

SO_GERICHTE VSBES.2017.264 vom 28. September 2018

SO Obergericht, 2018-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.264_d20180928

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.264 du 28 septembre 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.264 del 28 settembre 2018

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, die erneuten medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Maschinenbediener seit Mai 2010 nicht mehr zumutbar sei. In einer angepassten, leichten Tätigkeit sei er indessen spätestens seit Januar 2011 wieder in einem Arbeitspensum von mindestens 80 % arbeitsfähig. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 20 %. Zum Einwand nehme man wie folgt Stellung: Das bei der Begutachtungsstelle D.____ eingeholte Gutachten sei voll beweismässig. Von weiteren rheumatologischen Untersuchungen liessen sich angesichts der Tatsache, dass bezüglich der vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen und der Befundauffälligkeiten eine grosse Diskrepanz bestehe, keine weiteren Erkenntnisse erwarten. Weil die Schwindelbeschwerden als unspezifisch klassifiziert worden seien, erübrige sich auch die Frage, ob die vom Gutachter angewandte Untersuchungsmethode wissenschaftlich anerkannt sei oder nicht. Weiter könne der Forderung nach einem Abzug vom Tabellenlohn nicht entsprochen werden. Die bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltenen gesundheitlichen Einschränkungen könnten hier nicht zusätzlich einfließen. Eine allenfalls geringere Schulbildung sei ebenfalls unbeachtlich, weil dieser Faktor bereits beim Anforderungsniveau berücksichtigt worden sei. Auch das fortgeschrittene Alter sei unbeachtlich, weil Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt würden. Schliesslich seien berufliche Massnahmen angesichts der Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer als vollständig arbeitsunfähig erachte, nicht sinnvoll. Zudem bestehe keine gesundheitliche Einschränkung, die den Beschwerdeführer bei der Stellensuche behindern würde.

2.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 5) und in der Eingabe vom 11. Dezember 2017 (A.S. 29 ff.) entgegenhalten, die aktenkundigen Tatsachen zum Invaliditätsgrad seien in mehrfacher Hinsicht bekannt. Er leide an invalidisierenden Brustbeschwerden, chronischem Schwindel, geringer körperlicher Belastbarkeit, Husten, rascher Ermüdbarkeit, depressiver Verstimmung und Antriebslosigkeit. Schon durch geringe Armbewegungen würden Schmerzen ausgelöst. Diese Schmerzen seien bisher resistent gegen jede Therapie gewesen und existierten seit sieben Jahren. Ferner zeige ein kurzer Belastungstest erneut die geringe körperliche Belastbarkeit, Schwindel, Schwäche und Unwohlsein. Im Alltag sei der Beschwerdeführer durch diese Beschwerden nicht belastbar. Die verweigerte Rente sei aufgrund der gesundheitlichen Situation nicht

nachvollziehbar. Es bestehe eine 100 % funktionelle Invalidität. Diesem Umstand sei nicht Rechnung getragen worden. Indem wesentliche Elemente für die Bestimmung des Invaliditätsgrades nicht erhoben worden seien, sei der Rentenanspruch aus medizinischer Sicht nicht hinreichend abgeklärt. Vielmehr sei davon auszugehen, dass der seit über einem Jahr existierende Gesundheitszustand des Beschwerdeführers es in keiner Weise gestatte, einer geregelten Erwerbstätigkeit nachzugehen. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Nicht die Diagnose, sondern der Nachweis der Behinderung sei im Fokus der Begutachtung, was mit Hilfe von Indikatoren erfolge. Offensichtlich habe sich die Beschwerdegegnerin nicht an die neuen Massgaben nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung gehalten.

Die Beurteilung der psychiatrischen Gutachterin, Dr. med. F.____, sei in folgenden Punkten zu bemängeln: Der Beschwerdeführer sei ungebührlich lange und detailliert über Sachverhalte befragt worden, die mit seinem Gesundheitszustand nichts zu tun hätten (Familiensituation, Details der Arbeitsverhältnisse). Dies habe bei ihm Reaktionen provoziert, die man als mangelnde Kooperationsbereitschaft ausgelegt habe. Die Beurteilung von Dr. med. F.____ sei voreingenommen, indem diese sich bereits an oberflächlichen äusserlichen Merkmalen ein vorgefertigtes Bild gemacht habe. Sie habe sich auf den psychologischen Aspekt beschränkt und diesen nicht unter gebührendem Einbezug der von den anderen Experten eindeutig festgestellten medizinisch-pathologischen Fakten in einen Gesamtzusammenhang gestellt. Die Gutachterin habe dem Beschwerdeführer während 15 Minuten ein Glas Wasser verweigert und die Befragung zur Familiensituation habe 70 Minuten gedauert. Der Beschwerdeführer habe überdies den Eindruck gehabt, dass der Dolmetscher falsch übersetze. Schliesslich sei die Exploration, unter anderem mit dem MFIT-Test, nicht aussagekräftig. Dieser Test erfülle die Kriterien zur Beurteilung von Beschwerdevalidisierungstests nicht. Man spüre, dass die Gutachterin dem Beschwerdeführer nicht habe glauben wollen, ihr Fachgutachten weise auch herabsetzende, verächtliche Beschreibungen auf. Es sei nicht zulässig, eine somatoforme Schmerzstörung einzig aufgrund der für die psychiatrischen Sachverständigen abwesenden objektiven physischen Pathologien zu verneinen. Es fehle für die Beurteilung an einem entsprechenden rheumatologischen oder chirurgisch-orthopädischen Gutachten. Weiter seien sich die einzelnen Gutachter in der Beurteilung des Beschwerdeführers nicht einig. So schreibe Dr. med. G.____, infolge der mittlerweile seit über sechs Jahren dauernden Chronifizierung des Schmerzsyndroms werde keine Verweistätigkeit gefunden werden können. In der Gesamtbeurteilung werde hingegen festgehalten, die Schlussfolgerungen des Gutachtens seien konsensual interdisziplinär erarbeitet und besprochen worden, es habe sich bei sämtlichen Untersuchungen eine massiv eingeschränkte Beschwerdevalidität gezeigt, welche letztlich auch eigenanamnestische Angaben mit Zweifeln belege. Es sei von einer Aggravation mit bewusstem Verdeutlichungsverhalten und Schmerzgebaren auszugehen. Diese Aussagen stünden in Widerspruch zu denjenigen von Dr. med. G.____.

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit Juli 2010 (IV-Nr. 1 S. 1 Ziff. 2 und Nr. 8 S. 7 Ziff. 6.4) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Dezember 2008 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 8. Dezember 2010, IV-Nr. 8), was hier im Juni 2011 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann demnach frühestens ab Juni 2011 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2008 geltenden Bestimmungen der 5. IV-Revision massgebend.

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

E. 4

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

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweissmassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen

Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und / oder eine Rente abgewiesen hat. Hierfür sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

5.1 Was den medizinisch-diagnostischen Sachverhalt bis zum Zeitpunkt der erstmaligen rentenablehnenden Verfügung vom 26. April 2012 anbelangt, so sind die bis dahin vorhandenen medizinischen Unterlagen im Urteil des Versicherungsgerichts vom 3. Juni 2013 (IV-Nr. 60) einlässlich wiedergegeben worden. Es kann auf die entsprechenden Erwägungen (6.1.1 bis 6.1.10 sowie 7.1 und 7.2) im genannten Urteil verwiesen werden.

