, in welchem Umfang arbeiten könne. Schliesslich sei das von der IV-Stelle herangezogene lohnstatistische Einkommen ohne konkrete Nennung von Verweistätigkeiten nicht statthaft. Selbst das Zumutbarkeitsprofil gemäss Gutachten der D.____ lasse industrielle und gewerbliche Tätigkeiten als nicht realisierbar erscheinen. Somit wäre der Versicherte auf Tätigkeiten im Dienstleistungssektor angewiesen. Auch sei nicht erkennbar, inwieweit beim Versicherten bei massiv lohnmindernden Faktoren (Arbeitsschwere leicht, Erfordernis von Wechselpositionen, Vermeidung von Verletzungsgefahren, usw.) nur ein Tabellenlohnabzug von 10 % greifen sollte. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die erneuten Abklärungen hätten ergeben, dass es im Januar 2013 durch die durchgemachte septische Thrombophlebitis und die dadurch entstandene Spondylodiszitis mit notwendigen operativen Interventionen zum lumbospondylogenen Schmerzsyndrom und somit zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen sei. Daraus habe sich ergeben, dass die Tätigkeit als Landschaftsgärtner als körperlich zu sehr belastend zu bewerten und somit nicht mehr zumutbar sei. In einer angepassten Tätigkeit, körperlich leicht und mit Wechselbelastung und Gewichtslimit bis 10 kg, bestehe eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer schmerzbedingten leichten Leistungsminderung von 20 – 30 %. Dabei sollten die Tätigkeiten mit Wirbelsäulenzwangshaltung, vorgeneigter oder gebückter Haltung mit häufiger Rumpfrotation oder Seitneigung sowie Tätigkeiten in Kälte oder Zugluft vermieden werden. Aus psychiatrischer Sicht sei das eingereichte psychiatrische Gutachten geprüft worden. Der zuständige Begutachter habe zu den wichtigsten unterschiedlichen

Beurteilungen Stellung genommen und sei nachvollziehbar zum Schluss gekommen, dass sich daraus keine neuen, IV-relevanten Gesichtspunkte ergeben hätten. Bei der Stellensuche sei der Beschwerdeführer nicht auf eine besondere Unterstützung der Invalidenversicherung angewiesen. Zur Begründung, weshalb auch ohne neurochirurgische Begutachtung der medizinische Sachverhalt vollständig abgeklärt worden sei, werde auf die Ausführungen des RAD im Protokolleintrag vom 2. März 2015 verwiesen. Im Übrigen sei die versicherte Person vorgängig auf ihre Mitwirkungspflicht hingewiesen worden (vgl. Mitteilung vom 24. Juli 2014). Dass das polydisziplinäre Gutachten nach altem Verfahrensstandard eingeholt worden sei, schade seinem Beweiswert nicht. Es werde auf die einschlägigen Stellungnahmen des RAD sowie die Stellungnahme der Gutachterstelle vom 7. Juli 2016 verwiesen. Was eine allfällige befristete Rentenzusprache anbelange, sei zu berücksichtigen, dass den Akten zufolge die Spondylodiszitis bereits am 4. Juni 2014 als ausgeheilt zu betrachten gewesen sei. Dass die IV-Stelle den Anspruch auf berufliche Massnahmen abgewiesen habe, sei nicht zu beanstanden, habe sich doch die versicherte Person wegen der ständigen Rückenschmerzen sowie ihrem Gleichgewichtsproblem nicht in der Lage gesehen zu arbeiten und habe dementsprechend eine Rente der Invalidenversicherung erwartet (vgl. polydisziplinäres Gutachten vom 18. Februar 2015, S. 32).

6. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 24. Juli 2013 beantragte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 16. März 2017 aufgrund eines errechneten IV-Grades von 24 % zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) – durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung – vorliegend am 7. Januar 2004 – bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 16. März 2017 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

6.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen ursprünglichen Verfügung vom 7. Januar 2004 stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das B.____-Gutachten vom 15. Dezember 2003 (IV-Nr. 21). Darin wurden folgende Diagnosen gestellt: mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Heroin-Abhängigkeit bei Polytoxikomanie (Cannabis täglich, gelegentlich Kokain, Nikotin mit 10 py [ICD-10 F11.2]) 2. Status nach seltenen epileptischen Anfällen (ICD-10 G40.5) - Verdacht auf leichte toxisch bedingte Enzephalopathie bei Drogenkonsum (ICD-10 G92) 3. Leichte Polyneuropathie (ICD-10 G62.9) 4. Status nach Kleinfingerkontusion rechts 2000 - Status nach rezidivierender Epidermoid-Zyste ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - Neurotische Persönlichkeit, selbstunsicher, abhängig (ICD-10 F60.8) Zusammenfassend wird im Gutachten ausgeführt, beim Beschwerdeführer könne in der zuletzt durchgeführten Tätigkeit eine geringe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % ab 6. April 1999 festgehalten werden. Aufgrund des Drogenkonsums bestehe derzeit eine deutliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Es gebe jedoch keine Anhaltspunkte, dass nach mehrmonatiger Drogenabstinenz beim Beschwerdeführer weiterhin eine Einschränkung bestehen würde. Eine derartige Massnahme sei dem Exploranden zumutbar. Vor Durchführung einer derartigen Massnahme mit anschliessend auch mehrmonatiger, nachgewiesener Suchtabstinenz könne beim Exploranden keine Aussage hinsichtlich Arbeitsfähigkeit gemacht bzw. könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, unabhängig vom Drogenkonsum, festgestellt werden. Es lägen ferner keine irreversiblen Folgen des

Drogenkonsums vor, welche die Arbeitsfähigkeit relevant, auch nach Absetzen des Konsums, beeinträchtigen würden. Zudem könnten berufliche Massnahmen vor nachhaltiger Durchführung der medizinischen Massnahmen nicht vorgeschlagen werden.

6.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 16. März 2017 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: 6.2.1 Im Bericht betreffend MRT der LWS vom 3. Mai 2013 (IV-Nr. 38) wurde festgehalten, im Segment LWK 3/4 bestehe rechts lateral ein Ödem in den angrenzenden Abschlussplatten, zudem finde sich T2 hyperintensives Material rechts paravertebral bis in den Musculus iliopsoas reichend und eine Verbreiterung des ventralen Epiduralraumes. Aufgrund des Materials rechts paravertebral und des verbreiterten Epiduralraums könnte es sich um eine Spondylodiszitis handeln mit einem paravertebralen Abszess und epiduraler Phlegmone. Da jedoch der Befund ungewöhnlich stark rechts lateralisiert sei und der Diskus selbst lediglich lineare Signalalterationen aufweise, sei ein Nucleus pulposus Prolaps nach rechts lateral mit Sequestration nicht ganz ausgeschlossen. Die spindelförmige Verbreiterung des Epiduralraumes sei diesbezüglich jedoch etwas ungewöhnlich. Da anamnestisch erst vor kurzem eine septische Thrombophlebitis vorgelegen habe, müsse die Spondylodiszitis klinisch/laborchemisch ausgeschlossen werden. Aufgrund des verbreiterten Epiduralraumes komme es zu einer linksbetonten rezessalen Stenose. Zudem bestünden eine leichte rezessale Dorsalverlagerung der L4 Wurzel links und leichte foraminale Stenose links mit Dorsalverlagerung der L3 Wurzel. Sowie eine Isthmische Spondylolyse LWK5 mit Spondylolisthesis nach (Meyerding 2). 6.2.2 Im Bericht des M.____ vom 3. Juli 2013 (IV-Nr. 41, S. 12) betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 9. Mai 2013 bis 23. Juni 2013 wurden folgende Diagnosen gestellt: Erste Hauptdiagnose: 1. Sepsis mit Staph. aureus bei/mit - Spondylodiszitis L3/4, angrenzender epiduraler Abszessbildung und Psoasabszess rechts - BK vom 17. Mai 2013: Staph. aureus - MRT ambulant nativ 3. Mai 2013: V. a. Spondylodiszitis L3/4 mit Flüssigkeitskolektion paravertebral und bis in den M. iliopsoas reichend, Epiduralraum verbreitert (DD zusätzlich Epiduralabszess); Cave ohne KM eingeschränkt beurteilbar. - MRI LWS 23. Mai 2013: Spondylodiszitis auf Höhe LWK3/4 mit angrenzender epiduraler Abszess-Bildung und phlegmonöser Mitreaktion des epiduralen und perineuralen Fettgewebes von ca. LWK1 bis LWK5 reichend. Weitere Hauptdiagnosen 2. St. n. s septischer Thrombose der V. femoralis rechts - Duplexsonographie 26. Februar 2013: Frische 4-Etagen-TVT rechts (V. femoralis communis, V. femoralis bis popliteal). V. iliaca externa offen. Links Septen in der V. femoralis communis und V. femoralis bei Status nach alter TVT - TTE: Keine thrombotischen Vegetationen 3. Polytoxikomanie bei/mit - Methadonprogramm - i.v.-Drogenabusus - HIV und Hep. B- und -C-Serologie 03/2013: Negativ 4. St n. Beinvenenthrombose links Nebendiagnose St. n. Appendektomie 6.2.3 Im Bericht betreffend MRT LWS vom 1. November 2013 (IV-Nr. 41, S. 11) wurde ausgeführt, es gebe keine Hinweise auf ein Rezidiv der Spondylodiszitis. Die Darstellung der degenerativen Veränderungen in L3/4 bis L5/S1 sei weitgehend stationär mit leichter Recessuseinengung L3/4 beidseits und leicht linksbetonter Foraminaleinengung in L5/S1 bei stationärer Anterolisthesis Grad II nach Meyerding in dieser Etage. 6.2.4 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 15. Januar 2014 (IV-Nr. 41) eine Drogensucht, eine Spondylodiscitis sowie LWS-Beschwerden. Der Beschwerdeführer sei seit heute wegen akuter Rückenschmerzen in der Notaufnahme des M.____. 6.2.5 Im Bericht des M.____ vom 25. Februar 2014 (IV-Nr. 43, S. 5) betreffend die Hospitalisation vom 29. Januar 2014 bis

