

SO_GERICHTE VSBES.2017.310 vom 22. Mai 2018

SO Obergericht, 2018-05-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.310_d20180522

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.310 du 22 mai 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.310 del 22 maggio 2018

Regeste

Berufliche Massnahmen und Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

Es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 31. Oktober 2017 aufzuheben und es sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Prüfung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen, eventualiter zur Prüfung eines Rentenanspruchs.

E. 2

Es sei dem Beschwerdeführer für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Prozessführung mit Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, als unentgeltlichem Rechtsbeistand zu gewähren.

E. 3

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 4. Mit Eingabe vom 18. Januar 2018 (A.S. 12) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. 5. Mit Verfügung vom 15. Februar 2018 (IV-Nr. 27 f.) gibt der Präsident des Versicherungsgerichts dem Beschwerdeführer Gelegenheit, schriftlich mitzuteilen und zu belegen, ob er noch über die Rechtsschutzversicherung des O.____ verfüge und diese Kostengutsprache für das vorliegenden Verfahren geleistet habe. 6. Mit Eingabe vom 8. März 2018 (A.S. 29 ff.) lässt der Beschwerdeführer ausrichten, es bestehe für die vorliegende Streitigkeit keine Deckung durch die Rechtsschutzversicherung des O.____. 7. Mit Verfügung vom 19. März 2018 (A.S. 32 f.) bewilligt der Präsident des Versicherungsgerichts dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege und bestellt Rechtsanwalt Daniel Altermatt als unentgeltlichen Rechtsbeistand. 8. Die am 19. April 2018 (A.S. 35 f.) durch den Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote geht mit Verfügung vom 20. April 2018 (A.S. 37) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 9. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 2. Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 31. Oktober 2017) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b). 3. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch

zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 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. 3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 IVG). 3.2 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 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4). 3.3 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

E. 4

Arterielle Hypertonie mit / bei – Verdacht auf hypertensive Nephropathie

E. 5

Anamnestisch Glaukom

E. 6

Früherer Verdacht auf CTS (ICD-10 G56.0)

E. 7

Status nach Hepatitis A (1971) – HAV-IgG positiv (> 100 IU/L), IgM neg. Aus rheumatologischer Sicht fänden sich anamnestisch ein intermittierendes akutes lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie anamnestisch eine Borreliose ohne Hinweise auf sensomotorische Defizite oder periphere Arthralgien oder Arthritiden an Armen und Beinen. Für die angestammte Tätigkeit als Forstwart wie auch für sonstige berufliche Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 37). Aus neurologischer Sicht könne anamnestisch der fragliche Verdacht auf eine Neuroborreliose, ein Zustand nach Synkope unklarer Ätiologie, ein früherer Verdacht auf ein CTS sowie ein Erschöpfungssyndrom bei Hypertonie festgestellt werden. Körperlich schwere Tätigkeiten erschienen aufgrund der Dekonditionierung eher ungeeignet. Sicher bestehe für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. Aus infektiologischer Sicht könne dem Exploranden keine Arbeitsunfähigkeit