5.2 Im von der Begutachtungsstelle C.____ am 21. März 2014 erstellten polydisziplinären Gutachten vom 21. März 2014 (IV-Nrn. 77.1 - 77.5), welches das Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 25. September 2015 (IV-Nr. 108) in Bezug auf den psychiatrischen Teil als nicht beweiskräftig erachtete, wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 77.1 S. 27):

A) Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1) Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), sich entwickelnd in den letzten vier Jahren, klinisch imponierend als myofaszielles Schmerzsyndrom

2)Dysphorisch-depressives Zustandsbild (F32.9), sich entwickelnd in den letzten vier Jahren

3)Akzentuierte Persönlichkeit mit vorwiegend aggressiven und negativistischen Anteilen (Z73.1), bestehend seit der Adoleszenz

4)Koronare Herzkrankheit (I25.13), mit persistierenden atypischen Thorax- und Extremitätenschmerzen sowie ausgeprägter Leistungsintoleranz

B)Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1)Metabolisches Syndrom mit / bei

-Diabetes mellitus Typ II

-arterieller Hypertonie

-Hypercholesterinämie

2)Beide Augen: leichte, nicht proliferative diabetische Retinopathie (H35.0)

3)Rechtes Auge: diabetische Makulopathie (H35.0)

4)Nikotinabusus

Aus internistischer Sicht bestünden keine Einschränkungen oder Krankheiten, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (S. 30). Aus kardiologischer Sicht bestehe für die früher ausgeübte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Verweistätigkeit sei der Beschwerdeführer jedoch zu 100 % arbeitsfähig (S. 31). Rheumatologisch gesehen könne ihm eine mechanisch leicht bis mittelschwer belastende Tätigkeit in einem Umfang von 8,5 Stunden pro Tag an fünf Arbeitstagen pro Woche zugemutet werden. Abschliessend müsse aus interdisziplinärer Sicht gesagt werden, dass sich beim Beschwerdeführer eine äusserst schlechte Compliance zeige mit Selbstlimitierung und primärem Krankheitsgewinn. Seine Aussagen müssten deshalb mit Vorsicht genommen werden, es sei daran zu zweifeln, ob das Schmerzsyndrom wirklich in dem Ausmass imponiere wie vom Beschwerdeführer demonstriert (S. 33).

5.3 Dem audio-neurootologischen Bericht von Dr. med. H.____, Facharzt für Otorhinolaryngologie sowie Hals- und Gesichtschirurgie, vom 23. März 2015 (IV-Nr. 102 S. 6 ff.) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer unter unspezifischen Schwindelbeschwerden leide, die durch körperliche Dekonditionierung verstärkt bzw. weniger gut kompensiert würden (vgl. hierzu auch Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes [RAD] in der Aktennotiz vom 1. Juni 2015 [IV-Nr. 103]).

5.4 Im Arztbericht von Dr. med. I.____ (Hausarzt), Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 1. Dezember 2015 (IV-Nr. 113) werden folgende Diagnosen gestellt:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit dem 10. Oktober 2011 bis am 23. Oktober 2011. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, es bestünden generalisierte Muskel- und Gelenkschmerzen. Andere Tätigkeiten seien zumutbar, dies während sechs bis acht Stunden täglich, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg. Es bestehe dabei eine um 30 % verminderte Leistungsfähigkeit

5.5 Im Bericht von Dr. med. E.____ vom 20. November 2015 (IV-Nr. 114 S. 5 ff.) werden diese Diagnosen genannt:

Vor der ersten Koronarintervention hätten atypische Brustbeschwerden linksthorakal seit Jahren bestanden. Diese lägen nach der Bypassoperation weiterhin vor, ferner zusätzlich diffuse Schmerzen, rasche Ermüdbarkeit und Schwindel. Zudem habe der Beschwerdeführer Schlafstörungen wegen der Angst, es könnte etwas passieren. Das Ruhe-EKG zeige leichte Repolarisationsstörungen inferolateral. In der kursorischen Echokardiographie zeige sich eine erhaltene linksventrikuläre Funktion ohne Wandbewegungsabnormitäten, Klappenvitien, Perikarderguss oder Aortenerweiterung. Es bestünden extrakardiale Brustbeschwerden, kein Hinweis auf eine Koronarinsuffizienz sowie eine prognostisch relevante Karotis-Atheromatose mit insgesamt hohem kardiovaskulärem Risiko, ferner ein chronisches Hyperventilationssyndrom, eine schwere körperliche Dekonditionierung sowie offensichtlich ein schweres Schmerzsyndrom mit Depression und somatischer Angst.

5.6 Im Arztbericht von Dr. med. J.____, Assistenzärztin Psychiatrie, und Dr. med. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. März 2016 (IV-Nr. 116) wird als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt:

Angst und depressive Störung gemischt, ICD-10 F41.2

Der Beschwerdeführer habe in den letzten drei Jahren zwei Herzoperationen gehabt. Er habe immer öfter ein Ziehen im Kopf und könne sich nicht mehr richtig an Dinge erinnern. Ebenfalls sei er an Diabetes erkrankt und könne nicht mehr richtig schlafen. Meistens möge er nichts machen, weil er so müde sei. Er habe eine innere Unruhe und Angst davor, was ihn in der Zukunft erwarte. Ausserdem ertrage er keine Gesellschaft. Er könne nicht einmal mit seiner Frau sein und seine Söhne möge er gar nicht sehen. Er sei am liebsten alleine und verbringe dann den ganzen Tag damit sich auszuruhen, weil er einfach keine Motivation für etwas habe. Die Aufmerksamkeit sowie die Konzentrations- und Merkfähigkeit seien vermindert. Das formale Denken sei verlangsamt. Der Beschwerdeführer habe eine depressive Grundstimmung und sei ängstlich, vor allem betreffend die Zukunft. Es bestehe eine Störung der Vitalgefühle, der Beschwerdeführer sei affektiv unbeteiligt, affektarm. Der Antrieb sei vermindert. Auf somatischer Ebene bestünden Ein- und Durchschlafstörungen, Herzproblematik sowie Diabetes, ebenso sozialer Rückzug, Gereiztheit und Müdigkeit. Eine Arbeitsunfähigkeit wird in diesem Bericht nicht festgelegt.

5.7 Nach der zweiten Rückweisung der Sache durch das Versicherungsgericht holte die Beschwerdegegnerin noch einmal ein polydisziplinäres Gutachten bei der Begutachtungsstelle D.____ (IV-Nrn. 126.1 bis 126.7). ein. Dieses wurde am 14. Oktober 2016 von folgenden Ärztinnen und Ärzten erstellt: Dr. med. L.____, Facharzt für Innere Medizin, Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. M.____, Facharzt für Rheumatologie, Dr. med. G.____, Facharzt für Kardiologie, Dr. med. N.____, Facharzt für Neurologie.

In der polydisziplinären Gesamtbeurteilung (IV-Nr. 126.1) werden zunächst die Angaben des Beschwerdeführers zu seinen Beschwerden angegeben: Er verspüre seit der Herzoperation 2010 Schmerzen am ganzen Körper, wobei der Schmerzcharakter an den verschiedenen Lokalisationen unterschiedlich sei. Die Schmerzen würden in der aktuellen Gesprächssituation im Sitzen mit 10 von 10 auf der 10er-Analogskala angegeben, diese seien begleitet von einer Kraftlosigkeit. Als einzige schmerzlindernde Massnahme gebe er

die Einnahme von Dafalgan an. Wenn er den Kopf nach vorne oder hinten bewege oder drehe, werde ihm manchmal schwarz vor den Augen. Er leide weiter an Sensibilitätsstörungen im Unterarm links und im linken Unterschenkel. Der Schlaf sei unterschiedlich. Oft habe er Einschlafprobleme oder er schlafe nicht durch (S. 6). Unter einer traurigen Grundstimmung leide er eigentlich nicht, er fühle sich aber nervös. Er stehe in der Regel zwischen 5:00 und 6:00 Uhr auf. Manchmal bleibe er liegen und sehe etwas fern. Den Tag verbringe er meist mit kürzeren Spaziergängen, entweder mit der Ehefrau, oder er besuche die Tochter, die in der Nähe wohne. Er habe keine sozialen Kontakte über die Familie hinaus. Am Nachmittag lege er sich manchmal eine halbe Stunde schlafen. Am Abend gehe er zwischen 24:00 und 1:00 Uhr zu Bett (S. 7). Eine berufliche Tätigkeit vermöge er sich aufgrund seiner Beschwerden nicht vorzustellen (S. 8).

Die erhobenen Befunde werden in somatischer Hinsicht bis auf den rheumatologischen Status als weitestgehend unauffällig beschrieben (s. S. 9). Dem neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 126.5) lässt sich entnehmen, dass abgesehen von einer giving way-Symptomatik bei der Kraftprüfung der Hände und Füße der Befund unauffällig sei (S. 6 f.). Im kardiologischen Teilgutachten (IV-Nr. 126.6) wird ausgeführt, es bestehe ein stark ausgeprägtes kardiovaskuläres Risikoprofil mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, Familiarität, Hypertonie, Dyslipidämie und früherem Nikotinabusus (S. 3). Im November 2008 habe man eine koronare DreifäÙ-Erkrankung diagnostiziert und zunächst mit einer Stentimplantation in die RCA versorgt. Bei persistierenden Beschwerden sei dann im Juli 2010 eine koronare Bypassoperation durchgeführt worden. Wegen prolongierter Sternumheilung mit Cerclageentfernung im Februar 2011 sei eine verzögerte Rehabilitation erfolgt. Dabei seien objektiv günstige Befunde festgestellt worden, jedoch habe sich der Verlauf unbefriedigend gestaltet mit therapiefraktären Thoraxschmerzen im Rahmen einer psychosomatischen Belastungssituation. Bei wiederholten Belastungsuntersuchungen mit Bildgebung (2012 und 2015) sei keine Ischämie mehr nachweisbar gewesen (S. 1).