10. Februar 2014 wurden ergänzend folgende Diagnosen gestellt: - St. n. intralaminärer Dekompression LWK 3/4 beidseits, Abszessdrainage, Debridement Bandscheibe LW 3/4 und Einlage einer Spül drainage (16. Januar 2014 USB Neurochirurgie) m/b Staphylococcus aureus Spondylodiszitis L3/4 CT LWS 16. Januar 2014: iM Weichteilfenster auffälliges dorsales elipsoides Plus von c. c 21 mm und v. d. 10 mm auf dieser Höhe von LWK 3/4 – hochgradig verdächtig auf eine erneute Spondylodiszitis mit Epiduralabszesse, DD ausgedehnte Diskushernie. Der Spinalkanal werde auf dieser Höhe auf 5 mm hochgradig eingengt. Auf gleicher Höhe deutliche erosive Veränderungen bei bereits zurückliegender Spondylodiszitis im Mai 2013. 6.2.6 Dr. med. C.____ hielt in seinem Bericht vom 12. März 2014 (IV-Nr. 43) fest, zurzeit sei eine Arbeitsfähigkeit ausgeschlossen. Der Beschwerdeführer sei vom M.____ unter Höchstdosen von Analgetika entlassen worden. 6.2.7 Im Bericht des K.____, Neurochirurgie, vom 4. Juni 2014 (IV-Nr. 47, S. 2) wurde ausgeführt, bei St. n. Spondylodiszitis und Epiduralabszess scheine die Akutentzündung ausgeheilt. Bezüglich der Stabilität bzw. Osteochondrose oder Pseudarthrose in dem betroffenen Bandscheibenfach würden ein Kontroll-MRT und ein Kontroll-Röntgen veranlasst. Zurzeit bestehe noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 6.2.8 Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), hielt mit Stellungnahme vom 25. Juni 2014 (IV-Nr. 48) fest, als Folge der Heroinabhängigkeit mit intravenösen Applikationen sei es beim Gebrauch unsauberer Injektionsutensilien zur septischen Thrombophlebitis im 2/13 und septischen Spondylodiszitis L3/4 im 5/13 gekommen. Trotz antibiotischer Therapie habe am 16. Januar 2014 wegen des Infektrezidivs mit Epiduralabszess die Dekompressions- und Drainageoperation durchgeführt werden müssen. Der Infekt scheine jetzt behoben. Es verbleibe die Unklarheit über den Stabilitätszustand des lädierten Segmentes. Unklar sei auch, inwieweit bei dem Versicherten die subjektiv persistierende, bzw. bereits chronifizierte Lumbalschmerzproblematik nachvollziehbar sei. Um eine abschliessende Beurteilung des Folgezustandes mit den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vornehmen zu können, bedürfe es eines polydisziplinären Gutachtens. Das Gutachten sollte die internistische, psychiatrische, neurologische und neurochirurgische Beurteilung umfassen. 6.2.9 Im Bericht des K.____, Neurochirurgie, vom 10. September 2014 (IV-Nr. 78, S. 10) wurde ausgeführt, im MRT der LWS vom 10. September 2014 zeige sich die Spondylodiscitis vollständig ausgeheilt. Die vom Beschwerdeführer beklagte Beschwerdesymptomatik sei am ehesten durch die Dysbalance der Muskulatur sowie die mögliche ISG-Problematik hervorgerufen. Eine Indikation für ein stabilisierendes Vorgehen, auch der Spondylosyse LW5/S1, welche stabil sei und zu keiner Nervenwurzelkompression führe, gebe es zurzeit nicht. 6.2.10 Im Bericht des K.____, Neurochirurgie, vom 22. Januar 2015 (IV-Nr. 78, S. 12) wurde festgehalten, in der neurologischen Untersuchung berichte der Beschwerdeführer über eine Hypästhesie am ventrolateralen Oberschenkel rechtsseitig. Dies könne gut erklärt werden mit der damaligen Ausbreitung des Abszesses in den Iliopsoas rechtsseitig, sodass hier möglicherweise der Genitofemoralis in Mitleidenschaft durch die Entzündungsreaktion gezogen worden sei. Auch die Kraft im rechten Psoas sei nach wie vor leicht eingeschränkt. Die Narbenverhältnisse seien reizlos. Da der Beschwerdeführer 2013 eine septische Thrombose der Vena femoralis rechtsseitig gehabt habe und in der letzten Doppler-Duplexsonographie vom Februar 2014 nach wie vor ein neuer Thrombus auch auf der linken Seite aufgetreten sei, sei die Antikoagulation mit Marcoumar fortgesetzt worden. Aus spinalchirurgischer Sicht sei der Beschwerdeführer für eine körperlich belastende Tätigkeit nicht arbeitsfähig. Bei den fortbestehenden Rückenschmerzen sei auch eine

administrative Tätigkeit nur zeitbegrenzt 50 % machbar. Zudem sollte die Tätigkeit wechselnd stehend, sitzend und gehend durchgeführt werden können. 6.2.11 Im D.____-Gutachten vom 18. Februar 2015 (IV-Nr. 66) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit - Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom · Ventrolisthese LWK5/SWK1 (Meyerding Grad 1) bei Spondylose beidseits ohne Neurokompression · St.n. Dekompression (partielle Laminektomie) eines Epiduralabszess LWK3/4 mit Staph. aureus sowie Debridement LW3/4 am 16. Januar 2014 Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit - Persönlichkeitsakzentuierung Z73.1 - Abhängigkeitssyndrom durch multiplen Substanzgebrauch, Methadonprogramm und Beikonsum F19.24 - V.a. möglichen Leberschaden bei fortgesetztem Drogenkonsum bis dato (fachübergreifend) - St.n. Beinvenenthrombose mit erforderlicher ständiger Marcoumar-Therapie Gemäss Aktenlage sei der Versicherte zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung bereits zwei Jahre lang nicht mehr berufstätig gewesen, die Kündigung damals sei wegen einer Diskussion um höheren Lohn erfolgt und nicht aus primären Krankheitsgründen. Demgemäss wäre eine Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt als angestammte Tätigkeit anzusehen. Für eine derartige Tätigkeit wäre bei Berücksichtigung des Tätigkeitsprofils, einer ideal angepassten Arbeitstätigkeit entsprechend, eine ganztägige Arbeitstätigkeit zumutbar mit lediglich leichter Leistungsminderung um 20 – 30 %. Die zuletzt ausgeübte angestellte Tätigkeit als Landschaftsgärtner sei hingegen als körperlich zu sehr belastend zu bewerten und nicht mehr zumutbar. Es sei eine ganztägige Präsenzzeit möglich, bei schmerzbedingt reduzierter Leistungsfähigkeit und vermehrtem Pausenbedarf. Aufgrund dieser reduzierten Rückenbelastbarkeit könnten zwar keine mittelschweren und schweren Tätigkeiten mehr durchgeführt werden, jedoch seien eine ideal angepasste, rückengerechte Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt mit Wechselbelastung und körperlich leichten Belastungen möglich (Gewichtslimits derzeit bis 10 kg). Dabei sollten alle Tätigkeiten mit Wirbelsäulenzwangshaltung, vorgeneigter oder gebückter Haltung, mit häufigen Rumpfrotationen oder Seitneigungen sowie Tätigkeiten in Kälte oder Zugluft vermieden werden. Wegen der erforderlichen Marcoumartherapie sollte keine Tätigkeit mit grösserer Verletzungsgefahr ausgeübt werden. Aufgrund der hier durchgeführten Untersuchung bestünden keine versicherungsmedizinisch relevanten psychischen Störungen bei dem Versicherten, die eine Arbeitsaufnahme verunmöglichen würden. Die Persönlichkeitsakzentuierung und die noch aktive Drogenabhängigkeit würden dafür kein Hindernis darstellen. Ausserdem bestehe ein gutes Fähigkeitsprofil bei dem Versicherten, das eine gute Eingliederungsmöglichkeit ins Berufsleben verspreche. Leichte Störungen könnten allenfalls vorübergehend in der Kommunikationsfähigkeit, Flexibilität und Ausdauer als Ausdruck einer Dekonditionierung bestehen, diese könnten jedoch wieder eingeübt werden. Betreffend den retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit halten die Gutachter fest, bezüglich des Rückenleidens müsse angenommen werden, dass ab Januar 2013 eine Arbeitsunfähigkeit 100 % sowohl für die angestammte resp. auch in einer Verweistätigkeit bestanden habe. Im Verlauf habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % (angestammt und in Verweis) über die Operation und Behandlung der Spondylodiszitis Mai/Juni 2013 hinaus weiter bestanden. Zwar wäre zum Herbst hin eine Besserung anzunehmen, jedoch sei es schon Mitte Januar 2014 zur Schmerzverschlimmerung mit erneuter Hospitalisation und erneuter Operation infolge Epiduralabszess LWK3/4 gekommen, weshalb rückblickend fast durchgehend im Jahr 2013 eine Arbeitsunfähigkeit mindestens für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Landschaftsgärtner und überwiegend wahrscheinlich aber auch für leidensangepasste Verweistätigkeiten des freien

Arbeitsmarktes bestanden habe. Zudem sei auch nach der Behandlung des Epiduralabszesses LWK3/4 noch eine weitere Rekonvaleszenzphase zu berücksichtigen. Entsprechend hätten Dr. med. C.____ am 12. März 2014 sowie auch Dr. med. N.____ am 4. Juni 2014 noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, wenngleich hier bereits die Spondylodiszitis als ausgeheilt beurteilt worden sei. Spätestens aber mit Datum der neurologischen Untersuchung vom 4. September 2014 und auch Bildgebung MRI LWS vom 10. September 2014 gelte die im D.____-Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeitsbewertung.

6.2.12 Im Bericht des K.____, Spinale Chirurgie, vom 20. August 2015 (IV-Nr. 78, S. 16) wurde festgehalten, die vom Beschwerdeführer beklagte Beschwerdesymptomatik sei bei Stn. Spondylodiscitis auf die degenerativen Veränderungen zurückzuführen. In den letzten MRT-Bildern und Röntgenuntersuchungen der LWS vom Herbst 2014 habe sich keine Instabilität, keine Nervenwurzelkompression, gezeigt. Ohne Nachweis einer Instabilität bis jetzt und einer neuerlichen Nervenwurzelkompression gebe es keine Indikation für ein neuerliches Vorgehen.

6.2.13 In seiner Stellungnahme vom 25. November 2015 (IV-Nr. 80) hielt Dr. med. L.____ vom RAD fest, den neurochirurgischen Berichten des K.____ vom 10. September 2014, 22. Januar 2015 und 20. August 2015 könnten keine verschlimmernden Aspekte entnommen werden. Im Gegenteil, eine neue Operations-indikation bestehe nicht, die Beschwerden seien nicht durch sensomotorische Defizite bedingt, sondern durch eine konservativ behandelbare muskuläre Dysbalance und ISG-Problematik bei degenerativen Veränderungen. Es werde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für schwere Arbeiten und eine 50%ige für administrative Arbeiten in Wechselpositionen attestiert. In Anbetracht der Tatsache, dass sich objektiv gegenüber der Begutachtung nur 2 Jahre zuvor nichts geändert habe, entspreche dies einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als durch den Gutachter.