attestiert werden. Auch retrospektiv sei anzunehmen, dass die Arbeitsunfähigkeit zu keinem Zeitpunkt durch die Borreliose verursacht gewesen sei, da die Infektion bereits mindestens einige Monate vor der ersten Arbeitsunfähigkeit 1998 stattgefunden habe. Auch habe es 2013 keine serologischen Hinweise auf eine Reinfektion mit einer anderen Spezies gegeben. Aus allgemeininternistischer, psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht fänden sich keine weiteren Befunde und Diagnosen, welche eine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten. Zusammenfassend könne aus polydisziplinärer Sicht keine relevante Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die Gutachter davon aus, dass von oben genanntem Arbeits- und Leistungsprofil mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung ausgegangen werden könne. Eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit könne auch retrospektiv nicht bescheinigt werden. Medizinische Massnahmen: Aus allgemeininternistischer Sicht sollte bei Adipositas und Hypercholesterinämie eine Ernährungs- und Stoffwechselberatung wie auch eine Steigerung der körperlichen Aktivität durchgeführt werden. Betreffend die arterielle Hypertonie sollte ein 24-Stunden-Blutdruckprofil erfolgen, je nach Resultat die Anpassung der medikamentösen Behandlung. Auch sollte eine Echokardiographie durchgeführt werden mit Fragestellung nach einer hypertensiven Herzkrankheit. Insgesamt stehe die optimale Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren im Vordergrund. Zum Ausschluss eines OSAS (Obstruktives Schlafapnoe Syndrom) könne eine nächtliche Pulsoxymetrie vorgeschlagen werden, je nach Resultat eine Weiterabklärung in einem geeigneten Schlaflabor. Auch seien Nachkontrollen der Schilddrüsenwerte und der Lipide indiziert (S. 38). Sollten sich spezifische, vor allem lumbal betonte Rückenschmerzen akzentuieren, wären entsprechende therapeutische oder auch diagnostische Massnahmen aus rheumatologischer Sicht indiziert. Aus infektiologischer Sicht seien weitere Antibiotikatherapien der früher durchgemachten Borreliose sicher nicht indiziert. Die Fieberschübe sollten in Zukunft dokumentiert werden, sie seien kein typisches Symptom der Borreliose. Auch sollten die Entzündungsparameter (CRP, BSR) während einer dokumentierten Fieberepisode bestimmt werden. Weitere medizinische Massnahmen könnten keine vorgeschlagen werden. Berufliche Massnahmen: Auf beruflicher Ebene wäre die rasche Reintegration in eine körperlich adaptierte Tätigkeit anzustreben. Bei fraglicher vorliegender Motivation könnten berufliche Massnahmen versuchsweise empfohlen werden, beinhaltend Einbindungsmassnahmen in eine adaptierte Tätigkeit.

6.31 Die RAD-Ärztin Dr. med. D.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 6. April 2017 (IV-Nr. 58) fest, im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens des Begutachtungsinstituts G.____ vom 12. Januar 2017 (Fachrichtungen Allgemeine Medizin und Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie und Infektiologie, vgl. E. II. 6.30 hiervor) sei bei dem 54-jährigen Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, sowohl in der angestammten Tätigkeit als Forstwart, als auch in jedweder Verweistätigkeit festgestellt worden.

6.32 Dr. med. N.____, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 20. September 2017 (IV-Nr. 71) zum polydisziplinären Gutachten des Begutachtungsinstituts G.____ vom 12. Januar 2017 (vgl. E. II. 6.30 hiervor) folgendes fest: Die Akten würden umfassend gewürdigt. Anamnese und Befunde seien sorgfältig erhoben worden. Die jeweiligen Beurteilungen der Gutachter und die Konsensbeurteilung seien schlüssig und nachvollziehbar. Allgemeininternistisch bestehe keine Erkrankung mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es werde jedoch besonders auf die Adipositas und die mangelnde körperliche Bewegung (anamnestisch passives Verhalten