Die rheumatologische Untersuchung, die sich gemäss gutachterlicher Angabe trotz Dolmetschereinsatz als schwierig erwiesen habe, indem differenzierte Angaben zu den Beschwerden kaum erhältlich gewesen seien, zeigte internmedizinisch diffuse leichtgradige Abdominaldolenzen, Hyperkerastosen an den Knien ventral beidseits und diffuse Dolenzen bei der Axillenpalpation mit Ausweichbewegungen. Neurologisch bestehe eine diffus verminderte Kraft beim Faustschluss an den oberen Extremitäten, eine Sensibilitätsminderung an der rechten Hand, sonst indessen keine Hinweise auf eine Entrapment-Symptomatik. Das Gangbild sei kleinschrittig ohne Hinken, das Sitzen ruhig, die symmetrische Armbenutzung verlaufe ohne Schulterschönung. Während der Anamneseerhebung zeige sich teils ein spontanes Oberkörperrotieren. Taschen, die sich neben einem Stuhl befänden, könnten ohne evidente Beschwerdebehinderung ergriffen und hochgehoben werden. Die Waddellzeichen für eine lumbale achsenskelettäre Beschwerdeauslösung durch Pseudomanöver seien negativ. Es bestehe eine grobbogige BWS-Kyphose, die LWS sei weitgehend frei beweglich, endphasig mit Schmerzen ohne radikuläre Zeichen. Beim Aufstehen von der Liege stürze der Beschwerdeführer theatralisch wirkend nach vorne vom Liegerand auf die Knie und Hände, es erfolge dann aber keine Schmerzäusserung und ein Aufstehen ohne offensichtliche Beschwerden. Es bestünden diffuse Dolenzen der Weichteile vor allem paravertebral im BWS-Bereich, eine verspannte tiefzervikale Nackenmuskulatur und eine atone Ventralkeippung beider Schultern. Die BWS-Beweglichkeit sei in der fokussierenden Untersuchung endphasig nur

leicht eingeschränkt mit diskreten thorakolumbalen Schmerzen, die HWS-Beweglichkeiten seien altersentsprechend frei ohne Schmerzinduktion. Die Trophik von Schultergürtel und oberen Extremitäten sei unauffällig. Bei der Palpation der Beschwerdepunkte am Rumpf im Bereich des Achsen skeletts und auch an den Extremitäten zeigten sich oft zuckende Ausweichbewegungen, ein intensiver Leidensausdruck (IV-Nr. 126.4 S. 13), Stöhnen und Äusserungen wie «jetzt Pause machen». Die sternokostale Gegend sei in gleichem Mass diffus dolent wie der laterale Thorax. Im Bereich der unteren Extremitäten zeigten sich eine seitengleiche Trophik und Hüftgelenksbeweglichkeiten. Es bestünden diffuse Weichteildolenz am Oberschenkel seitlich und am Unterschenkel, weiter zeigten sich deutliche Verkürzungen der dorsalen Oberschenkelmuskulatur. Die Knie seien frei beweglich. Im Labor fänden sich keine Entzündungszeichen oder Hinweise auf einen ossären Umbauprozess. In der Bildgebung zeigten sich Sternoklavikulärarthrosen beidseits. Konventionell-radiologisch bestünden mittelgradige degenerative Veränderungen des Achsen skeletts, keine Gonarthrose-Zeichen an den Knien, skelettszintigraphisch aktuell keine entzündlichen oder tumorösen Akkumulationen, einzig die Synchronrose zwischen Manubrium und Corpus sterni zeige eine deutliche Anreicherung, die aber szintigraphisch nicht das Bild eines bakteriell-entzündlichen Prozesses zeige (S. 14).

In psychiatrischer Hinsicht werden folgende Befunde erhoben: Der Beschwerdeführer habe selber angegeben, es geschehe öfters, dass er die Fassung verliere. Wenn er sich provoziert fühle, könne es auch geschehen, dass er zuschlage. Er sei oft angespannt und gereizt. Er könne nicht lange unter Menschen sein (IV-Nr. 126.3 S. 2). Seine Stimmung sei natürlich schlecht. Er habe seit sechs Jahren nichts zu lachen. Er fühle sich wie in einem Gefängnis. Nichts mache ihm Freude. Manchmal denke er, dass er nicht mehr leben wolle. Jedoch seien dies nur Gedanken. Er habe keine Impulse oder eine Tendenz, sich etwas anzutun. Ängste habe er keine. Seine Konzentration und sein Gedächtnis seien schlecht (S. 3). Er sei bei einer Frau in [] in psychiatrischer Behandlung. Ihren Namen erinnere er nicht. Er gehe ca. einmal wöchentlich dorthin (S. 5). Die Gutachterin hält sodann fest, der Beschwerdeführer habe beim Empfang einen demonstrativ-theatralischen Eindruck gemacht (vornübergebeugtes «Hängen» im Stuhl). Während der Exploration habe er einen praktisch durchgehend misstrauisch-unwilligen Eindruck hinterlassen und sich gleich zu Beginn darüber echauffiert, dass er immer die gleichen Fragen beantworten müsse. Nachdem er betont habe, schlecht zu schlafen, sei aufgefallen, dass sein Gesicht und die Augenpartie keine Zeichen von Müdigkeit aufgewiesen hätten. Unter Berücksichtigung der diffusen Schmerzangaben sei aufgefallen, dass er durchgehend ruhig und ohne Positionsveränderungen auf seinem Stuhl gesessen habe (S. 8). Insgesamt mache der Beschwerdeführer einen demonstrativ-theatralischen, dabei infantil-provozierenden, unhöflichen Eindruck. Aufgrund von zahlreichen Diskrepanzen, insbesondere zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und seinem Verhalten (angegebene Kraftlosigkeit in den Armen gegenüber problemlosen spontanen Armbewegungen, Angabe von Schmerzen, jedoch fehlende schmerzassoziierte Bewegungen, Veränderung des Gangbildes nach Verlassen der Untersuchungsabteilung) sowie ausgesprochen diffuser, wenig detaillierter bzw. plastischer Schmerz- und Beschwerdenschilderung ergäben sich schon rein klinisch deutliche Hinweise auf eine eingeschränkte Beschwerdvalidität im Sinne von deutlicher Aggravation. Dies werde durch den Rey-Memory-Test bestätigt. Es hätten sich auch Diskrepanzen im Abgleich mit den Vorakten ergeben, namentlich in Bezug auf die Fähigkeit, sich an Ereignisse und Daten zu erinnern. Auffällig sei auch das kindlich-provokante, dabei höchst unhöfliche Verhalten des Beschwerdeführers. Nach ca.

75 Minuten habe er angegeben, er sei jetzt müde und möchte die Untersuchung abbrechen. Es sei gelungen, ihn dann noch für 15 Minuten zu motivieren. Nach eineinhalb Stunden sei die Untersuchung aber auf Wunsch des Beschwerdeführers mit Beschränkung auf das Wesentliche und Unverzichtbare beendet worden (S. 9 f.). Der Beschwerdeführer sei insgesamt durchgehend missmutig-unwillig und schlecht kooperierend gewesen. Über die kognitiven Funktionen könnten keine konklusiven Aussagen getroffen werden, da der Beschwerdeführer häufig nicht oder nur kurz angebunden mit «das weiss ich nicht mehr» geantwortet habe. Bei der kursorischen Prüfung der kognitiven Funktionen sei die Kooperation ausgesprochen schlecht gewesen. Formalgedanklich sei der Beschwerdeführer teils verlangsamt-stockend, einsilbig, differentialdiagnostisch kooperationsbedingt bzw. passiv-aggressiv wirkend, teils aufbrausend-schimpfend, sonst langsam, aber geordnet (S. 10). Affektiv sei er bei infantil-provozierendem Verhalten missmutig-dysthym, insgesamt plausibel leicht reizbar, mit Neigung zu trotzigem und passiv-aggressivem Verhalten. Er gebe eine fehlende Freude- und Interessenfähigkeit an. Antrieb und Motivation seien aktualanamnestisch reduziert. Phobien und Zwänge seien nicht eruierbar. Schwergradige Durchschlafstörungen würden angegeben, eine Tagesmüdigkeit sei indessen nicht beobachtbar. In der Persönlichkeit imponiere der Beschwerdeführer in der Untersuchung insgesamt trotzig, infantil-provozierend, passiv-aggressiv und querulatorisch, was letztlich weitgehend seiner indirekten Selbstdarstellung entspreche (S. S11).