6.2.14 Im psychiatrischen Privatgutachten vom 30. November 2015 (IV-Nr. 83, S. 6) stellte Dr. med. E.____ folgende Diagnosen: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ICD-10, F45.41, seit 2013 - unterer Rücken/rechtes Bein, NRS 3-9, meist NRS 4 - somatisch: 2/2013 septische Beinvenenthrombose rechts. 5/2013 Spondylodiszitis der Lendenwirbelsäule L3/4 mit angrenzender epiduraler Abszessbildung und Psoasabszess rechts. 1/2014 Thrombosen in beiden Oberschenkelvenen, neurochirurgisch intralaminäre Dekompression LWK3/4 beidseits, Abszessdrainage, Debridement Bandscheibe LWK3/4 und Einlage einer Spül drainage bei Rezidiv Epiduralabszess LWK 3/4 mit Staphylococcus aureus - psychisch: Durchhalteverhalten/Selbstforcierung unter Daueranalgesie (Methadon) bei körperlich schwerer Arbeit Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 2. Polytoxikomanie, F19.2, langjährig - täglich Methadon, täglich Morphium, fast täglich Cannabis, Heroin und Kokain - bei unreif-abhängiger, emotional-instabiler und dissozialer Persönlichkeitsakzentuierung, ICD-10 Z73 Weiter führte Dr. med. E.____ aus, es bestünden insgesamt konsistent geschilderte chronische Schmerzen im unteren Rücken mit Ausstrahlung vorwiegend ins rechte Bein bis über das Knie. Schmerzstärke meist zwischen NRS 3-5, minimal NRS 3, maximal NRS 9. Dazu kämen chronische Knieschmerzen und weitere Lokalisationen häufiger intermittierender Schmerzen. Limitierend seien aber primär die Rücken-Bein-Schmerzen. Diese führten zu vielen alltagspraktischen Einschränkungen, die konsistent geschildert und zudem durch direkte Beobachtung und durch die Angaben der Mutter wie auch der zuständigen Sozialarbeiterin validiert werden könnten. Die Entstehung der chronischen Rückenschmerzen sei durch die ungünstige körperlich schwere Arbeit als Hilfsarbeiter im Gartenbau gut nachvollziehbar. Schmerzbeginn arbeitsbezogener

Rückenschmerzen gemäss Explorand circa 2000 (im B.____-Gutachten 2003 nicht erwähnt), seit 2012 habe er Dauerschmerzen. Er habe ein ausgeprägtes Durchhalteverhalten (Endurance3) beschrieben bei gleichzeitiger Schmerzreduktion durch ständigen Opiatkonsum als wichtigen Chronifizierungsfaktor. Die Polytoxikomanie spiele hier insofern eine Rolle, als er durch seinen Opiatkonsum zwar ständig den Schmerz abgeschaltet habe und deshalb trotz Rückenschwäche lange Zeit belastend arbeiten können, mit den Opiaten aber nur das Warnsignal Schmerz als solches unterdrückt gewesen sei, nicht jedoch die überlastend-schädigenden Auswirkungen der körperlichen Arbeit. Zur Dekompensation sei es durch die somatischen Komplikationen des Drogenabusus gekommen. Staphylococcus aureus sei ein Hautkeim, der bei ungenügender Hautinfektion durch die Injektionsnadel ins Blut eingebracht werden könne und so zu den in den Akten beschriebenen Komplikationen geführt habe: Nach vorbestehender Beinvenenthrombose links sei es 2/2013 zu einer septischen Thrombose der rechten Oberschenkelvene und 5/2013 zu einer Spondylodiszitis der Lendenwirbelsäule L3/4 mit angrenzender epiduraler Abszessbildung und Psoasabszess rechts gekommen. 1/2014 sei dann erneut ein Epiduralabszess LWK 3/4 mit Staphylococcus aureus festgestellt und neurochirurgisch mit intralaminärer Dekompression LWK3/4 beidseits, Abszessdrainage, Debridement Bandscheibe LWK3/4 und Einlage einer Spüldrainage behandelt worden. Zu diesem Zeitpunkt fänden sich wieder Thrombosen in beiden Oberschenkelvenen. Dass diese Entzündungen und Eingriffe zu lokalen Verletzungen und Reizungen von Schmerzernerven geführt hätten, die im Verlauf, bei geringer Therapietreue und punktueller Überlastung (um trotz Schmerzen nach Basel in die Gassenstube zu gelangen), zur Schmerzchronifizierung beigetragen hätten, liege nahe. Pathophysiologisch müsse man insgesamt von einer peripheren und zentralen Schmerzsensibilisierung ausgehen, als Erklärung der Dauerschmerzen, die auch bei vollständiger Entlastung mindestens bei NRS 3 persistieren würden. Diagnostisch lasse sich das Beschwerdebild mit der seit 2009 etablierten Diagnose «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41» erfassen. Wichtigster psychischer Faktor der Schmerzchronifizierung sei das Enduranceverhalten des Exploranden, der schon als Landschaftsgärtner seine Arbeit trotz Schmerzen forciert habe, was ihm durch maximalen Opiateinsatz auch gelungen sei. Durch Opiate werde aber nur das Warnsignal Schmerz kontrolliert, der schädigende Einfluss der Überlastung auf die vorgeschädigten Strukturen bleibe aber. Ab 2013, als der Beschwerdeführer nicht mehr gearbeitet habe, habe er insofern forciert, als er, um zu seinem täglichen Schuss in der Gassenstube zu kommen, sich auch hier unter maximalem Schmerzmitteleinsatz mobilisiert habe. Eine somatoforme Schmerzstörung mit primär psychischen Problemen, die sich somatoform in Schmerzen äussern würden, liege hingegen nicht vor (kein Konflikt etc.). Als angestammte Tätigkeit werde die in den letzten zehn Jahren vorwiegend ausgeübte Arbeitstätigkeit im Gartenbau angenommen, im Sinne einer körperlich mittelschweren bis schweren Arbeitstätigkeiten einschliesslich Bücken, Zwangshaltungen und Tragen von schweren Gewichten (Betonstufen, Kiessäcke, etc.). Diese sei, wie auch durch den neurologischen Gutachter im D.____-Gutachten festgestellt, nicht zumutbar. Hier käme es rasch zu unerträglichen Schmerzen und psychischer Dekompensation bzw. vorsorglichem Abbruch. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe seit dem 1. Januar 2013. Zumutbar sei eine circa zwei- bis zweieinhalbstündige, bei zusätzlicher Pause bis allenfalls dreistündige, fast ausschliesslich sitzende Tätigkeit in der Montage von Kleinteilen bzw. Fabrikation. Nicht zumutbar seien hingegen Tätigkeiten mit Heben von mehr als 9 kg, Bücken, längerem Stehen oder Gehen,

häufigem Aufstehen, Zwangshaltungen und Überkopf-Arbeiten. 2013 habe aufgrund der in den Akten dokumentierten schweren Akuterkrankungen auch in angepassten Tätigkeiten keine Arbeitsfähigkeit bestanden. Gemäss der neurochirurgischen Nachuntersuchung vom Juni 2014 könne man ab hier die postulierte Arbeitsfähigkeit von maximal drei Stunden täglich annehmen. 6.2.15 Mit Schreiben vom 7. Juli 2016 (IV-Nr. 89) nahm der psychiatrische Gutachter des D.____, Dr. med. L.____, zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.____ Stellung und prüfte die Indikatoren der neuen bundesgerichtlichen Schmerzrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281. Dr. med. L.____ führte aus, bei der Lektüre des Gutachtens von Dr. med. E.____ falle auf, dass dieser zu den chronischen Rückenschmerzen vor allem aus schmerztherapeutischer Sicht Stellung nehme. Dabei zitiere er einzelne Passagen aus dem interdisziplinären Gutachten des D.____. Er berufe sich in der Begründung seiner Beurteilung auf seine schmerztherapeutische Ausbildung als zertifizierter Schmerztherapeut und Mitglied in der Schweizerischen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Die von Dr. med. E.____ diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ermögliche eine interdisziplinäre Diagnose. Es werde nicht explizit von einer psychischen Ursache des Schmerzes ausgegangen, vielmehr werde der Ausgangspunkt in einen physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung gesehen. Mit der Diagnose würden aber keine konkreten Hinweise geliefert, um welche psychischen Faktoren es sich bei der Schmerzstörung handle. Somit bleibe der Begriff inhaltlich leer, weil nicht beschrieben werden könne, welche psychischen, psychosozialen Zustände und Faktoren relevant seien (Multiaxiale Schmerzklassifikation Psychosoziale Dimensionen, MASK-P, Springer Verlag). Selbst bei der Annahme der Diagnose F 45.41 würde folgender Grundsatz gelten. «Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage der Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten». Aus psychiatrischer Sicht müsse weiterhin davon ausgegangen werden, dass das Verhalten des Versicherten im Hinblick auf die Schmerzsymptomatik durch die Sucht und den Konsum von Drogen in bedeutsamer Weise beeinflusst und geprägt sei. 6.2.16 Mit Stellungnahme vom 7. September 2016 (IV-Nr. 92) hielt Dr. med. L.____ vom RAD fest, beim Beschwerdeführer liege ein reines Suchtverhalten vor. Als Folgeschaden bestehe eine mögliche Leberschädigung noch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ferner sei es durch die durchgemachte septische Thrombophlebitis im 2/13 und die dadurch entstandene Spondylodiszitis mit notwendigen operativen Interventionen zum lumbospondylogenen Schmerzsyndrom gekommen. 6.2.17 Mit Schreiben vom 5. September 2016 (IV-Nr. 93, S. 3) nimmt Dr. med. E.____ zur Stellungnahme von Dr. med. L.____ vom D.____ Stellung. Die Tatsache, dass die Diagnose alleine gemäss Dr. med. L.____ noch nicht viel aussage, gelte für viele Diagnosen. Auch bei einer Persönlichkeitsstörung als Diagnose sei nicht klar, was genau gestört sei, bei einer Anpassungsstörung sei die Ursache der Störung nicht benannt, etc. Das Konstrukt der Diagnose müsse deshalb in einem Gutachten inhaltlich gefüllt werden. Offenbar stelle Dr. med. L.____ die Diagnose F45.41 an sich in Frage. Aber wenn die Kriterien einer ICD-10 Diagnose erfüllt seien, dann sollte man sie als Gutachter auch stellen oder begründen, warum man eine andere Diagnose favorisiere, die den Gesundheitsschaden allenfalls besser fasse. Auf das Stellen einer Diagnose zu verzichten, nur weil die Diagnose keine konkreten Hinweise liefere, um welche psychischen Faktoren es sich handle, sei kein Argument. Es sei zwar richtig, dass aus psychiatrischer Sicht weiterhin davon ausgegangen werden müsse,