mit minimaler Aktivität) hingewiesen und eine Ernährungsberatung und Steigerung der körperlichen Aktivität empfohlen. Der psychiatrische Gutachter könne keine psychiatrische Erkrankung feststellen. Die geklagte, in der Untersuchung aber nicht festgestellte Ermüdbarkeit sei nicht psychiatrisch erklärbar. Dr. med. K. ___ halte fest, dass sich der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig fühle, was angesichts der geschilderten und von Dr. med. K. ___ gut wiedergegebenen Aktivitäten schwer vorstellbar sei. Der Rheumatologe Dr. med. L. ___ beschränke sich auf die Frage der möglichen Auswirkungen einer Borreliose auf den Bewegungsapparat und zitiere den Internisten Dr. med. AG. ___, der 2013 und 2014 (trotz angegebenen Arthralgien) keinerlei pathologische Befunde am Bewegungsapparat habe feststellen können. Auch der Beschwerdeführer gebe auf die gezielte Befragung keine Arthralgien oder Gelenkschwellungen an. Die 2011 aufgetretenen Diskushernien L4/5 und L5/S1 mit Neurokompression L4/5/S1 hätten damals keine spezifischen therapeutischen Konsequenzen gehabt und der Beschwerdeführer habe nach mehrwöchiger Arbeitspause die Arbeit als Förster dann wieder aufgenommen. Jetzt habe der Beschwerdeführer keine Lumbal- und Beckengürtelbeschwerden mehr. Ganz im Vordergrund stehe die massive allgemeine Müdigkeit und Energielosigkeit, welche nicht rheumatologisch erklärbar seien. Eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit könne Dr. med. L. ___ aufgrund der detailliert erhobenen normalen Befunde am Bewegungsapparat nicht stellen. Insbesondere zeigten sich keine Hinweise auf Arthralgien oder Arthritiden, welche mit einer Borreliose in Verbindung gebracht werden könnten. Dr. med. M. ___ habe den Beschwerdeführer neurologisch beurteilt. Er stelle keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Das Erschöpfungssyndrom führe er auf die Hypertonie zurück. Eine Neuroborreliose schliesse er aus, wie dies schon 2013 die Neurologen Dr. med. AA. ___ und Dr. med. AI. ___ in einer ausführlichen Stellungnahme getan hätten. Auch weise Dr. med. M. ___ darauf hin, dass die regelmässige Teilnahme am Strassenverkehr, wie sie auch von den anderen Gutachtern beschrieben werde, eine wesentliche Tagesmüdigkeit ausschliesse. Die neuropsychologische Untersuchung sei vom Psychologen lic. phil. J. ___ durchgeführt worden. Die Untersuchung sei ausführlich, das Ergebnis normal bis auf die geteilte Aufmerksamkeit. Bei diesem Resultat handle es sich aber aufgrund der Tatsache, dass der Beschwerdeführer Auto fahre, vermutlich um einen Zufallsbefund. Aus der Verhaltensbeobachtung sei kein Hinweis auf eine Ermüdung während der Untersuchung ersichtlich, der Antrieb sei über die ganze Testdauer gegeben gewesen. Prof. Dr. med. I. ___ habe den Beschwerdeführer infektiologisch beurteilt. Aufgrund der fehlenden klinischen Symptome und normalem Liquorbefund schliesse er eine 1998, bzw. 2013 diagnostizierte Neuroborreliose, bzw. ein Disseminationsstadium 2, wie schon die Neurologen, aus. Die Borreliose müsse aufgrund der Serologie deutlich vor dem Herbst 1998 aufgetreten sein. Retrospektiv müsse angenommen werden, dass die Arbeitsunfähigkeit zu keinem Zeitpunkt durch die Borreliose verursacht worden sei. Zu den Stellungnahmen des Rechtsvertreters Altermatt vom 22. Mai und 31. August 2017 (IV-Nrn. 62, 69) führte Dr. med. N. ___ aus, die nichtärztlichen medizinischen Ausführungen des Rechtsvertreters zur Krankheit Borreliose und seine Beanstandungen und in Frage-Stellungen der fachärztlichen Gutachter entbehrten einer kompetenten medizinischen Argumentation. Die oben zitierten Teilgutachten zeigten, dass von allen Gutachtern sorgfältig und differenziert gearbeitet worden sei. Absolut überzeugend resultiere die Tatsache, dass die Borreliose aus fachärztlicher schulmedizinischer Sicht nie eine Arbeitsunfähigkeit begründet habe, da sie einerseits Monate vor 1998 aufgetreten sein müsse und 1998 die IgM schon nicht mehr nachweisbar gewesen seien, und andererseits