Insgesamt werden im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ folgende Diagnosen erhoben (IV-Nr. 126.1 S. 10):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

6. Die Beschwerdegegnerin stellt im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ vom 14. Oktober 2016 (IV-Nrn. 126.1 - 126.7) ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 Hierzu kann zunächst gesagt werden, dass das Gutachten auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse sowie Untersuchungen des Beschwerdeführers (inkl. aktueller bildgebender Untersuchungen) unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden beruht und von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärztinnen und -ärzten erstellt wurde. Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

6.2 Inhaltlich legt der neurologische Teilgutachter nachvollziehbar dar, dass sich die im Bereich der Kraftprüfung der Hände und Füße gezeigte giving way-Symptomatik nicht mit den Spontanbewegungen gedeckt habe. Die beklagte Schwindelsymptomatik habe anamnestisch nicht weiter eingegrenzt werden können und sei als diffus anzusehen. In der aktuellen neurologischen Untersuchung hätten keine sicheren fokal-neurologischen Defizite eruiert werden können. Er äussert deshalb stichhaltig den Verdacht auf eine Aggravation. Nebenbefundlich bestehe indessen möglicherweise eine Polyneuropathie. Hierfür spreche einerseits die angedeutete Trophikstörung (verminderte Behaarung an den Unterschenkeln) sowie auch ein etwas schwach auslösbarer ASR. Die Prüfung des Vibrationsempfindes sei aufgrund der diesbezüglich nicht reproduzierbaren Angaben des Beschwerdeführers nicht verwertbar. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Schmerzen könnten klinisch-neurologisch aufgrund der soweit eruierbaren Charakteristika und der unauffälligen Zusatzdiagnostik nicht erklärt werden.

Der kardiologische Gutachter hält nach Darlegung der Vorgeschichte einleuchtend fest, dass die Behandlung der Myokardischämie im Rahmen einer koronaren Herzkrankheit sechs Jahre nach der Bypassoperation als gelungen bezeichnet werden könne. Die Pumpfunktion des Herzens sei intakt, eine Ischämie nicht mehr nachweisbar. Es bestehe jedoch weiterhin ein nur teilweise beeinflussbares Risikoprofil. Er führt weiter aus, die koronare Herzkrankheit habe den Beschwerdeführer bei vorbestehender psychosomatischer Problematik getroffen. Diese schränke den Beschwerdeführer weiterhin erheblich ein und werde durch die begründete Angst vor einem Rezidiv der Herzkrankheit negativ beeinflusst. Zudem sei dadurch das Risiko erhöht, dass ein allfälliges zukünftiges akutes Koronarsyndrom verkannt werde. Isoliert betrachtet bestehe kein kardial bedingter Grund für eine Arbeitsunfähigkeit als Hilfsarbeiter. Eine wesentliche, für den Beschwerdeführer völlig invalidisierende Wirkung habe allerdings die ausgeprägte im Vordergrund stehende Komorbidität mit dem psychosomatisch überlagerten Schmerzsyndrom. Diese werde zumindest teilweise durch die Behandlungsmassnahmen der Herzkrankheit verstärkt.

Der rheumatologische Gutachter, Dr. med. N.____, kommt gestützt auf die von ihm erhobenen Befunde zum nachvollziehbaren Schluss, dass das vom Beschwerdeführer beklagte Beschwerdebild insgesamt nur zu kleinen Teilen mit spezifischen Befundauffälligkeiten erklärbar sei. Er erwägt daher eine generalisierte chronifizierte Schmerzsymptomatik, die allerdings vom Beschwerdeführer multifokal geschildert wird. Es bestehe keine diffuse myalgische Symptomatik. Die im Vordergrund stehenden thorakalen Schmerzen könnten einen organläsionellen Kern haben in Form der im Skelettszintigramm festzustellenden Anreicherung. Am ehesten dürfte diese Folge eines Degenerationsprozesses sein, andererseits führten möglicherweise auch mechanische Überlastungen zu derartigen Befunden, sie seien gelegentlich auch Quelle von Beschwerden. Der Beschwerdeführer beschreibe deutlich positions- und belastungsabhängige Schmerzen im oberen Sternumbereich beim Drehen des Kopfes. Ein low grade-Infekt des oberen Sternums erscheine eher unwahrscheinlich angesichts der doch nur mittelgradigen Anreicherung und der unauffälligen Entzündungsparameter. Die Verhältnisse erschienen auch lokal klinisch reizlos. Damit geht der Gutachter insgesamt davon aus, dass den als Hauptleiden beklagten ventralen Thoraxschmerzen ein kleinerer organläsioneller Kern in Form einer möglicherweise aktivierten Synchondrose des oberen Sternums mit belastungsabhängigen Beschwerden zugrunde liegt. Jedoch legt er schlüssig dar, dass das Ausmass der geltend gemachten Schmerzintensität, der Schmerzgeneralisierung im Bereich der gesamten ventralen Thoraxwand und darüber hinaus an den Extremitäten sowie das Ausmass an aus den Beschwerden abgeleiteter Leidensintensität in grosser Diskrepanz zu den Befundauffälligkeiten und den möglichen Ursachen des organläsionellen Beschwerdekerns am Sternum steht. Bezüglich der an den Extremitäten geltend gemachten Beschwerden sieht er indessen eine beginnende Rhizarthrose an der linken Hand gegeben und an den Knien eine durch dekonditionierungsbedingte Muskelverkürzungen schmerzverursachende patello-femorale Hyperpression mit entsprechenden belastungsabhängigen Beschwerden. Im Bereich des Achsenskeletts fänden sich ebenfalls leichtgradigere Auffälligkeiten mit Muskelverspannungen und Fehlhaltungen, radiomorphologisch zeigten sich mehrsegmental an BWS wie LWS degenerative Segmentveränderungen, die klinischen Korrelate seien jedoch bescheiden. In der klinischen Untersuchung werde ein signifikantes Verdeutlichungsverhalten und Schmerzgebaren evident, es bestünden deutliche Diskrepanzen zwischen der geltend gemachten Beschwerdenintensität und dem daraus

abgeleiteten de facto Invalidisierungsgrad im Alltag sowie der klinischen wie radiomorphologischen Befundaussprägung. Bedeutende nicht-muskuloskelettäre Faktoren dürften die Entwicklung des Krankheitsbildes und das Ausmass an de facto-Invalidisierung im Alltag mit beeinflusst haben, diese seien jedoch oft auch psychiatrisch kaum fassbar.