dass das Verhalten des Versicherten im Hinblick auf die Schmerzsymptomatik durch die Sucht und den Konsum von Drogen in bedeutsamer Weise beeinflusst und geprägt sei. Dies sei aber auch sehr allgemein. Der Bogen zu den Standardindikatoren fehle hier. Die Kooperation des Beschwerdeführers sei zwar generell schlecht, dies aber aufgrund der Persönlichkeitsakzentuierung, nicht als Ausdruck geringen Leidensdrucks. Patienten mit starken chronischen Schmerzen würden in der Praxis häufig nur noch mit einer Dauertherapie mit Opiaten behandelt, insofern habe der Beschwerdeführer hier eine ausgebaute Schmerztherapie. Somatisch seien diverse operative Eingriffe gemacht worden. Wenn wie vorliegend keine therapeutischen Optionen mehr vorlägen und die Schmerzmedikation (Opiate) maximal ausgebaut sei, spreche – entgegen der Ansicht von Dr. med. L. ___ – sehr viel für eine Therapieresistenz. Insgesamt handle es sich bei dieser Stellungnahme von Dr. L. ___ um einen langen, komplizierten und inhaltlich zum Teil unverständlichen Text, der im wesentlichen viele Zitate zu den Standardindikatoren verwende, die als solche nicht kenntlich seien (keine Anführungszeichen) und sich mit den eigenen Überlegungen vermischen würden. Die eigenen Überlegungen seien dabei jeweils allgemeine Behauptungen, die nicht weiter begründet oder belegt würden und die sich inhaltlich nicht mit den Ausführungen in seinem Gutachten auseinandersetzen würden. Weder seien so im Nachhinein die Standardindikatoren adäquat berücksichtigt worden noch habe die von ihm, Dr. med. E. ___, geäußerte Kritik am D. ___-Gutachten entkräftet werden können. 7. Da die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten des D. ___ vom 18. Februar 2015 (IV-Nr. 66) abstellt, ist dessen Beweiswert zu prüfen. Diesbezüglich ist vorweg festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zu Recht rügt, das D. ___-Gutachten sei nicht von den für die Beurteilung von Wirbelsäulenleiden fachlich geeigneten Ärzten erstattet worden. So war bei der D. ___-Begutachtung auch eine neurochirurgische Untersuchung geplant, zu welcher der Beschwerdeführer jedoch nicht erschien. Die Beschwerdegegnerin verzichtete danach auf eine diesbezügliche Begutachtung. Grundsätzlich wäre eine neurochirurgische oder orthopädische Begutachtung angebracht gewesen. So wurde das Gutachten unter anderem wegen der Unklarheit bezüglich des Stabilitätszustands des lädierten Segments veranlasst (vgl. IV-Nr. 48). Der neurologische Gutachter des D. ___, Dr. med. O. ___, nahm zwar eine fachübergreifende Beurteilung vor. Jedoch wurde im Bericht des K. ___, Neurochirurgie, vom 22. Januar 2015 (IV-Nr. 78, S. 12) davon ausgegangen, bei den fortbestehenden Rückenschmerzen sei auch eine administrative Tätigkeit nur zeitbegrenzt zu 50 % machbar. Zudem sollte die Tätigkeit wechselnd stehend, sitzend und gehend durchgeführt werden können. Zwar wird diese Einschätzung nur wenig begründet und scheint vor allem auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abzustellen. Dennoch kann der Sachverhalt angesichts dieser stark divergierenden Beurteilung eines neurochirurgischen Facharztes nicht ohne ein entsprechendes Fachgutachten beurteilt werden. Der neurologische Gutachter, Dr. med. O. ___, verfügt zudem nicht über einen entsprechenden neurochirurgischen oder orthopädischen Facharztstitel, womit seine Einschätzung im vorliegenden Fall nicht ausreicht, zumal im vorliegenden Neuanmeldeverfahren ja gerade eine Verschlechterung der Rückenproblematik zur Diskussion steht. Damit ist die Notwendigkeit, diesbezüglich ein Gerichtsgutachten zu veranlassen, erstellt. Jedoch konnte sich das Versicherungsgericht im vorliegenden Fall nicht auf die Fachrichtung der orthopädischen Chirurgie beschränken. Der Zweck interdisziplinärer Gutachten besteht gerade darin, alle relevanten Gesundheitsschädigungen zu erfassen und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit im Sinne eines Gesamtergebnisses

aufzuzeigen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224). In der Regel sind die unter verschiedenen medizinischen Titeln ausgewiesenen Teilarbeitsunfähigkeiten nicht einfach zu addieren (Urteil des Bundesgerichts 8C_660/2016 vom 29. Dezember 2016 E. 5.3.1). Da im vorliegenden Fall auch in anderen medizinischen Fachrichtungen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, bedurfte es demnach nach der Begutachtung in einer weiteren Fachdisziplin wiederum einer polydisziplinären Gesamtbeurteilung, weshalb das Versicherungsgericht – unbesehen des Beweiswertes der Teilgutachten des D.____ und des Privatgutachtens von Dr. med. E.____ – nicht umhinkam, ein neues polydisziplinäres Gerichtsgutachten einzuholen, welches alle vorliegend relevanten Disziplinen abdeckt.

8. Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. F.____ (Fallführung und Allgemeine Innere Medizin), Dr. med. G.____ (Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), Dr. med. H.____ (Neurologie) und Dr. med. I.____ (Psychiatrie), alle von der J.____, ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt. Das Gutachten vom 12. April 2019 (A.S. 66 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht (A.S. 86 – 94, 115 – 118, 126 – 134, 140 – 143) und die Vorakten studiert haben (A.S. 67 – 85). Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt: 8.1 Im neurologischen Teilgutachten werden von Dr. med. H.____ folgende Diagnosen gestellt: - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit belastungsabhängiger Lumbo-Ischialgie rechts mit/bei · lumbospondylothem Schmerzsyndrom, DD Überlagerung einer Wurzelclaudicatio S1 rechts? · St. nach Spondylodiszitis LWK 3/4 mit epiduraler Abszessbildung und perineuraler phlegmonöser Reaktion des perineuralen Fellgewebes, konservative Therapie 05/2013 · St.n. Rezidiv des Epiduralabszesses L3/4 mit Staph. aureus, Dekompression mit partieller Laminektomie und Drainage des Epiduralabszesses, Debridement am 16. Januar 2014 · MRI LWS 2014: Ventrolisthese LWK5/S1 (Meyerding Grad 1) bei Spondylose bds. ohne Neurokompression - Klinisch leichte periphere Polyneuropathie - Polytoxikomanie Die Gutachterin setzt sich eingehend mit den verschiedenen möglichen Diagnosen auseinander und begründet die Auswirkungen der von ihr gestellten Diagnosen nachvollziehbar: Klinisch-neurologisch finde sich ein kooperativer Rechtshänder, der so weit offen und adäquat über seine Beschwerden berichtet. Beim Gehen falle ein leichtes Entlastungshinken rechts auf, dies sei etwas ausgeprägter beim Treppensteigen bei Angabe von starken lumbalen Schmerzen beim treppaufwärts Gehen. Im Bereich der Kopf- und Hirnnerven fielen leicht pathologische Augenfolgebewegungen auf, die im Rahmen der Polytoxikomanie interpretiert würden, die übrigen Hirnnerven seien soweit unauffällig. Es bestehe ein unauffälliger Neurostatus der Arme mit insbesondere normaler Sensibilität der Hände und Finger. Es zeige sich eine reizlose Narbe lumbal mit einer Druckdolenz lumbosakral und der Muskelansätze rechts sakral. Im Stehen und Liegen untersucht fänden sich keine Hinweise für ein lumbradikuläres Reizsyndrom und/oder motorisches Ausfallsyndrom. Es werde eine Sensibilitätsstörung des lateralen Unterschenkels und Fusses rechts angegeben (Dermatom S1), sowie des medialen Oberschenkels rechts. Die Sensibilitätsstörung des medialen Oberschenkels sei am ehesten im Rahmen der wiederholten inguinalen Drogeninjektionen zu erklären. Die Rückenschmerzen seien im Rahmen der degenerativen LWS-Veränderung bei St. n. Spondylodiszitis L3/4 und einer Spondylolyse L5 mit Spondylolithiasis L5/S1 erklärbar, zur diesbezüglichen Beurteilung sei auf das orthopädische Gutachten verwiesen. Die Lumboischialgie in den dorsalen Oberschenkel sei

in der neurologischen Beurteilung im Gutachten von 2015 im Rahmen einer lumbo-spondylogenen Ausstrahlung interpretiert worden, dies aufgrund der damaligen Klinik ohne Hinweise für ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom S1. Aktuell werde der ins rechte Bein ausstrahlende Schmerz im dorsalen Oberschenkel angegeben, wie bekannt, aber neu auch bis in den lateralen Unterschenkel und Fuss gehend, dies insbesondere bei längerem Stehen und Gehen. Neben der unverändert aufgrund der Klinik wahrscheinlichen Diagnose eines lumbospondylogenen Schmerzsyndromes rechts sei aufgrund der Anamnese mit dem gehstreckenabhängigen Schmerz im Dermatom S1, der nach Absitzen wieder abklinge, differentialdiagnostisch eine Wurzelclaudicatio S1 rechts zu diskutieren. Eine diesbezügliche gezielte Evaluation (MRI, allenfalls infiltrative Behandlung) sei notwendig. Der Beschwerdeführer beklage auch eine Gleichgewichtsunsicherheit, 2004 sei die Diagnose einer leichten peripheren Polyneuropathie aufgrund der Klinik gestellt worden, vom Neurologen im D.____-Gutachten [...] jedoch aufgrund der Klinik als nicht bestätigt beurteilt worden. Der aktuelle klinische Befund sei vereinbar mit einer leichten peripheren Polyneuropathie bei leichter Abschwächung des Vibrationssinnes malleolär und fehlenden ASR. Diese klinisch leichte sensible Polyneuropathie könne aber die beklagte Stand- und Gangunsicherheit nicht erklären. Die Ätiologie der Polyneuropathie sei offen. Die Gangunsicherheit, die eher im Sinne einer Neigung zum Stolpern bei schmerzbedingt nicht genügendem Anheben des Beines beschrieben werde, sei eher im Rahmen des lumbospondylogenen Schmerzsyndromes zu interpretieren. Es bestehe seit über 20 Jahren ein regelmässiger Drogenkonsum. Aktuell stehe der Beschwerdeführer in einem Substitutionsprogramm mit Methadon, Morphin, MST und Benzodiazepine. Seit dem Gutachten im 2015 habe sich die Dosis dieser Präparate nur wenig verändert. Daneben bestehe ein Beikonsum mit täglich Cannabis und mehrmals im Monat Kokain. Von neurologischer Seite sei eine toxische Encephalopathie im Rahmen des Drogenkonsumes zu diskutieren. Er sei im Umgang adäquat, seine Angaben seien konsistent und prompt, es sei auch keine psychomotorische Verlangsamung fassbar. Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine Hinweise für eine relevante toxische Encephalopathie. Bezüglich der lumbalen Beschwerden sei auf das orthopädische Gutachten verwiesen. Die ins rechte Bein ausstrahlenden Schmerzen, die differentialdiagnostisch im Rahmen einer Wurzelclaudicatio S1 zu interpretieren seien, führten zu einer Einschränkung der Gehstrecke bzw. der Gehfähigkeit, gemäss aktueller Anamnese von max. 30 Minuten Gehen. Im Sitzen werde vorwiegend eine Zunahme der lumbalen Schmerzen beklagt. Die klinisch leichte periphere Polyneuropathie unklarer Ätiologie könne allenfalls die Standunsicherheit bei geschlossenen Augen bzw. Kopfwendung nach oben akzentuieren, führe aber nicht zu einer relevanten funktionellen Einschränkung, insbesondere nicht der Gehfähigkeit und des Stehens. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers führt die Gutachterin gestützt auf die vorgehenden Ausführungen wohlbegründet aus, die zuletzt ausgeführte Tätigkeit als Gärtner mit mittelschweren bis schweren körperlichen Tätigkeiten sei aufgrund der Rückenproblematik mit eingeschränkter Belastbarkeit des Rückens nicht mehr möglich, es sei auf das orthopädische Gutachten verwiesen. Aus neurologischer Sicht sei speziell die belastungsabhängige Lumboischialgie rechts, verdächtig auf eine Wurzelclaudicatio S1 rechts, zu beurteilen. Diese führe zu einer relevanten Einschränkung der Steh- und Gehfähigkeit. Bezüglich der Einschränkungen durch die lumbale Problematik, die vor allem bei längerem Sitzen zu einer Schmerzexazerbation führe, sei auf das orthopädische Gutachten verwiesen. Aus rein neurologischer Sicht wäre eine wechselnd belastende, vorwiegend sitzende, wenig gehende und stehende, leichte körperliche Tätigkeit

ganztags zumutbar. Dabei sei aus neurologischer Sicht aufgrund der Schmerzproblematik eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit anzunehmen in einem Bereich von 10 – 20 %. Zusätzlich sei im Rahmen der schweren Polytoxikomanie eine Einschränkung der Belastbarkeit anzunehmen, es sei auf die psychiatrische Beurteilung verwiesen.