eine Neuroborreliose von immerhin vier Spezialisten, drei Neurologen und einem Infektiologen, widerlegt worden sei. Es sei darauf hingewiesen, dass Dr. med. AG.____, der vom Rechtsvertreter zitiert werde, Internist sei und weder neurologisch noch infektiologisch fachärztlich ausgebildet sei. Die Ermüdbarkeit, welche der Anwalt und der Beschwerdeführer als besonders einschränkend hervorgehoben hätten, sei ein sehr subjektiv gefärbtes Symptom. Auf die Ermüdung sei sehr wohl in allen Gutachten eingegangen worden. Sie werde in der Anamnese klar aufgenommen und in der Beurteilung in ihrer Bedeutung nachvollziehbar widerlegt. So werde der Widerspruch aufgezeigt, dass der Beschwerdeführer in sämtlichen Untersuchungen durchgehend präsent und ohne Ermüdungserscheinungen gewesen sei, auch in den erfahrungsgemäss lang dauernden neuropsychologischen Untersuchungen mit den vielen Testverfahren, und dass er regelmässig Auto fahre. Aus den vielen Untersuchungen im Gutachten und in den Akten ergebe sich keine mögliche Krankheitsursache der Ermüdung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Diskutiert werde vom neurologischen Gutachter die Hypertonie als Ursache, und vom Allgemeininternisten die Adipositas und mangelnde körperliche Bewegung. In der Tat liessen die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers den Schluss zu, dass er zweifelsohne dekonditioniert sei. Er bewege sich viel zu kurz und zu wenig, und dies seit Jahren und ohne fassbare Einschränkungen seitens des Bewegungsapparates. Sein Lebensstil sei ausgesprochen passiv. Dekonditionierung führe zu einem Ermüdungszustand, wie schulmedizinisch gelehrt werde, und sei überwindbar. Als Schlussfolgerung hielt Dr. med. N.____ fest, das Gutachten des Begutachtungsinstituts G.____ sei insgesamt schlüssig und nachvollziehbar. Die Stellungnahme des RAD vom 6. April 2017 (vgl. E. II. 6.31 hiervor) zur Arbeitsfähigkeit, die sich auf das Gutachten abstütze, behalte ihre Gültigkeit. 7. Da die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2017 (A.S. 1 f.) im Wesentlichen auf das Gutachten des Begutachtungsinstituts G.____ vom 12. Januar 2017 (vgl. E. II. 6.30 hiervor) abstützte, ist nachfolgend zu prüfen, ob dieses beweiswertig ist: 7.1 Das polydisziplinäre Gutachten von Dr. med. H.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Prof. Dr. med. I.____, FMH Infektiologie, lic. phil. J.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. L.____, FMH Rheumatologie, bei Dr. med. M.____, Facharzt für Neurologie, wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.2 hiervor) vollumfänglich gerecht: So beruht dieses auf den vollständigen Vorakten (IV-Nr. 52.1 S. 4 ff.), indem zum einen die vorbestehenden Akten in chronologischer Reihenfolge und zum anderen die nachträglich eingegangenen Akten aufgelistet werden. Anschliessend erfolgt ein Auszug aus den wichtigsten medizinischen Vordokumenten. Es kann daher bei den Experten von der Kenntnis der Anamnese ausgegangen werden. Im Weiteren führten die Gutachter in ihren jeweiligen Teilgutachten je eine umfassende Exploration des Beschwerdeführers durch (IV-Nr. 52.2 S. 7 ff., 15 ff., 21 ff., 27 f., 30, 33 f.), womit auch die subjektiv beklagten Beschwerden des Beschwerdeführers in die gutachterliche Beurteilung miteingeflossen sind. Das Gutachten basiert zudem auf umfassenden und allseitigen Untersuchungen. So wurden am 21. bzw. 22. November 2016 Laboruntersuchungen durchgeführt und der allgemeininternistische Status (IV-Nr. 52.2 S. 14, 35), der psychopathologische Befund nach AMDP (IV-Nr. 52.1 S. 17 f.) sowie der rheumatologische und neurologische Status erhoben (IV-Nr. 52.1 S. 23 f., 28) und diverse neuropsychologische Testverfahren durchgeführt (IV-Nr. 52.1 S. 30 ff.). Die ausführliche Beurteilung im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens orientierte sich zudem