Die psychiatrische Gutachterin, Dr. med. F.____, hält schliesslich in ihrer Beurteilung fest, dass aufgrund der deutlichen Hinweise für eine Aggravation ■ solche haben auch die übrigen Gutachter festgestellt ■ die angegebenen Funktionsstörungen nicht mit Sicherheit feststellbar seien. Folglich könne auch nicht beurteilt werden, ob diese tatsächlich störungsbedingt seien. Eine gewisse basale Störung der interaktions- und kommunikationsassoziierten Fähigkeiten (wie Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit) wird aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers angenommen. Ebenfalls als plausibel erachtet die Gutachterin Störungen der Flexibilität, Umstellungsfähigkeit und Durchhaltefähigkeit. Klinisch zeigt sich für die Expertin aber vor dem Hintergrund der eingeschränkten Beschwerdenuvalidität der Eindruck eines instrumentalisiert-manipulativen, an sich modulierbaren Verhaltens. Insgesamt kommt sie zur Einschätzung, dass sich beim Beschwerdeführer nach einer RCA-Stenose bei schwerer diabetischer Koronarsklerose eine umfassende psychische und somatische Symptomatik mit persistierenden Thoraxschmerzen und einem depressiv-dysthym-somatisierend klassifizierten Zustandsbild entwickelt habe. Bereits 2011 seien in einem Austrittsbericht der Klinik O.____ die Diagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen einer somatoformen autonomen Funktionsstörung und einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (z.B. panthorakalen, invalidisierenden, therapie-refraktierten Schmerzen und ungerichteten Schwindelzuständen) gestellt worden. Ein Belastungstraining sei unbefriedigend verlaufen. Der Beschwerdeführer habe von Beginn an den Eindruck vermittelt, dass er die Massnahme als Zumutung empfunden habe. In einem IV-Arztbericht der behandelnden Psychotherapeutin von 2016 würden einzig eine Angst- und depressive Störung gemischt diagnostiziert, Angaben zur Arbeitsunfähigkeit würden fehlen. Die Gutachterin weist darauf hin, dass der Beschwerdeführer aktuell keine wirksame psychopharmakologische Medikation einnimmt und sich seit 2014 in psychotherapeutischer Behandlung befindet. Im Rahmen der Exploration hätten sich zahlreiche Widersprüchlichkeiten und Inkonsistenzen ergeben. Ebenso zeige sich eine massive eingeschränkte Anstrengungsbereitschaft bzw. negative Antwortverzerrung. Das gezeigte Verhalten sei zumindest teilweise gut modulierbar bzw. flexibel gewesen. Ebenso sei der Rey-Memory-Test als Element zur Beschwerdenuvalidierung deutlich positiv gewesen. Folglich wird auch die in den Vorberichten erwähnte somatoforme Schmerzstörung verneint. Davon ist aus gutachterlicher und nachvollziehbarer Sicht schon deshalb nicht auszugehen, weil der Beschwerdeführer in der Untersuchung keinerlei beobachtbare Zeichen von Schmerzempfinden gezeigt habe. In verschiedenen Kontexten habe sich eine deutlich abweichende Beweglichkeit der oberen Extremität gezeigt und das unecht und demonstrativ schleppend wirkende Gangbild habe sich beim Verlassen der Abteilung deutlich normalisiert. Diese und die anderen genannten Inkonsistenzen sind nach einleuchtender Einschätzung unzweifelhafte Zeichen einer Aggravation. Darüber hinaus mache die sehr diffuse Beschwerdenschilderung, der jede Nachfühbarkeit, Detailliertheit oder Plastizität abgegangen sei, eine Einschränkung der Beschwerdenuvalidität hochwahrscheinlich. Eine somatoforme Schmerzstörung liegt demnach aktuell nicht vor und das Gesamtbild ist aus gutachterlicher Sicht durch die eingeschränkte Beschwerdenuvalidierung derart verzerrt, dass eine valide Aussage zu einer möglicherweise

tatsächlich vorliegenden anderen psychiatrischen Störung nicht mit ausreichender Sicherheit möglich ist. Unter Berücksichtigung der Vorakten diagnostiziert die Gutachterin indessen eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegende Dysthymie, am ehesten hervorgegangen aus einer Anpassungsstörung. Auch diese Einschätzung erscheint schlüssig und es ist festzustellen, dass in der Vergangenheit auch nie eine depressive Störung diagnostiziert wurde. Die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erachtet die Gutachterin sodann als nicht erfüllt, was insbesondere aufgrund des Zeitkriteriums korrekt erscheint. Denn es zeigen sich weder in den Akten noch in der Anamnese für die Zeit vor der ersten Operation des Beschwerdeführers im Jahr 2008 Hinweise auf eine relevante psychiatrische Problematik oder Störung. Eine differentialdiagnostisch erwogene Persönlichkeitsstörung infolge der Operation erachtet die Gutachterin wegen der verschiedenen, offensichtlich durch den Beschwerdeführer modulierbaren Verhaltenskomponenten (z. B. das Gangbild) als höchst unwahrscheinlich. Eine aggravatorische Komponente kommt damit fraglos hinzu. Im Rahmen der Konsistenzprüfung hält die Gutachterin schliesslich fest, dass aufgrund der eingeschränkten Beschwerdevalidität, die letztlich auch eigenanamnestische Angaben mit Zweifeln belege, nicht mit Sicherheit gesagt werden könne, ob und inwiefern z.B. das Aktivitätenniveau in allen vergleichbaren Lebensbereichen eingeschränkt sei. Auch dem ist zuzustimmen.

6.3 So zeigt sich ■ der im Gutachten enthaltenen interdisziplinären Beurteilung folgend ■, dass aus somatischer Sicht in sämtlichen beteiligten Disziplinen eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden festgestellt wurde. Weder aus kardiologischer, allgemeininternistischer noch neurologischer Sicht konnten objektivierbare Befunde erhoben werden, welche die Beschwerdesymptomatik zu erklären vermöchten. Aus rheumatologischer Sicht wird von einem generalisierten chronifizierten Schmerzsyndrom ausgegangen, wobei aber das Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden die aufgrund der objektivierbaren Befunde zu erwartende Beschwerdesymptomatik deutlich übersteigt. Aus psychiatrischer Sicht wird die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt. Es besteht lediglich die Verdachtsdiagnose einer Dysthymia, am ehesten hervorgegangen aus einer Anpassungsstörung mit Störung des Sozialverhaltens bei einer Persönlichkeit mit Verdacht auf infantil-histrionische und passiv-aggressive (negativistische) sowie querulatorische Züge. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht lässt sich aus diesen Diagnosen gutachterlich aber nicht ableiten. Aus Sicht des Bewegungsapparates ist es hingegen aus Expertensicht durchaus denkbar, dass das generalisierte chronifizierte Schmerzsyndrom einen organläsionellen Kern aufweist. Eine verminderte Belastbarkeit des oberen und unteren Achsenskeletts und allenfalls beider Knie sowie des linken Daumengrundgelenks wird als gegeben erachtet. In Bezug auf den sozialen Kontext werden als Belastungsfaktoren einerseits die Persönlichkeitsproblematik, andererseits der Status nach zwei kardiologischen Eingriffen genannt. Diese reichen jedoch nicht aus, um eine psychiatrische Problematik bzw. eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Im Rahmen der Konsistenzprüfung zeigt sich für die Gutachter eine massiv eingeschränkte Beschwerdevalidität, welche letztlich auch eigenanamnestische Angaben mit Zweifeln belegt. Es ist daher von einer Aggravation mit bewusstem Verdeutlichungsverhalten und Schmerzgebaren auszugehen. Folglich hat im vorliegenden Fall keine Indikatorenprüfung nach der seit BGE 141 V 281 bestehenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu erfolgen, denn eine versicherte Gesundheitsschädigung liegt regelmässig dann nicht vor, soweit die

Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaublich wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Besteht im konkreten Fall (wie hier) Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 und 2.2.2).

6.4 Es zeigt sich somit, dass das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ voll beweiswertig ist und die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf abgestellt hat. Dies gilt auch für die darin vorgenommene, einleuchtende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: Demgemäss besteht für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsarbeiter in einer Garage und als Maschinenführer mit Heben von Lasten von offenbar mehrfach 10 - 25 kg seit Beginn der Schmerzsymptomatik Mitte 2010 aus rheumatologischer Sicht keine zumutbare Arbeitsfähigkeit. Für körperlich sehr leichte und leichte Tätigkeiten ohne Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 5 - 7 kg, ohne gehäuft über Kopf oder gebückt resp. kauern zu verrichtende Tätigkeiten, ohne gehäuft kniende Tätigkeiten, ohne wiederholtes Benützen von Treppen, Stufen oder Leitern, ohne Tätigkeiten mit häufigem Rotieren des Oberkörpers, besteht indessen eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 %, dies spätestens drei bis maximal sechs Monate nach der im Juli 2010 durchgeführten aortakoronaren Bypassoperation, während welcher der Beschwerdeführer für sämtliche Tätigkeiten voll arbeitsunfähig war.