8.2 Im orthopädischen Teilgutachten stellte Dr. med. G. ___ folgende Diagnosen: Diagnosen am Bewegungsapparat mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei: · St.n. Spondylodiszitis L3/4 (Mai 2013), konservativ antibiotisch behandelt · St.n. Epiduralabszess L3/4 (Januar 2014) mit/bei: o Intralaminärer Dekompression LWK 3/4 bds, Abszess-Drainage, Debridement Bandscheibe L3/4 und Einlage einer Spül Drainage o Atrophie des Musculus psoas rechts mit Hüftbeugerschwäche - Spondylolisthesis L5/S1, Grad Meyerding Grad II bei Spondylolyse L5 bds mit Einengung des Neuroforamens und Vd.a. Wurzelkontakt L5 links 3 - degenerative Veränderungen LWK 1/2 und LWK 4/5 Diagnosen am Bewegungsapparat ohne Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit - Geringgradige retropatelläre Überlastungssymptomatik bds - St.n. Kontusion Finger V Hand rechts (08. 2000) mit/bei: · posttraumatischer Epidermoidzyste (Operation 06/2001) · 3maligem Epidermoidzystenrezidiv (Operation 11/2001; 08/2002; 01/2003) · aktuell abgesehen von einer minimalen Sensibilitätsstörung volarseits beschwerdefrei

Bezüglich der funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen führt der Gutachter nachvollziehbar aus, die orthopädische Problematik des Exploranden lokalisiere sich hauptsächlich im Bereich der LWS. Bereits vor 2013 habe er gelegentlich anstrengungsabhängige Beschwerden und Schmerzen im lumbosakralen Übergang gehabt, verursacht durch die Spondylolisthesis L5/S1 bei Spondylolyse L5 beidseits. Wegen diesen Beschwerden sei es jedoch nie zu einer ärztlichen Behandlung gekommen. Im Januar 2013 sei es infolge unsteriler Injektion von Drogen im Bereich der rechten Inguina zu einer septischen Thrombose der Inguinalvenen rechts mit Staphylococcus aureus gekommen, welche antibiotisch behandelt worden sei. Im Mai 2013 sei es infolge septischer Streuung zu einer Spondylodiszitis L3/4 mit dem gleichen Keim gekommen. Es sei eine erneute antibiotische Behandlung erfolgt, mit welcher die Spondylodiszitis beherrscht werden können. Im Januar 2014 sei es zu einem Rezidiv des Infektes auf Höhe L3/4 mit epiduraler Abszessbildung gekommen. Es sei eine operative Behandlung mit einer intralaminären Dekompression LWK 3/4 beidseits erfolgt, Abszessdrainage, Debridement der Bandscheibe L3/4 und Einlage einer Spül Drainage. Unter dieser Behandlung habe die Infektion zur Abheilung gebracht werden können. Bildgebend sei auf diesem Niveau eine massive Höhenminderung der Bandscheibe L3/4, akzentuiert dorsal und rechts lateral, mit irregulärer Begrenzung der Abschlussplatten in diesen Abschnitten feststellbar. Zusätzlich zur Spondylolisthesis und den postinfektiösen Veränderungen auf Höhe L3/4 bestünden geringgradige degenerative Veränderungen auf Höhe LWK 1/2 und etwas ausgeprägter auf Höhe LWK 4/5. Insgesamt bestünden seit dem Auftreten der Spondylodiszitis chronische lumbospondylogene Schmerzen und Beschwerden (siehe oben 3.2.7). Die Beschwerden würden vom Exploranden subjektiv als invalidisierend beurteilt, verursachten relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und der Aktivitäten des täglichen Lebens und seien auch eine Mitursache für den sozialen Rückzug des Exploranden. Nebenbefundlich bestehe eine geringgradige chronische retropatelläre Überlastungssymptomatik ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie ein St. n. Quetschtrauma des V. Fingers rechts mit nachfolgender Ausbildung einer Epidermoidzyste und 3 Epidermoidzystenrezidiven, welche mit insgesamt 4 Eingriffen hätten behandelt werden müssen. Abgesehen von einer

minimale Sensibilitätsstörung sei der Explorand am V. Finger rechts vollständig beschwerdefrei und es bestehe keine Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand. Als Folge der Spondylodiszitis und des Epiduralabszesses L3/4 sei es zu einer relativ geringgradigen aber kernspintomographisch nachweisbaren Atrophie des Musculus psoas rechts mit entsprechender Kraftminderung bei der Hüftbeugung gekommen. Diese Muskelatrophie sei mit grosser Wahrscheinlichkeit die Hauptursache der vom Exploranden geschilderten Gangstörung rechts. Schliesslich begründet der orthopädische Gutachter seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einleuchtend: Unter Berücksichtigung der erhobenen Angaben, der Untersuchungsbefunde und der Aktenlage sei der Explorand aus rein orthopädischer Sicht ohne Berücksichtigung von allfälligen weiteren internistischen, neurologischen oder psychischen Leiden in der zuletzt durchgeführten und als angestammte Tätigkeit bezeichneten Arbeit als Landschaftsgärtner für dauernd 100 % arbeitsunfähig; ebenso bestehe eine dauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit in den erlernten Berufen als Koch und Metzger. In einer angepassten Tätigkeit sei der Explorand aus rein orthopädischer Sicht 50 % arbeitsfähig mit einer Anwesenheit von 70 % eines Vollpensums und einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % unter Berücksichtigung des folgenden Arbeitsprofils: Keine schweren oder mittelschweren Arbeiten, leichte Arbeitsbelastung, wechselbelastende Arbeiten vorwiegend im Sitzen und ohne langes Gehen und Stehen, vermeiden von Wirbelsäulenzwangshaltungen, vorgeneigter oder gebückter Haltung und ohne häufige Rumpfrotation, Möglichkeit von Pausen von 5 – 10 Min. alle Stunden, kein Heben von Lasten unter Tischhöhe, kein Heben von Lasten über 5 kg oberhalb Tischhöhe, kein Besteigen von Treppen und Leitern, kein Gehen in unebenem Gelände. Dagegen begründet der orthopädische Gutachter den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nur ungenügend. Zwar stellt er den diesbezüglichen relevanten medizinischen Sachverhalt gestützt auf die Vorakten korrekt dar: Im Januar 2013 sei es infolge unsteriler Injektion von Drogen im Bereich der rechten Inguina zu einer septischen Thrombose der Inguinalvenen rechts mit Staphylococcus aureus gekommen, welche antibiotisch behandelt worden sei. Im Mai 2013 sei es infolge septischer Streuung zu einer Spondylodiszitis L3/4 mit dem gleichen Keim gekommen. Es sei eine erneute antibiotische Behandlung erfolgt, mit welcher die Spondylodiszitis beherrscht werden können. Im Januar 2014 sei es zu einem Rezidiv des Infektes auf Höhe L3/4 mit epiduraler Abszessbildung gekommen. Es sei eine operative Behandlung mit einer intralaminären Dekompression LWK 3/4 beidseits erfolgt, Abszessdrainage, Debridement der Bandscheibe L3/4 und Einlage einer Spül Drainage. Unter dieser Behandlung habe die Infektion zur Abheilung gebracht werden können. Jedoch zieht der orthopädische Gutachter daraus bezüglich des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit keine überzeugenden Schlüsse, sondern hält lediglich fest, seit dem Auftreten und der Behandlung des Epiduralabszesses L3/4 im Januar 2014 sei der Gesundheitszustand weitgehend unverändert. Dies ist aber, wie aus den vorgehenden Ausführungen ersichtlich, aktenwidrig. So war eine Verbesserung nach der im Januar 2014 erfolgten Behandlung erst per September 2014 erstellt (vgl. Bericht des K.____, Neurochirurgie, vom 10. September 2014 (IV-Nr. 78, S. 10). Zum Verlauf kann auf die vorstehend aufgeführten Akten E. II. 6.2.4 – 6.2.8 verwiesen werden. Ebenfalls nicht beantwortet wird im orthopädischen Teil-Gutachten die vorliegend relevante Frage nach dem Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Der orthopädische Gutachter spricht nur von einer durchgehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Der Gesundheitszustand sei unverändert. In diesem Punkt kann aber

das D.____-Gutachten beigezogen werden, das diesbezüglich eine überzeugende Beurteilung enthält (E. II. 6.2.10 hiervor): Betreffend den retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit halten die Gutachter fest, bezüglich des Rückenleidens müsse angenommen werden, dass ab Januar 2013 eine Arbeitsunfähigkeit 100 % sowohl für die angestammte resp. auch in einer Verweistätigkeit bestanden habe. Im Verlauf habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % (angestammt und in Verweis) über die Operation und Behandlung der Spondylodiszitis Mai/Juni 2013 hinaus weiter bestanden. Zwar wäre zum Herbst hin eine Besserung anzunehmen, jedoch sei es schon Mitte Januar 2014 zur Schmerzverschlimmerung mit erneuter Hospitalisation und erneuter Operation infolge Epiduralabszess LWK3/4 gekommen, weshalb rückblickend fast durchgehend im Jahr 2013 eine Arbeitsunfähigkeit mindestens für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Landschaftsgärtner und überwiegend wahrscheinlich auch für leidensangepasste Verweistätigkeiten des freien Arbeitsmarktes bestanden habe. Zudem sei auch nach der Behandlung des Epiduralabszesses LWK3/4 noch eine weitere Rekonvaleszenzphase zu berücksichtigen. Entsprechend hätten Dr. med. C.____ am 12. März 2014 sowie auch Dr. med. N.____ am 4. Juni 2014 noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, wenngleich hier bereits die Spondylodiszitis als ausgeheilt beurteilt worden sei. Spätestens aber mit Datum der neurologischen Untersuchung vom 4. September 2014 und auch Bildgebung MRI LWS vom 10. September 2014 sei die Verbesserung erstellt.

8.3 Im internistischen Teilgutachten führt Dr. med. F.____ aus, aus allgemeininternistischer Sicht bestehe ein Status nach septischer Thrombose der Vena femoralis rechts, ein Status nach TVT links mit diskreten Ödemen, ein Status nach Staphylococcensepsis, eine Presbyopie beidseits, ein Status nach Appendektomie und Herniotomie, ein Übergewicht mit BMI 27, sowie ein fortgesetzter Nikotinkonsum. Gestützt darauf erscheint es nachvollziehbar, dass der Gutachter den Beschwerdeführer aus rein allgemeininternistischer Sicht als voll arbeitsfähig erachtet. Der Beschwerdeführer qualifiziere sich jedoch nur für leichte körperliche Arbeiten, eine berufliche Fahreignung sei nicht mehr gegeben. Zudem bestünden keine Qualifikation für Schicht- und Nachtarbeit, keine Tätigkeit mit potentiell eigen- und fremdgefährdenden Arbeiten sowie keine Tätigkeit mit Überwachungsfunktion.