inhaltlich an den durch das Bundesgericht entwickelten Indikatoren für die Beurteilung psychosomatischer Beschwerdebilder (BGE 141 V 281 E. 4 S. 296 ff.; IV-Nr. 52.1 S. 19 ff.). Somit hält das Gutachten, obschon der psychiatrische Gutachter keine entsprechende Diagnose feststellte, auch den Anforderungen der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteil 8C_841/2016 vom 30. November 2017 [publ. BGE 143 V 409]) stand. Ferner leuchten auch die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So ist der im allgemeininternistischen Status berechnete BMI von 34,8 kg/m² aufgrund der erhobenen Befunde mit einem Gewicht von 96 kg und einer Grösse von 166 cm nachvollziehbar und es leuchtet ein, wenn der Allgemeinmediziner Dr. med. H. ___ festhielt (IV-Nr. 52.1 S. 14 f.), dass aus allgemeininternistischer Sicht eine Adipositas imponiere. Aufgrund des in der klinischen Untersuchung gemessenen Blutdrucks von rechts 138/92 mmHg und links von 134/95 mmHg stellte der Internist zudem eine arterielle Hypertonie mit aktuell leicht erhöhten diastolischen Blutdruckwerten fest. Gestützt auf diese klinischen Befunde und die Laborwerte mit erhöhten Ferritin-, GPT-, Cholesterin und TSH-Werten (S. 14) vermag weiter einzuleuchten, dass als medizinische Massnahmen sowohl die Durchführung einer Ernährungs- und Stoffwechselberatung als auch einer vermehrten Aktivität empfohlen wurden (S. 15). Letzteres überzeugt, da der Beschwerdeführer im Rahmen der Exploration betreffend den Tagesablauf angab (S. 13), morgens die Haushaltsarbeiten und den Einkauf zu erledigen sowie einen Spaziergang von maximal circa 20 Minuten zu machen. Am Nachmittag gehe er regelmässig auf einen Spaziergang von 20 Minuten. Ansonsten unternehme er nichts. Wegen des gemessenen erhöhten Blutdrucks erscheint zudem schlüssig, wenn der internistische Gutachter das Erstellen eines 24-Stunden-Blutdruckprofils und anschliessend – je nach Ergebnis – die Anpassung der medikamentösen Behandlung empfahl (S. 15). Die im Rahmen der allgemeinmedizinischen Exploration durch den Beschwerdeführer beschriebene Energielosigkeit (S. 11) gab er auch gegenüber dem psychiatrischen Gutachter an, indem er von einer Müdigkeit und Kraftlosigkeit sprach (S. 15). Die Einschätzung des psychiatrischen Experten Dr. med. K. ___, wonach keine Diagnose mit oder ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gegeben sei (S. 19), ist aufgrund des erhobenen psychopathologischen Befunds nach AMDP nachvollziehbar. So wurde der Beschwerdeführer während des 60-minütigen Gesprächs u.a. als freundlich und kooperativ, bewusstseinsklar, zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert, ohne Konzentrationsschwierigkeiten, mit intakter Merkfähigkeit und intakten Gedächtnisfunktionen, nicht eingeengtem oder wahnhaftem Denken oder Wahnvorstellungen, ohne illusionäre Verkennungen, mit klarem Bezug zur Realität und zu seiner Person, und ohne Zwangsgedanken, Ängste, oder Phobien beschrieben. Demzufolge leuchtet auch ein, wenn der psychiatrische Experte darlegte, die immer wieder auftretenden Phasen von erhöhter Ermüdbarkeit und fehlender Energie könnten nicht durch eine psychiatrische Störung begründet werden (S. 18). Er diskutierte in diesem Zusammenhang sodann als einzig mögliche Diagnose eine Neurasthenie, welche er sodann in schlüssiger Weise verneinte, indem er ausführte, der Beschwerdeführer leide weder unter Schlafstörungen noch an Reizbarkeit und es seien ausser den Klagen über die gesteigerte Ermüdbarkeit keine Symptome einer Neurasthenie vorhanden. Da im Rahmen sowohl der rheumatologischen Untersuchung der LWS, BWS und HWS als auch des erhobenen neurologischen Status weitgehend unauffällige Befunde festgestellt werden konnten, sind die Beurteilungen sowohl des rheumatologischen als auch des neurologischen Experten Dres. med. L. ___ und M. ___ nachvollziehbar, wonach insgesamt altersentsprechende