6.5 Die einzelnen, vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwendungen gegen das Gutachten vermögen dessen Beweiswert ebenfalls nicht zu erschüttern. Zur pauschalen Behauptung, der medizinische Sachverhalt sei unzulänglich abgeklärt worden, ist zunächst zu erwähnen, dass mit der erneuten polydisziplinären Begutachtung eine umfassende Abklärung stattgefunden hat. Alle vom Beschwerdeführer vorgebrachten Beschwerden wurden dabei berücksichtigt und es fand in allen relevanten Disziplinen eine klinische Untersuchung und Beurteilung statt. Insbesondere die Rügen hinsichtlich der psychiatrischen Begutachtung erweisen sich als unbegründet. Das Erheben der biographischen Daten, insbesondere auch die Familienanamnese und die erwerbliche Vergangenheit, sind stets Teil einer psychiatrischen Begutachtung und bilden eine wichtige Grundlage für die Diagnostik und die anschliessende Beurteilung. Wenn Dr. med. E.____ als Vertreter des Beschwerdeführers sodann bestimmte Beschwerdevalidierungstests als ungeeignet aufführt, so ist dazu festzuhalten, dass er kein Facharzt auf dem entsprechenden Gebiet ist und es im Ermessen der psychiatrischen Fachperson liegt, mit welchen Testverfahren die klinische Untersuchung allenfalls ergänzt wird. Das Gleiche gilt für den Einwand, dass die Expertin sich hinsichtlich der Schmerzstörung auf vermeintliche eigene Beobachtungen stütze, die nicht objektivierbar seien. Wie sich den vorstehenden Erwägungen zur Aggravation (E. II. 6.3 hiervor) entnehmen lässt, spielt im hier fraglichen Gebiet die klinische Untersuchung eine gewichtige Rolle; die Beobachtungen des Experten

während der Exploration haben in die Beurteilung einzufließen. Weiter kann auch nicht festgestellt werden, dass die psychiatrische Gutachterin voreingenommen gewesen wäre. Feststellungen über das Erscheinungsbild des Exploranden sowie sein Verhalten gehören ebenfalls regelmässig zu einer psychiatrischen Begutachtung. Herabsetzende Bemerkungen können nicht erkannt werden. Sofern dabei auf die Beschreibung eines infantilen oder unhöflichen Verhaltens während der Exploration angesprochen werden soll, so werden diese Verhaltensweisen mit entsprechenden Beispielen dargestellt (so zum Beispiel, dass der Beschwerdeführer einen Plastikbecher habe knacken lassen, worauf die Expertin ihn vergeblich aufgefordert habe, er solle damit aufhören). Eine Befangenheit lässt sich daraus jedoch nicht ableiten, zumal auch die übrigen Teilgutachter in Zusammenhang mit der Kooperation des Beschwerdeführers festgehalten haben, dass diese schwierig gewesen bzw. es kaum möglich gewesen sei, relevante Fakten in Erfahrung bringen zu können. Schliesslich erweist sich auch der Einwand, dass die interdisziplinäre Beurteilung sich nicht mit derjenigen von Dr. med. G. ___ (kardiologischer Gutachter) decke, als unbegründet. Dieser hat das Hauptgutachten mitunterzeichnet und trägt damit den Konsens, dass eine Aggravation vorliege, mit. Er hält weiter auch klar fest, dass sich kardial gesehen keine Arbeitsunfähigkeit ableiten lasse. Wenn er erwähnt, dass sich wegen der mehrjährigen Chronifizierung des Schmerzsyndroms keine Verweistätigkeit mehr finden lasse, so spricht er vielmehr auf die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers selber an.

E. 5

Persönlichkeit mit Verdacht auf infantil-histrionische und passiv-aggressive (negativistische), sowie querulatorische Züge (ICD-10 Z73.1)

E. 6

Valgus-Kick-Senkfüsse beidseits, klinisch diffuse Palpationsdolenz beidseits 6. Die Beschwerdegegnerin stellt im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D. ___ vom 14. Oktober 2016 (IV-Nrn. 126.1 - 126.7) ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. 6.1 Hierzu kann zunächst gesagt werden, dass das Gutachten auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse sowie Untersuchungen des Beschwerdeführers (inkl. aktueller bildgebender Untersuchungen) unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden beruht und von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärztinnen und -ärzten erstellt wurde. Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise. 6.2 Inhaltlich legt der neurologische Teilgutachter nachvollziehbar dar, dass sich die im Bereich der Kraftprüfung der Hände und Füsse gezeigte giving way-Symptomatik nicht mit den Spontanbewegungen gedeckt habe. Die beklagte Schwindelsymptomatik habe anamnestisch nicht weiter eingegrenzt werden können und sei als diffus anzusehen. In der aktuellen neurologischen Untersuchung hätten keine sicheren fokal-neurologischen Defizite eruiert werden können. Er äussert deshalb stichhaltig den Verdacht auf eine Aggravation. Nebenbefundlich bestehe indessen möglicherweise eine Polyneuropathie. Hierfür spreche einerseits die angedeutete Trophikstörung (verminderte Behaarung an den Unterschenkeln) sowie auch ein etwas schwach auslösbarer ASR. Die Prüfung des Vibrationsempfindes sei aufgrund der diesbezüglich nicht reproduzierbaren Angaben des Beschwerdeführers nicht verwertbar. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Schmerzen könnten klinisch-neurologisch aufgrund der soweit eruierten Charakteristika und der unauffälligen Zusatzdiagnostik nicht erklärt werden. Der kardiologische Gutachter hält nach Darlegung der Vorgeschichte einleuchtend fest, dass die Behandlung der Myokardischämie im Rahmen einer koronaren

Herzkrankheit sechs Jahre nach der Bypassoperation als gelungen bezeichnet werden könne. Die Pumpfunktion des Herzens sei intakt, eine Ischämie nicht mehr nachweisbar. Es bestehe jedoch weiterhin ein nur teilweise beeinflussbares Risikoprofil. Er führt weiter aus, die koronare Herzkrankheit habe den Beschwerdeführer bei vorbestehender psychosomatischer Problematik getroffen. Diese schränke den Beschwerdeführer weiterhin erheblich ein und werde durch die begründete Angst vor einem Rezidiv der Herzkrankheit negativ beeinflusst. Zudem sei dadurch das Risiko erhöht, dass ein allfälliges zukünftiges akutes Koronarsyndrom verkannt werde. Isoliert betrachtet bestehe kein kardial bedingter Grund für eine Arbeitsunfähigkeit als Hilfsarbeiter. Eine wesentliche, für den Beschwerdeführer völlig invalidisierende Wirkung habe allerdings die ausgeprägte im Vordergrund stehende Komorbidität mit dem psychosomatisch überlagerten Schmerzsyndrom. Diese werde zumindest teilweise durch die Behandlungsmassnahmen der Herzkrankheit verstärkt. Der rheumatologische Gutachter, Dr. med. N.____, kommt gestützt auf die von ihm erhobenen Befunde zum nachvollziehbaren Schluss, dass das vom Beschwerdeführer beklagte Beschwerdebild insgesamt nur zu kleinen Teilen mit spezifischen Befundauffälligkeiten erklärbar sei. Er erwägt daher eine generalisierte chronifizierte Schmerzsymptomatik, die allerdings vom Beschwerdeführer multifokal geschildert wird. Es bestehe keine diffuse myalgische Symptomatik. Die im Vordergrund stehenden thorakalen Schmerzen könnten einen organläsionellen Kern haben in Form der im Skelettszintigramm festzustellenden Anreicherung. Am ehesten dürfte diese Folge eines Degenerationsprozesses sein, andererseits führten möglicherweise auch mechanische Überlastungen zu derartigen Befunden, sie seien gelegentlich auch Quelle von Beschwerden. Der Beschwerdeführer beschreibe deutlich positions- und belastungsabhängige Schmerzen im oberen Sternumbereich beim Drehen des Kopfes. Ein low grade-Infekt des oberen Sternums erscheine eher unwahrscheinlich angesichts der doch nur mittelgradigen Anreicherung und der unauffälligen Entzündungsparameter. Die Verhältnisse erschienen auch lokal klinisch reizlos. Damit geht der Gutachter insgesamt davon aus, dass den als Hauptleiden beklagten ventralen Thoraxschmerzen ein kleinerer organläsioneller Kern in Form einer möglicherweise aktivierten Synchondrose des oberen Sternums mit belastungsabhängigen Beschwerden zugrunde liegt. Jedoch legt er schlüssig dar, dass das Ausmass der geltend gemachten Schmerzintensität, der Schmerzgeneralisierung im Bereich der gesamten ventralen Thoraxwand und darüber hinaus an den Extremitäten sowie das Ausmass an aus den Beschwerden abgeleiteter Leidensintensität in grosser Diskrepanz zu den Befundauffälligkeiten und den möglichen Ursachen des organläsionellen Beschwerdekerns am Sternum steht. Bezüglich der an den Extremitäten geltend gemachten Beschwerden sieht er indessen eine beginnende Rhizarthrose an der linken Hand gegeben und an den Knien eine durch dekonditionierungsbedingte Muskelverkürzungen schmerzverursachende patello-femorale Hyperpression mit entsprechenden belastungsabhängigen Beschwerden. Im Bereich des Achsenskeletts fänden sich ebenfalls leichtgradigere Auffälligkeiten mit Muskelverspannungen und Fehlhaltungen, radiomorphologisch zeigten sich mehrsegmental an BWS wie LWS degenerative Segmentveränderungen, die klinischen Korrelate seien jedoch bescheiden. In der klinischen Untersuchung werde ein signifikantes Verdeutlichungsverhalten und Schmerzgebaren evident, es bestünden deutliche Diskrepanzen zwischen der geltend gemachten Beschwerdenintensität und dem daraus abgeleiteten de facto Invalidisierungsgrad im Alltag sowie der klinischen wie radiomorphologischen Befundaufprägung. Bedeutende nicht-muskuloskelettäre Faktoren