8.4 Im psychiatrischen Teilgutachten stellt Dr. med. I.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) - Chronische depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) - Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (Opiate, Benzodiazepine, Cannabis, Kokain, Nikotin), gegenwärtiger Substanzgebrauch (F19.25), allerdings in Bezug auf die Opioidabhängigkeit, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (Methadon, Morphin; F11.22) - Unerwünschte Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung: Opiate, Benzodiazepine (Y57.8) Dr. med. I.____ setzt sich eingehend mit den möglichen Diagnosen auseinander und begründet seine Diagnosestellung überzeugend: Beim Beschwerdeführer lägen Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotrope Substanzen vor. Es gebe auch Hinweise auf psychische und körperliche Folgeschäden, wie Einengung der Interessen, sekundäre affektive Störungen und eine gewisse Persönlichkeitsveränderung. Die Frage einer primären oder sekundären Abhängigkeitserkrankung sei medizinisch kaum von Bedeutung, jedoch IV-rechtlich. Sie sei aus medizinischer Sicht meist schwierig zu beantworten. Hier spreche der Ablauf mehr für eine sekundäre als für eine primäre Suchtentwicklung als Folge einer nicht verarbeiteten Trauer nach Verlassenwerden durch

die Partnerin. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers habe er seinen Drogenkonsum begonnen, als er von seiner langjährigen Partnerin verlassen worden sei. Als er davon erzählt habe, sei auch heute noch ein Schmerz und eine Traurigkeit spürbar. Das bedinge einen Trauerprozess, der nicht immer möglich sei, vor allem auch da von der Umgebung oft wenig Verständnis und keine Modelle dafür vorhanden seien. Eine blockierte Trauer könne zu Depressionen führen. Trauer sei bisher nicht als eigenständige Diagnose aufgeführt, sondern nur deren mögliche Folgen wie Depression, Angst, Schmerzen oder ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Das sei verständlich, da Trauer im ICD-10 als Restkategorie der Anpassungsstörungen eingeordnet worden sei. Anpassungsstörungen dürften aber höchstens sechs Monate anhalten, sodass sich eine krankmachende Trauer gar nicht richtig einordnen lasse. Des Weiteren liege angesichts des aktuellen klinischen Bildes der Verdacht auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Interaktionen der verschiedenen Medikamente nahe, obwohl dieser Aspekt erstaunlicherweise in den Akten kaum diskutiert worden sei. Das heisse, ein nicht unwesentlicher Teil der aktuellen Symptomatik könnten unerwünschte Arzneimittelwirkungen sein, insbesondere Sedierung. Sodann sei die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu diskutieren, da die Schmerzen subjektiv im Vordergrund stünden und sich auch etwas ausgeweitet hätten. Aufgrund der Akten könnten die Schmerzen aber zumindest zu Beginn zu einem nicht unwesentlichen Teil auf körperliche Veränderungen zurückgeführt werden. In diesem Fall sei die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht zulässig. Vielmehr sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren angemessen und aufgrund des grösseren Ausmasses des psychischen Einflusses passe sie besser als die Diagnose von psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen. Es fänden sich neben den Risikofaktoren auch emotionale Konflikte und psychosoziale Belastungen, wie sie für eine solche Diagnose verlangt würden. Schliesslich sei festzuhalten, dass chronische Schmerzen, Schlafstörungen und der Verlust der Stelle, des Einkommens und der Anerkennung oft zu einer Depression führten, welche ihrerseits wieder die Schmerzen verstärkte. Für die Diagnose sei die klinische Beurteilung entscheidend. Von daher dürfte der klinische Eindruck einer mittelgradigen bis schweren Depression die beste Annäherung an den tatsächlichen Schweregrad sein. Eine chronische Depression zeige typischerweise Schwankungen im Schweregrad. Für die Beurteilung der anhaltenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei daher nicht nur vom momentanen Schweregrad auszugehen, vor allem, wenn aktuelle Belastungen eine Exazerbation erwarten liessen, sondern von einem durchschnittlichen Schweregrad, das heisse in diesem Fall von einer mittelgradigen bis schweren Depression. Der Beschwerdeführer sei zweimal psychiatrisch begutachtet worden. Von daher erstaune es etwas, dass die doch recht ausgeprägte Depression nicht erfasst worden sei. Es könne sein, dass sie sich erst nach der Begutachtung durch Dr. med. E. ___ 2016 entwickelt habe, aber das sei eher unwahrscheinlich, wenn man sich den Verlauf gemäss seinen Angaben anschau. Wie bereits dargelegt, könnten ein Teil der Symptome auch unerwünschte Arzneimittelwirkungen sein, aber das sei in allen drei Gutachten nicht diskutiert worden und es sei keine entsprechende Diagnose gestellt worden. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht führte der Gutachter schliesslich aus, gemäss übereinstimmenden Einschätzungen in den Akten sei die bisherige Tätigkeit aus somatischen Gründen nicht mehr zumutbar. Eine Beurteilung aus psychiatrischer Sicht mache daher wenig Sinn, wobei sinngemäss die gleichen Überlegungen wie für eine Verweistätigkeit gelten würden. Aufgrund der psychischen Störungen des Beschwerdeführers seien sein Antrieb, seine

Ausdauer, seine kognitiven Fähigkeiten, wie Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisfunktionen, sein Selbstvertrauen, sein Arbeitstempo, seine Kontakt- und Verkehrsfähigkeit und sein Antrieb deutlich beeinträchtigt. Er schlafe schlecht, was seine Regeneration erschwere und zu vermehrter Müdigkeit tagsüber führe. Er könne im Moment aufgrund seiner psychischen Störungen zeitlich nur eingeschränkt arbeiten, das heisse eine Präsenzzeit von 4 ½ Stunden (55 %) in einer angepassten Tätigkeit wäre möglich, wahrscheinlich wäre die effektiv nutzbare Arbeitszeit durch die vermehrt notwendigen, kurzen Pausen und die notwendige zeitliche Flexibilität auf etwa 50 % eingeschränkt. Seine Leistungen wären aktuell im Ausmass von etwa 25 % eingeschränkt. Zusammengefasst könne aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 60 % ausgegangen werden in einer geeigneten Verweistätigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sollten folgende Einschränkungen in Bezug auf den Arbeitsplatz beachtet werden: Alles was die Schmerzen verstärkt sei ungünstig, da dies wiederum die depressive Symptomatik verstärken könnte. Er sollte Kontakt haben, allerdings eher mit gesunden als mit kranken Menschen. Eine Stelle mit einem ungünstigen Arbeitsklima oder einer konfliktträchtigen Struktur sei aufgrund der vermehrten Reizbarkeit ungünstig. Bezüglich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter schliesslich fest, aufgrund der Akten und der Anamnese könne davon ausgegangen werden, dass der psychische Gesundheitszustand und damit die Arbeitsfähigkeit seit Austritt aus dem M.____ am 23. Juni 2013 zwar etwas geschwankt, aber sich nicht wesentliche verändert habe und die aktuelle Arbeitsfähigkeit seit dem 23. Juni 2013 gelte. Es sei zwar anzunehmen, dass bereits im Zeitpunkt des B.____-Gutachtens von 2003 eine Trauer/Depression vorhanden und die Abhängigkeit in etwa gleich wie heute gewesen sei. Aber da der Beschwerdeführer bis zur Rückeninfektion 2012/2013 zu 100 % als Landschaftsgärtner gearbeitet habe, sei anzunehmen, dass er seine psychischen Einschränkungen bis dann habe überwinden können.

8.4.1 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Zudem hat das Bundesgericht mit Urteil 9C_724/2018 vom 11. Juli 2019 seine Rechtsprechung im Zusammenhang mit Suchtleiden geändert. Neu sind auch Suchterkrankungen im vorgenannten strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen. Eine neue Rechtsprechung ist im Grundsatz sofort und überall anwendbar und gilt nicht nur für künftige, sondern für alle im Zeitpunkt der Änderung hängigen Fälle (Urteile des Bundesgerichts 9C_700/2015 18. Juli 2016 E. 3.2; 9C_769/2013 vom 1. April 2014 E. 2), weshalb diese auch im vorliegenden Fall zur Anwendung gelangt. Gemäss dem vorgenannten BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren

Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Zunächst sind im Rahmen der Kategorie «funktioneller Schweregrad» die Indikatoren zum Komplex «Gesundheitsschädigung» näher auszuleuchten. Entscheidend sind demnach die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, deren Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz sowie allfällige Komorbiditäten. In Bezug auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist dem Gutachten zu entnehmen, aufgrund der psychischen Störungen seien sein Antrieb, seine Ausdauer, seine kognitiven Fähigkeiten, wie Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisfunktionen, sein Selbstvertrauen, sein Arbeitstempo, seine Kontakt- und Verkehrsfähigkeit und sein Antrieb deutlich beeinträchtigt. Er schlafe schlecht, was seine Regeneration erschwere und zu vermehrter Müdigkeit tagsüber führe. Er könne im Moment aufgrund seiner psychischen Störungen zeitlich nur eingeschränkt arbeiten, wahrscheinlich wäre die effektiv nutzbare Arbeitszeit durch die vermehrt notwendigen, kurzen Pausen und die notwendige zeitliche Flexibilität auf etwa 50 % eingeschränkt. Somit kann im Lichte der gemachten Ausführungen auf ein erheblich ausgeprägtes Leiden geschlossen werden. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führt der Gutachter aus, ein Versuch einer stationären Behandlung sei schon nach wenigen Stunden gescheitert. Zu einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung habe sich der Beschwerdeführer bisher nicht durchringen können. Er nehme seit langem an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm teil, offensichtlich ohne grössere Probleme, abgesehen von einem Konsum anderer Substanzen. Es gebe leider keine Rehabilitationsversuche oder BEFAS-Abklärungen, so dass keine Erfahrungen unter realen Bedingungen vorhanden seien. Eine psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinn wäre zwar indiziert, allerdings sei der Versicherte nicht sehr aufgeschlossen gegenüber psychologischen Überlegungen und Denkweisen, was eine Psychotherapie erschwere. Von daher und von der Symptomatik stünden eine hypnosystemische oder eine körperorientierte Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Körperpsychotherapie im Vordergrund. Da die Depression bisher nicht erkannt worden sei, sei auch nur einmal vom Neurochirurgen Amitriptylin (Saroten retard) zur Schmerzmodulation verordnet worden. Eine medikamentöse antidepressive Behandlung sei ebenfalls indiziert: Bei der Kombination von Depression und Schmerzen sei eine duale antidepressive Wirkung mit einer serotonergen Wirkkomponente und einer noradrenergen, wie bei Mirtazapin (Remeron, Generika), Venlafaxin (Efexor, Generika) oder – nur eingeschränkt – Duloxetin (Cymbalta, Generika) wichtig. Da auch deutliche Schlafstörungen vorlägen, wären Trazodon (Trittico), Trimipramin (Surmontil, Generika) oder Mirtazapin zur Nacht zu empfehlen. Die Krankheit dauere schon lange und es sei bisher nicht zu einer anhaltenden, wesentlichen Verbesserung gekommen. Von daher sei die Prognose sehr vorsichtig zu stellen. Eine Verbesserung sei möglich, aber auch eine Verschlechterung, am wahrscheinlichsten sei ein weitgehend unveränderter Gesundheitszustand auch in Zukunft. Zusammenfassend kann somit zwar nicht von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz gesprochen werden, die