Befunde bzw. ein «völlig regelrechter» neurologischer Zustand gegeben seien (S. 23 f., 29 Mitte). In Bezug auf die vom Beschwerdeführer beklagte Müdigkeit und Erschöpfung führte der neurologische Gutachter überzeugend aus, der Beschwerdeführer wirke relativ sthenisch und die Teilnahme am Strassenverkehr spreche zumindest gegen eine wesentliche Tagesmüdigkeit. Diese Einschätzung lässt sich aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers bei der Exploration verifizieren. So gab er an (S. 27 unten), den Führerschein zu besitzen und Auto zu fahren. In diesem Zusammenhang stellte der Neuropsychologe lic. phil. J.____ aufgrund seiner durchgeführten Testverfahren im Weiteren fest, die Aufmerksamkeitsfunktionen des Beschwerdeführers seien während der Untersuchungssituation unauffällig gewesen, so seien die selektive Aufmerksamkeit und die Interferenzstabilität erhalten. Lediglich im Rahmen der geteilten Aufmerksamkeit finde sich bei den Auslassungen ein unterdurchschnittliches Resultat (S. 32 unten). Diese gutachterliche Einschätzung überzeugt, da der Beschwerdeführer bei der TAP (Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung)-Untersuchung eine Fehlreaktion und sechs Auslassungen beging, was zu einer unterdurchschnittlichen Leistung führte (S. 31 oben). Der neuropsychologische Gutachter wertete dieses einzelne unterdurchschnittliche Resultat aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers, dass er Auto fahre, in nachvollziehbarer Weise als ein Zufallsergebnis (S. 33 oben). Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten und der durchgeführten Laboruntersuchungen vom 21. November 2016 (S. 35) verneinte Prof. Dr. med. I.____ das Vorliegen einer Neuroborreliose. Diese Beurteilung erscheint deshalb schlüssig, weil er anschliessend ausführte, in den damaligen Akten sei die Serologie einer *Borrelia burgdorferi* zwar positiv gewesen, aber es habe kein typisches Krankheitsbild vorgelegen. So habe der Beschwerdeführer keines der folgenden Krankheitsbilder gehabt: Hirnnervenparesen, sensomotorische Radikuloneuritis, Enzephalitis, Mononeuritis multiplex, Pseudotumor cerebri, Myelitis und zerebelläre Ataxie. Ausserdem habe sowohl damals als auch 2013 eine intrathekale Antikörperproduktion ausgeschlossen werden können (S. 35 unten). Damit kann dem Gutachten des Begutachtungsinstituts G.____ vom 12. Januar 2017 grundsätzlich Beweiswert zugesprochen werden.

7.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Berichte den grundsätzlich beweiswertigen Ausführungen und Diagnosestellungen im Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ vom 12. Januar 2017 (vgl. E. II. 6.30 hiervor) allenfalls entgegenstehen.

7.2.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. K.____ vom 21. November 2016 ist festzuhalten, dass sich in den medizinischen Vorakten weder Berichte von Psychiatern befinden noch eine längerdauernde psychiatrische Behandlung stattgefunden hat. Jedenfalls ist eine solche in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert und der Beschwerdeführer gab bei der Exploration zudem explizit an, nie in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein (IV-Nr. 52.1 S. 16). In diesem Sinn führte der psychiatrische Gutachter aus (IV-Nr. 52.1 S. 19), es seien in den vorliegenden Berichten keine Hinweise für eine psychiatrische Störung gemacht worden. Folglich wird der Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens durch die medizinischen Vorakten nicht geschmälert.

7.2.2 In Bezug auf das neuropsychologische Teilgutachten von lic. phil. J.____ vom 22. November 2016 finden sich in den vorliegenden medizinischen Akten ebenfalls keine Vorberichte. So wurde im entsprechenden Teilgutachten auch festgehalten, es seien keine vorbestehenden neuropsychologischen Untersuchungen bekannt (IV-Nr. 52.1 S. 33). Der Beweiswert des neuropsychologischen Teilgutachtens wird somit nicht beeinträchtigt.