dürften die Entwicklung des Krankheitsbildes und das Ausmass an de facto-Invalidisierung im Alltag mit beeinflusst haben, diese seien jedoch oft auch psychiatrisch kaum fassbar. Die psychiatrische Gutachterin, Dr. med. F.____, hält schliesslich in ihrer Beurteilung fest, dass aufgrund der deutlichen Hinweise für eine Aggravation – solche haben auch die übrigen Gutachter festgestellt – die angegebenen Funktionsstörungen nicht mit Sicherheit feststellbar seien. Folglich könne auch nicht beurteilt werden, ob diese tatsächlich störungsbedingt seien. Eine gewisse basale Störung der interaktions- und kommunikationsassoziierten Fähigkeiten (wie Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit) wird aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers angenommen. Ebenfalls als plausibel erachtet die Gutachterin Störungen der Flexibilität, Umstellungsfähigkeit und Durchhaltefähigkeit. Klinisch zeigt sich für die Expertin aber vor dem Hintergrund der eingeschränkten Beschwerdendvalidität der Eindruck eines instrumentalisiert-manipulativen, an sich modulierbaren Verhaltens. Insgesamt kommt sie zur Einschätzung, dass sich beim Beschwerdeführer nach einer RCA-Stenose bei schwerer diabetischer Koronarsklerose eine umfassende psychische und somatische Symptomatik mit persistierenden Thoraxschmerzen und einem depressiv-dysthym-somatisierend klassifizierten Zustandsbild entwickelt habe. Bereits 2011 seien in einem Austrittsbericht der Klinik O.____ die Diagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen einer somatoformen autonomen Funktionsstörung und einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (z.B. panthorakalen, invalidisierenden, therapie-refraktierten Schmerzen und ungerichteten Schwindelzuständen) gestellt worden. Ein Belastungstraining sei unbefriedigend verlaufen. Der Beschwerdeführer habe von Beginn an den Eindruck vermittelt, dass er die Massnahme als Zumutung empfunden habe. In einem IV-Arztbericht der behandelnden Psychotherapeutin von 2016 würden einzig eine Angst- und depressive Störung gemischt diagnostiziert, Angaben zur Arbeitsunfähigkeit würden fehlen. Die Gutachterin weist darauf hin, dass der Beschwerdeführer aktuell keine wirksame psychopharmakologische Medikation einnimmt und sich seit 2014 in psychotherapeutischer Behandlung befindet. Im Rahmen der Exploration hätten sich zahlreiche Widersprüchlichkeiten und Inkonsistenzen ergeben. Ebenso zeige sich eine massive eingeschränkte Anstrengungsbereitschaft bzw. negative Antwortverzerrung. Das gezeigte Verhalten sei zumindest teilweise gut modulierbar bzw. flexibel gewesen. Ebenso sei der Rey-Memory-Test als Element zur Beschwerdendvalidierung deutlich positiv gewesen. Folglich wird auch die in den Vorberichten erwähnte somatoforme Schmerzstörung verneint. Davon ist aus gutachterlicher und nachvollziehbarer Sicht schon deshalb nicht auszugehen, weil der Beschwerdeführer in der Untersuchung keinerlei beobachtbare Zeichen von Schmerzempfinden gezeigt habe. In verschiedenen Kontexten habe sich eine deutlich abweichende Beweglichkeit der oberen Extremität gezeigt und das unecht und demonstrativ schleppend wirkende Gangbild habe sich beim Verlassen der Abteilung deutlich normalisiert. Diese und die anderen genannten Inkonsistenzen sind nach einleuchtender Einschätzung unzweifelhafte Zeichen einer Aggravation. Darüber hinaus mache die sehr diffuse Beschwerdenschilderung, der jede Nachführlbarkeit, Detailliertheit oder Plastizität abgegangen sei, eine Einschränkung der Beschwerdendvalidität hochwahrscheinlich. Eine somatoforme Schmerzstörung liegt demnach aktuell nicht vor und das Gesamtbild ist aus gutachterlicher Sicht durch die eingeschränkte Beschwerdendvalidierung derart verzerrt, dass eine valide Aussage zu einer möglicherweise tatsächlich vorliegenden anderen psychiatrischen Störung nicht mit ausreichender Sicherheit möglich ist. Unter Berücksichtigung der Vorakten diagnostiziert die Gutachterin

indessen eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegende Dysthymie, am ehesten hervorgegangen aus einer Anpassungsstörung. Auch diese Einschätzung erscheint schlüssig und es ist festzustellen, dass in der Vergangenheit auch nie eine depressive Störung diagnostiziert wurde. Die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erachtet die Gutachterin sodann als nicht erfüllt, was insbesondere aufgrund des Zeitkriteriums korrekt erscheint. Denn es zeigen sich weder in den Akten noch in der Anamnese für die Zeit vor der ersten Operation des Beschwerdeführers im Jahr 2008 Hinweise auf eine relevante psychiatrische Problematik oder Störung. Eine differentialdiagnostisch erwogene Persönlichkeitsstörung infolge der Operation erachtet die Gutachterin wegen der verschiedenen, offensichtlich durch den Beschwerdeführer modulierbaren Verhaltenskomponenten (z. B. das Gangbild) als höchst unwahrscheinlich. Eine aggravatorische Komponente kommt damit fraglos hinzu. Im Rahmen der Konsistenzprüfung hält die Gutachterin schliesslich fest, dass aufgrund der eingeschränkten Beschwerdewalidität, die letztlich auch eigenanamnestische Angaben mit Zweifeln belege, nicht mit Sicherheit gesagt werden könne, ob und inwiefern z.B. das Aktivitätenniveau in allen vergleichbaren Lebensbereichen eingeschränkt sei. Auch dem ist zuzustimmen. 6.3 So zeigt sich – der im Gutachten enthaltenen interdisziplinären Beurteilung folgend –, dass aus somatischer Sicht in sämtlichen beteiligten Disziplinen eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden festgestellt wurde. Weder aus kardiologischer, allgemeininternistischer noch neurologischer Sicht konnten objektivierbare Befunde erhoben werden, welche die Beschwerdesymptomatik zu erklären vermöchten. Aus rheumatologischer Sicht wird von einem generalisierten chronifizierten Schmerzsyndrom ausgegangen, wobei aber das Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden die aufgrund der objektivierbaren Befunde zu erwartende Beschwerdesymptomatik deutlich übersteigt. Aus psychiatrischer Sicht wird die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt. Es besteht lediglich die Verdachtsdiagnose einer Dysthymia, am ehesten hervorgegangen aus einer Anpassungsstörung mit Störung des Sozialverhaltens bei einer Persönlichkeit mit Verdacht auf infantil-histrionische und passiv-aggressive (negativistische) sowie querulatorische Züge. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht lässt sich aus diesen Diagnosen gutachterlich aber nicht ableiten. Aus Sicht des Bewegungsapparates ist es hingegen aus Expertensicht durchaus denkbar, dass das generalisierte chronifizierte Schmerzsyndrom einen organläsionellen Kern aufweist. Eine verminderte Belastbarkeit des oberen und unteren Achsenskeletts und allenfalls beider Knie sowie des linken Daumengrundgelenks wird als gegeben erachtet. In Bezug auf den sozialen Kontext werden als Belastungsfaktoren einerseits die Persönlichkeitsproblematik, andererseits der Status nach zwei kardiologischen Eingriffen genannt. Diese reichen jedoch nicht aus, um eine psychiatrische Problematik bzw. eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Im Rahmen der Konsistenzprüfung zeigt sich für die Gutachter eine massiv eingeschränkte Beschwerdevalidität, welche letztlich auch eigenanamnestische Angaben mit Zweifeln belegt. Es ist daher von einer Aggravation mit bewusstem Verdeutlichungsverhalten und Schmerzgebaren auszugehen. Folglich hat im vorliegenden Fall keine Indikatorenprüfung nach der seit BGE 141 V 281 bestehenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu erfolgen, denn eine versicherte Gesundheitsschädigung liegt regelmässig dann nicht vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten

Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Besteht im konkreten Fall (wie hier) Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 und 2.2.2).