Erfolgsaussichten weiterer Behandlungen und Eingliederungsversuche erscheinen aber fraglich. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. In diesem Zusammenhang führt der Gutachter aus, der Beschwerdeführer leide an einer ausgeprägten, vielfältigen somatischen Komorbidität. Die von diesen Leiden verursachten Beschwerden brauchten sehr viel Aufmerksamkeit und Ressourcen und würden wesentlich zur Erschöpfung, dem mangelnden Antrieb und Durchhaltevermögen beitragen und erschwerten die Umsetzung der psychisch noch möglichen Leistungsfähigkeit. Sodann sei für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von einer mittelgradigen bis schweren Depression auszugehen, welche die Leistungsfähigkeit bei jeder Tätigkeit deutlich einschränken könne. Trotz der Schmerzen sei es auch bei einer mittelgradigen oder sogar einer schweren Depression aus therapeutischer Sicht günstig, wenn der Beschwerdeführer arbeiten könnte, da ihm dies Tagesstruktur, Bestätigung und Kontakte gebe und ihn vom Grübeln ablenke, was die Heilung der Depression unterstütze. Dazu kämen noch die Auswirkungen der Schmerzen. Die psychische Komponente wirke sich vor allem durch die Konzentrationsstörungen, die Verlangsamung, die Schwankungen der Leistungsfähigkeit, die Schlafstörungen mit der erhöhten Tagesmüdigkeit und den vermehrten Pausenbedarf auf die Arbeitsfähigkeit aus. Aber aus klinischer Sicht wäre zu erwarten, dass er sich durch eine geeignete, als sinnvoll erlebte Arbeit von den Schmerzen ablenken könnte. Die Benzodiazepin- und Opioidabhängigkeit habe zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen geführt, vor allem vermehrter Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Einschränkungen im Antrieb und der Ausdauer. Sie schränke die in Frage kommenden Tätigkeiten ein: Der Beschwerdeführer sollte keine Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an das Konzentrations-, Merk- und Gedächtnisvermögen, keine Tätigkeiten mit hoher Anforderung an die Flexibilität bzw. Verantwortlichkeit ausüben. Demnach ist im Resultat von einer ressourcenhemmenden Wirkung der verschiedenen Diagnosen auszugehen. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter fest, im Verlauf seien Belastungen hinzugekommen, wie Verlust der Arbeit, des Einkommens und der Anerkennung und seine soziale Isolation, die der Beschwerdeführer als «Hausarrest» bezeichne. Diese Faktoren seien sekundär, aber dürften den weiteren Verlauf beeinflusst haben. Seine Schilderung der Schmerzen sei eher sachlich als emotional, relativ präzise und differenziert und er könne auf Nachfragen Stellen angeben, die nicht, nicht mehr oder nur selten schmerzten, und die Schmerzen reagierten auf äussere Einflüsse, was diese Diagnose weder ausschliesse noch bestätige. Er habe wenig Introspektionsfähigkeit und Zugang zu seinen Gefühlen, so dass von einer Alexithymie gesprochen werden könne, die typisch sei für Somatisierungsstörungen. Da die Coping-Möglichkeiten des Versicherten begrenzt und die Belastungen gross seien, sei ein Ausdruck der psychischen und finanziellen Probleme

durch eine Körpersymptomatik durchaus plausibel. Die psychischen Faktoren hätten wahrscheinlich das Auftreten und den Verlauf der Beschwerden beeinflusst, im Sinne einer letztlich immer vorhandenen psychischen Komponente. Es ist demnach beim Beschwerdeführer von einer ungünstigen Persönlichkeitsstruktur auszugehen, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fällt. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Hierzu führt der Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei in geordneten, liebevollen Familienverhältnissen aufgewachsen und habe heute noch ein sehr gutes Verhältnis mit seinen Eltern, was seine Resilienz, mit Schicksalsschlägen fertig zu werden, erhöhen dürfte. Allerdings habe seine Schwester den Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie weitgehend abgebrochen, gemäss seinen Angaben auf Druck ihres Mannes. Der Beschwerdeführer werde von der Familie unterstützt und getragen und geniesse viel Verständnis. Das könne eine wertvolle Ressource sein, aber auch als Schonung wirken, welche ihn in seiner subjektiven Überzeugung bestärke, nicht mehr voll arbeiten zu können. Beruflich und schulisch sei er gefördert worden und habe erfolgreich eine Berufsausbildung als Koch absolvieren können. Das sei eine wertvolle Ressource. In diesem Fall komme die sehr lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt als Risikofaktor hinzu. Diese führe dazu, dass er soziale Kontakte verliere, keine Rückmeldung und Anerkennung mehr bekomme. Er habe keine Aufgabe mehr und werde nicht mehr gefordert. Obwohl er in einem kleinen Dorf aufgewachsen sei, wo er heute noch wohne und verwurzelt sei, sei er seit Jahren sozial weitgehend isoliert. Nach seinen Angaben beschränkten sich seine sozialen Kontakte weitgehend auf Verwandte und Termine bei Ärzten und dem Sozialdienst. Er betone mehrmals, er stehe seit Jahren unter Hausarrest. Sonst liessen sich in der Vorgeschichte keine persönlichen oder familiären Risikofaktoren für ein psychisches Leiden eruieren, aber auch nur noch wenig schützende Ressourcen, auf die er aktuell noch zugreifen könne. Insgesamt würden die Risiken und Belastungen die Ressourcen deutlich überwiegen. Damit enthält der soziale Lebenskontext des Versicherten sich potenziell ungünstig auswirkende Faktoren, aber kaum mobilisierbare Ressourcen. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich hält der Gutachter fest, in Bezug auf die im Vordergrund stehende Symptomatik sei die Schilderung der Beschwerden, des Tagesablaufs, der Aktivitäten und der sozialen Kontakte des Beschwerdeführers konsistent mit den Befunden und Akten und kongruent mit den gestellten Diagnosen. Es bestehe ein hoher Leidensdruck. Das spiegle sich auch im «Mini-ICF-Rating» für psychische Störungen

wieder. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hievore]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führt der Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei, wie dargelegt, nicht in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, habe den Gutachter aber zum Schluss spontan gefragt, ob er ihm eine Psychotherapie empfehlen würde. Dies spricht somit nicht für einen hohen Leidensdruck. So sind die bislang nicht durchgeführten Therapien (vgl. Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» hievore) nicht auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen, welcher Umstand auf einen dennoch nicht fehlenden Leidensdruck hindeuten würde (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304).

8.4.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. I. ___ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. So sind beim Beschwerdeführer neben wenigen ressourcenfördernden vor allem ressourcenhemmende Faktoren vorhanden, womit die gutachterliche Beurteilung auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass darauf abgestellt werden kann. Ebenso erscheint die im Gutachten vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand der gestellten Diagnosen überzeugend. Obwohl die vorerwähnte Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 9C_724/2018 vom 11. Juli 2019; E. II. 8.4.1 hievore), wonach Suchterkrankungen ebenfalls im vorgenannten strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen sind, im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung noch nicht veröffentlicht worden und damit nicht anwendbar war, hat Dr. med. I. ___ die Suchterkrankung des Beschwerdeführers ebenfalls bei der Indikatorenprüfung berücksichtigt und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit einbezogen. Dies ist im Resultat aber nicht zu beanstanden, nachdem das Versicherungsgericht diese Rechtsprechung vorliegend sofort anzuwenden hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_700/2015 18. Juli 2016 E. 3.2; 9C_769/2013 vom 1. April 2014 E. 2; vgl. E. II. 8.4.1 hievore). Damit erscheint auch die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit von Dr. med. I. ___ von 60 % in einer angepassten Tätigkeit überzeugend. Schliesslich erscheint die gutachterliche Beurteilung auch hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit überzeugend: Es sei zwar anzunehmen, dass bereits im Zeitpunkt des B. ___-Gutachtens von 2003 eine Trauer/Depression vorhanden und die Abhängigkeit in etwa gleich wie heute gewesen sei. Aber da der Beschwerdeführer bis zur Rückeninfektion 2012/2013 zu 100 % als Landschaftsgärtner gearbeitet habe, sei anzunehmen, dass er seine psychischen Einschränkungen bis dann habe überwinden können. Somit gelte die Arbeitsfähigkeit seit Austritt aus dem M. ___ am 23. Juni 2013.

8.5 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten und die polydisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten der J. ___ sowie die vorgehenden Ausführungen ist demnach davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit aus somatischen Gründen nicht mehr zumutbar ist. Dagegen besteht in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine zumut- und verwertbare Restarbeitsfähigkeit von 40 % mit jedoch zusätzlichen qualitativen Einschränkungen, welche aus den Teilgutachten hervorgehen. Demnach ist in revisionsrechtlicher Hinsicht im Vergleich zur letzten rechtskräftigen

Verfügung vom 7. Januar 2004 von einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen. Ergänzend ist im Zusammenhang mit der vorstehenden Beweiswürdigung darauf hinzuweisen, dass sich die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen dürfen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1 S. 306 f., 140 V 193 E. 3 S. 194 ff., je mit Hinweisen). Zudem darf aus rechtlichen Gründen von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen werden, ohne dass die ganze Beurteilung ihren Beweiswert verliert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2). Die Teilgutachten der J.____ sind denn auch grundsätzlich beweiswertig und es kann – abgesehen vom Verlauf der Arbeitsfähigkeit im orthopädischen Teilgutachten – darauf abgestellt werden.

E. 9

9.1 Bezüglich der Invaliditätsberechnung ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin bezüglich des Valideneinkommens zu Recht auf einen Tabellenlohn abgestellt hat, da der Beschwerdeführer seine letzte Tätigkeit nicht aus gesundheitlichen Gründen verloren hat (vgl. Intake-Gespräch, IV-Nr. 37). Die Beschwerdegegnerin hat in der Folge jedoch zu Unrecht die LSE-Tabelle TA1 im Anforderungsniveau 4, Wirtschaftsabteilungen 77 ■ 82 «sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen», angewendet. Wie das Bundesgericht festgehalten hat, kann der Bezug des Tabellenlohnes eines einzelnen Sektors oder gar einer bestimmten Branche zwar praxismässig ausnahmsweise gerechtfertigt sein, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen, namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit im betreffenden Bereich tätig gewesen waren und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt (Urteil des Bundesgerichts 9C_667/2013 vom 29. April 2014 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_237/2007 vom 24. August 2007 E. 5.1, nicht publ. in: BGE 133 V 545, aber in: SVR 2008 IV-Nr. 20 S. 63). Im vorliegenden Fall kann aber nicht gesagt werden, dass für den Beschwerdeführer eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage komme, zumal er in den vergangenen Jahren verschiedene Tätigkeiten ausgeübt hat und nicht nur als Landschaftsgärtner tätig war (vgl. IK-Auszug, IV-Nr. 96). Damit ist es gerechtfertigt, für das Valideneinkommen ■ wie auch beim Invalideneinkommen ■ auf den Totalwert Niveau 1 für allgemeine Hilfsarbeiten, 2014, TA1_Tirage_skill_level, Total Niveau 1, Männer abzustellen.

9.2 Während die von der Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Invalideneinkommens herangezogenen Berechnungsgrundlagen an sich unbestritten geblieben und auch nicht zu beanstanden sind, wird vom Beschwerdeführer der vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn von 10 % gerügt.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen

auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Frauen, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, kein Abzug anerkannt. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Soweit es dagegen um die Überprüfung der Höhe eines gewährten Abzugs geht, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht an die Stelle derjenigen der Verwaltung setzen. Es muss sich vielmehr auf Gegebenheiten stützen können, die eine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 74 f., 126 V 75 E. 6 S. 81).

Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, die sich im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4, mit Hinweis, zur Frage der grundsätzlichen Nachfrage nach Hilfsarbeiten gemäss dem vorliegend angemessenen Kompetenzniveau 1 auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt) besteht kein Raum. Sodann erscheint der gewährte leidensbedingte Abzug von 10 % aufgrund des im Gerichtsgutachten statuierten Zumutbarkeitsprofils angemessen und ist demnach nicht zu beanstanden. Dagegen wurde in der angefochtenen Verfügung kein Abzug aufgrund Teilzeittätigkeit vorgenommen, da gemäss C.___-Gutachten dem Beschwerdeführer die Arbeitstätigkeit ganztätig zumutbar sei, mit lediglich leichter Leistungsminderung um 20 ■ 30 %. Gestützt auf das vorliegend relevante Gutachten der J.___ ist dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit aus gutachterlicher Sicht jedoch nur noch in einem 40%-Pensum zumutbar. Gemäss der Tabelle des Bundesamtes für Statistik T18 (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) verdienen Männer ohne Kaderfunktion im Jahr 2014 in einem Pensum von 25 ■ 49 % durchschnittlich CHF 5■221.00 und damit weniger als Männer in einem Vollpensum (CHF 6'069.00). Damit rechtfertigt es sich, zusätzlich einen Teilzeitabzug von 5 % vorzunehmen, was einen Gesamtabzug von 15 % ergibt.

9.3 Da sowohl Validen- als auch Invalideneinkommen auf dem gleichen Tabellenlohn basieren, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 60 % zuzüglich des Tabellenlohnabzuges von 15 %, womit sich ein Invaliditätsgrad von 66 % und damit ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente ergibt.

9.4 Wie unter E. II. 8.2 hiavor dargelegt, bestand beim Beschwerdeführer vorübergehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Demnach hat er nach Ablauf des Wartejahres (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG) bzw. 6 Monate nach der Neuanmeldung vom 24. Juli 2013 (Art. 29 Abs. 1 IVG) per Januar 2014 Anspruch auf eine befristete ganze Rente. So geht aus dem D.___-Gutachten und den Akten bezüglich des retrospektiven Verlaufs der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hervor, dass während des Wartejahres ab Januar 2013 durchgehend mindestens eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit ■

auch in einer angepassten Tätigkeit ■ bestanden hat. Nach Ablauf des Wartejahres per Januar 2014 ist sodann von einer durchgehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis September 2014 auszugehen. Der Beschwerdeführer hat demnach unter Beachtung von Art. 88a Abs. 1 IVV von Januar 2014 bis und mit Dezember 2014 Anspruch auf eine befristete ganze Rente. Ab Januar 2015 besteht ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

10. Im Weiteren ist auf den Antrag des Beschwerdeführers einzugehen, es seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren. Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 Abs. 1 IVG setzt insbesondere die subjektive Eingliederungsbereitschaft des Versicherten voraus (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 265/05 E. 3.2 vom 3. Oktober 2005). Diesbezüglich sind dem Gutachten der J.____ keine Angaben zu entnehmen. Es wurde darin lediglich festgehalten, berufliche Massnahmen seien angezeigt. Rehabilitationsversuche oder BEFAS-Abklärungen lieferten Erfahrungen durch professionelle Eingliederungsspezialisten unter realen Bedingungen. Wie hierzu aus dem D.____-Gutachten vom 18. Februar 2015 hervorgeht, seien berufliche Integrationsmassnahmen theoretisch medizinisch möglich und auch aufgrund der psychischen Leiden zumutbar. Die eher schwierige Compliance und reduzierte Motivation des Beschwerdeführers seien jedoch eher negative prognostische Faktoren. Der Beschwerdeführer gab denn auch gegenüber den D.____-Gutachtern an, wegen der ständigen Rückenschmerzen sowie seinem Gleichgewichtsproblem könne er nicht arbeiten und erwarte dementsprechend eine IV-Rente. Auch gegenüber Dr. med. E.____ äusserte sich der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vom 26. und 27. November 2015 dahingehend, er glaube nicht, dass es wieder so gut werde, dass er wieder arbeiten könnte (IV-Nr. 83, S. 44). Damit ist davon auszugehen, dass die subjektive Voraussetzung zur Gewährung von Eingliederungsmassnahmen (Eingliederungsbereitschaft) jedenfalls während des hier zu beurteilenden Zeitraums nicht erfüllt war, weshalb die Beschwerdegegnerin den diesbezüglichen Anspruch zu Recht verneint hat.

Da der Beschwerdeführer zum Erhalt und Verwertung seiner Restarbeitsfähigkeit von 40 % grundsätzlich Anspruch auf berufliche Massnahmen hat, steht es ihm offen, sich bei der Beschwerdegegnerin zur Durchführung der beruflichen Massnahmen zu melden, sobald er bereit ist, das gutachterlich ermittelte Leistungsvermögen auszuschöpfen.

11.1 Die Beschwerde wird somit gutgeheissen und die Verfügung vom 16. März 2017 aufgehoben. Der Beschwerdeführer hat von Januar 2014 bis und mit Dezember 2014 Anspruch auf eine befristete ganze Rente. Ab 1. Januar 2015 hat er Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

Im Vergleich zu den eingereichten Kostennoten sind vorweg verschiedene der geltend gemachten Positionen zu streichen: Mehrere Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien an den Klienten, Orientierungskopien an Marianne Bürgi FaSo GmbH, Orientierungskopien an Soziale Dienste Thierstein, Fristerstreckungsgesuch, Einreichung Kostennote, Einreichung UP-Gesuch mit Unterlagen), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Ebenso nicht zu entschädigen sind die sonstigen Korrespondenzen mit den Sozialen Diensten, da diese nicht direkt mit dem Verfahren vor dem Versicherungsgericht in Zusammenhang stehen. Zudem ist nicht ersichtlich, welchen Zusammenhang die Position vom 28. November 2017 von 1 Std. «Brief an Klient» mit dem vorliegenden Verfahren hat, weshalb diese nicht zu berücksichtigen ist. Sodann wird für den nachprozessualen Aufwand bei Obsiegen praxisgemäss nur 0.50 Stunde gewährt. Des Weiteren sind die Kopien pro Stück nur mit

50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird.

11.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle des Kantons Solothurn die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

11.4 Wie dargelegt hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens der J.____ vom 12. April 2019 von CHF 16'888.40 zu tragen.

12. Schliesslich verlangt der Beschwerdeführer, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die dem Versicherten entstandenen Kosten der Privatexpertise von Dr. med. E.____ vom 30. November 2015 und seiner fachärztlichen Stellungnahme vom 5. September 2016 in Anwendung von Art. 45 Abs. 1 ATGS zu ersetzen.

Gemäss Art. 45 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden.

Die infrage stehende Massnahme ist zur Beurteilung des Anspruchs unerlässlich, wenn dieselbe Massnahme im Rahmen der Untersuchungspflicht ebenfalls anzuordnen gewesen wäre, was jedoch nicht erfolgt ist (Urteile des Bundesgerichts 9C_858/2014 vom 3. September 2015 E. 6, 9C_921/2013 vom 24. Februar 2014 E. 5.1 [SVR 2014 IV Nr. 11 S. 44]). Darüber hinaus kommt eine Kostenübernahme auch infrage, wenn aufgrund der damaligen Aktenlage eine ergänzende Begutachtung nicht zwingend gewesen wäre, das Privatgutachten aber neue Erkenntnisse liefert, welche die Anspruchsbeurteilung beeinflusst oder zusätzliche Abklärungen auslöst. Nachdem aber das Gutachten von Dr. med. E.____ nicht der Grund dafür war, dass ein neues Gerichtsgutachten veranlasst werden musste und auch nicht auf das Privatgutachten abzustellen ist, ist eine Pflicht zur Kostenübernahme ohne Weiteres zu verneinen.

13. Nachdem der Beschwerdeführer in der Hauptsache obsiegt, erübrigt sich die Durchführung einer Hauptverhandlung. Der diesbezügliche Antrag ist obsolet.

Demnach wird erkannt:

5. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

6. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Kosten des Gerichtsgutachtens der J.____ vom 12. April 2019 von CHF 16'888.40 zu bezahlen.

7. Der Antrag des Beschwerdeführers, die IV-Stelle des Kantons Solothurn sei zu verpflichten, die Kosten der Privatexpertise von Dr. med. E.____ vom 30. November 2015 und seiner fachärztlichen Stellungnahme vom 5. September 2016 zu übernehmen, wird

abgewiesen.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

E. 11

11.1 Die Beschwerde wird somit gutgeheissen und die Verfügung vom 16. März 2017 aufgehoben. Der Beschwerdeführer hat von Januar 2014 bis und mit Dezember 2014 Anspruch auf eine befristete ganze Rente. Ab 1. Januar 2015 hat er Anspruch auf eine Dreiviertelrente. 11.2 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung demnach auf CHF 2'960.60 (10.34 Stunden zu CHF 250.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von CHF 158.00 und MwSt) festzusetzen. Im Vergleich zu den eingereichten Kostennoten sind vorweg verschiedene der geltend gemachten Positionen zu streichen: Mehrere Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien an den Klienten, Orientierungskopien an Marianne Bürgi FaSo GmbH, Orientierungskopien an Soziale Dienste Thierstein, Fristerstreckungsgesuch, Einreichung Kostennote, Einreichung UP-Gesuch mit Unterlagen), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Ebenso nicht zu entschädigen sind die sonstigen Korrespondenzen mit den Sozialen Diensten, da diese nicht direkt mit dem Verfahren vor dem Versicherungsgericht in Zusammenhang stehen. Zudem ist nicht ersichtlich, welchen Zusammenhang die Position vom 28. November 2017 von 1 Std. «Brief an Klient» mit dem vorliegenden Verfahren hat, weshalb diese nicht zu berücksichtigen ist. Sodann wird für den nachprozessualen Aufwand bei Obsiegen praxisgemäss nur 0.50 Stunde gewährt. Des Weiteren sind die Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. 11.3 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle des Kantons Solothurn die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. 11.4 Wie dargelegt hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens der J.____ vom 12. April 2019 von CHF 16'888.40 zu tragen. 12. Schliesslich verlangt der Beschwerdeführer, die Beschwerdegegnerin sei zu

verpflichten, die dem Versicherten entstandenen Kosten der Privatexpertise von Dr. med. E.____ vom 30. November 2015 und seiner fachärztlichen Stellungnahme vom 5. September 2016 in Anwendung von Art. 45 Abs. 1 ATGS zu ersetzen. Gemäss Art. 45 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Die infrage stehende Massnahme ist zur Beurteilung des Anspruchs unerlässlich, wenn dieselbe Massnahme im Rahmen der Untersuchungspflicht ebenfalls anzuordnen gewesen wäre, was jedoch nicht erfolgt ist (Urteile des Bundesgerichts 9C_858/2014 vom 3. September 2015 E. 6, 9C_921/2013 vom 24. Februar 2014 E. 5.1 [SVR 2014 IV Nr. 11 S. 44]). Darüber hinaus kommt eine Kostenübernahme auch infrage, wenn aufgrund der damaligen Aktenlage eine ergänzende Begutachtung nicht zwingend gewesen wäre, das Privatgutachten aber neue Erkenntnisse liefert, welche die Anspruchsbeurteilung beeinflusst oder zusätzliche Abklärungen auslöst. Nachdem aber das Gutachten von Dr. med. E.____ nicht der Grund dafür war, dass ein neues Gerichtsgutachten veranlasst werden musste und auch nicht auf das Privatgutachten abzustellen ist, ist eine Pflicht zur Kostenübernahme ohne Weiteres zu verneinen. 13. Nachdem der Beschwerdeführer in der Hauptsache obsiegt, erübrigt sich die Durchführung einer Hauptverhandlung. Der diesbezügliche Antrag ist obsolet.

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