6.4 Es zeigt sich somit, dass das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ voll beweiswertig ist und die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf abgestellt hat. Dies gilt auch für die darin vorgenommene, einleuchtende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: Demgemäss besteht für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsarbeiter in einer Garage und als Maschinenführer mit Heben von Lasten von offenbar mehrfach 10 - 25 kg seit Beginn der Schmerzsymptomatik Mitte 2010 aus rheumatologischer Sicht keine zumutbare Arbeitsfähigkeit. Für körperlich sehr leichte und leichte Tätigkeiten ohne Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 5 - 7 kg, ohne gehäuft über Kopf oder gebückt resp. kauern zu verrichtende Tätigkeiten, ohne gehäuft kniende Tätigkeiten, ohne wiederholtes Benützen von Treppen, Stufen oder Leitern, ohne Tätigkeiten mit häufigem Rotieren des Oberkörpers, besteht indessen eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 %, dies spätestens drei bis maximal sechs Monate nach der im Juli 2010 durchgeführten aortakoronaren Bypassoperation, während welcher der Beschwerdeführer für sämtliche Tätigkeiten voll arbeitsunfähig war.

6.5 Die einzelnen, vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwendungen gegen das Gutachten vermögen dessen Beweiswert ebenfalls nicht zu erschüttern. Zur pauschalen Behauptung, der medizinische Sachverhalt sei unzulänglich abgeklärt worden, ist zunächst zu erwähnen, dass mit der erneuten polydisziplinären Begutachtung eine umfassende Abklärung stattgefunden hat. Alle vom Beschwerdeführer vorgebrachten Beschwerden wurden dabei berücksichtigt und es fand in allen relevanten Disziplinen eine klinische Untersuchung und Beurteilung statt. Insbesondere die Rügen hinsichtlich der psychiatrischen Begutachtung erweisen sich als unbegründet. Das Erheben der biographischen Daten, insbesondere auch die Familienanamnese und die erwerbliche Vergangenheit, sind stets Teil einer psychiatrischen Begutachtung und bilden eine wichtige Grundlage für die Diagnostik und die anschliessende Beurteilung. Wenn Dr. med. E.____ als Vertreter des Beschwerdeführers sodann bestimmte Beschwerdevalidierungstests als ungeeignet aufführt, so ist dazu festzuhalten, dass er kein Facharzt auf dem entsprechenden Gebiet ist und es im Ermessen der psychiatrischen Fachperson liegt, mit welchen Testverfahren die klinische Untersuchung allenfalls ergänzt wird. Das Gleiche gilt für den Einwand, dass die Expertin sich hinsichtlich der Schmerzstörung auf vermeintliche eigene Beobachtungen stütze, die nicht objektivierbar seien. Wie sich den vorstehenden Erwägungen zur Aggravation (E. II. 6.3 hiervor) entnehmen lässt, spielt im hier fraglichen Gebiet die klinische Untersuchung eine gewichtige Rolle; die Beobachtungen des Experten während der Exploration haben in die Beurteilung einzufließen. Weiter kann auch nicht festgestellt werden, dass die psychiatrische Gutachterin voreingenommen gewesen wäre. Feststellungen über das Erscheinungsbild des Exploranden sowie sein Verhalten gehören ebenfalls regelmässig zu einer psychiatrischen Begutachtung. Herabsetzende Bemerkungen können nicht erkannt werden. Sofern dabei auf die Beschreibung eines infantilen oder unhöflichen Verhaltens

während der Exploration angesprochen werden soll, so werden diese Verhaltensweisen mit entsprechenden Beispielen dargestellt (so zum Beispiel, dass der Beschwerdeführer einen Plastikbecher habe knacken lassen, worauf die Expertin ihn vergeblich aufgefordert habe, er solle damit aufhören). Eine Befangenheit lässt sich daraus jedoch nicht ableiten, zumal auch die übrigen Teilgutachter in Zusammenhang mit der Kooperation des Beschwerdeführers festgehalten haben, dass diese schwierig gewesen bzw. es kaum möglich gewesen sei, relevante Fakten in Erfahrung bringen zu können. Schliesslich erweist sich auch der Einwand, dass die interdisziplinäre Beurteilung sich nicht mit derjenigen von Dr. med. G.____ (kardiologischer Gutachter) decke, als unbegründet. Dieser hat das Hauptgutachten mitunterzeichnet und trägt damit den Konsens, dass eine Aggravation vorliege, mit. Er hält weiter auch klar fest, dass sich kardial gesehen keine Arbeitsunfähigkeit ableiten lasse. Wenn er erwähnt, dass sich wegen der mehrjährigen Chronifizierung des Schmerzsyndroms keine Verweistätigkeit mehr finden lasse, so spricht er vielmehr auf die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers selber an.

E. 7

7.1 Nach dem Gesagten ist auf die im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abzustellen. Demgemäss besteht in der angestammten Tätigkeit, in welcher der Beschwerdeführer offenbar mehrfach Lasten von 10 - 25 kg zu heben hatte, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Diese Einschätzung gilt ab Mai 2010. Körperlich sehr leichte und leichte Tätigkeiten sind indessen mit einer Leistungsminderung von 20 %, wobei Pausen berücksichtigt sind, möglich. Für eine solche Tätigkeit besteht also eine 80%ige Arbeitsfähigkeit.

7.2 Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich ist im Grundsatz unbestritten geblieben und auch nicht zu beanstanden. So wurde aufgrund der Tatsache, dass dem Beschwerdeführer per Ende 2010 nicht ausschliesslich aus gesundheitlichen Gründen die Stelle gekündigt worden war und nicht davon auszugehen ist, dass er heute noch beim gleichen Arbeitgeber tätig wäre, für das Valideneinkommen zu Recht von einem Tabellenlohn der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) ausgegangen. Weil der Beschwerdeführer bis anhin keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen hat, ist auch für das Invalideneinkommen ein Tabellenlohn heranzuziehen. Das Valideneinkommen beträgt für die fragliche Zeit gemäss der Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total Männer, Niveau 1 (dieses Kompetenzniveau entspricht der vom Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausgeübten Tätigkeit) unter Aufrechnung der Wochenstunden (: 40 x 41.7) und des Nominallohnindexes 2014/2015 (:103.3 x 103.7) CHF 66'710.00. Das Invalideneinkommen berechnet sich gleich, denn mit Blick auf das dem Beschwerdeführer zumutbare Tätigkeitsprofil sind eben solche Tätigkeiten aus dem entsprechenden Kompetenzniveau möglich. Somit ergibt sich rein rechnerisch bei einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % auch eine Invaliditätsgrad von 20 %. Es besteht damit kein Rentenanspruch.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Im vorliegenden Fall erscheint es gestützt auf das massgebliche Kompetenzniveau fraglich, ob ein solcher Abzug aufgrund des zumutbaren Tätigkeitsprofils gerechtfertigt ist. Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie besteht auch kein Raum, weil sich diese

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 hier relevanten Kompetenzniveau auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt). Die Frage des Tabellenlohns kann insofern offen bleiben, als noch bei einem (grosszügigen) Abzug von 20 % (der maximal mögliche Abzug liegt bei 25 %) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde.

8. Schliesslich hat die Beschwerdegegnerin auch einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint. Dies ist vor dem Hintergrund der Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer als vollständig arbeitsunfähig erachtet und in den letzten Jahren folglich auch keine Anstalten gemacht hat, die verbleibende Restarbeitsfähigkeit zu verwerten, nicht zu beanstanden. Aufgrund des auffallenden gesteigerten Krankheitsgebarens erscheinen berufliche Massnahmen weder sinnvoll noch zweckmässig.

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach widerkannt:

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

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Haldemann

E. 9

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Eine solche wird auch nicht beantragt. 9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von

IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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