7.2.3 Im neurologischen Teilgutachten vom 21. November 2016 ging Dr. med. M.____ auf die im

Bericht vom 1. Dezember 1998 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) festgestellte Verdachtsdiagnose einer «Neuroborreliose» ein und qualifizierte diese als fraglich. Damit steht die Beurteilung des neurologischen Gutachters nicht im Widerspruch zu den Feststellungen im Bericht vom 1. Dezember 1998. So konnte auch damals keine gesicherte Diagnose gestellt werden. Es wurde einzig von einem «Verdacht» auf eine Neuroborreliose ausgegangen. Die Ärzte hielten damals fest, es könne sich bei den beklagten Beschwerden des Beschwerdeführers «möglicherweise» um eine Borreliose handeln. In diesem Sinn wurde sodann auch im Rahmen des neurologischen Gutachtens vom 27. August 1999 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) festgehalten, die in der MRT des Neurocraniums gezeigten kleinen herdförmigen Signalalterationen periventrikulär um die Seitenventrikelhörner als auch im Marklager frontal links und der Zentralregion «könnten» mit einer Neuroborreliose vereinbar sein, wobei es sich differenzialdiagnostisch auch um eine abgelaufene Encephalitis handeln könnte. Die durch den Neurologen Dr. med. AA.____ eingeleiteten weiteren Abklärungen mittels MRI des Neurocraniums vom 1. März 2013 und der EEG-Untersuchung vom 20. März 2013 (vgl. E. II. 6.6 f. hiervor) brachten in Bezug auf die Verdachtsdiagnose einer Neuroborreliose ebenfalls keine weiteren Erkenntnisse. Dies stellte auch der neurologische Gutachter fest, indem er festhielt, die vom Neurologen Dr. med. AA.____ veranlasste Zusatzdiagnostik mittels EEG, MRI des Schädels und Liquor-Untersuchung sei regelrecht ausgefallen (IV-Nr. 52.1 S. 29), insbesondere der Liquor-Befund vom April 2013 habe keinen Anhalt für eine Neuroborreliose ergeben. Er führte weiter aus, seine eigene neurologische Untersuchung und auch diejenige von Dr. med. AA.____ hätten keinen verwertbaren pathologischen Befund ergeben. In Bezug auf den Bericht des Neurologen Dr. med. AA.____ vom 28. Februar 2013 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) ist im Weiteren festzuhalten, dass sich seine auf den vom Beschwerdeführer beschriebenen Bewusstseinsverlust vom 16. Februar 2013 unklarer Ätiologie bezogene Differenzialdiagnose einer Epilepsie aufgrund der in der Folge in die Wege geleiteten Untersuchungen nicht bestätigte. So wurde anlässlich der EEG-Untersuchung vom 20. März 2013 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) u.a. festgehalten, es gebe keinen Nachweis für epileptische Potenziale. Damit ist in Bezug auf den Bericht von Dr. med. AA.____ nicht von einer anderslautenden medizinischen Beurteilung der gesundheitlichen Situation auszugehen. In diesem Sinn hielt Dr. med. M.____ auch fest, es bestehe mit der Stellungnahme von Dr. med. AA.____ Übereinstimmung (IV-Nr. 52.1 S. 29 unten). Weiter führte er aus, der Sachverhalt sei vom Neurologen Dr. med. AI.____ in seiner ausführlichen Stellungnahme vom 21. Juli 2014 (vgl. E. II. 6.18 hiervor) eingehend und überzeugend diskutiert worden. Damit besteht in Bezug auf die neurologische Beurteilung von Dr. med. AI.____ ebenfalls Übereinstimmung. Dies leuchtet ein, da bereits Dr. med. AI.____ darlegte, dass die Laborkonstellation als Seronarbe nach durchgemachtem Kontakt mit dem Bakterium zu interpretieren sei, sich aber keine akute Erkrankung darstellen lasse und eine Neuroborreliose nicht vorliege. Er wies zudem darauf hin, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers vor dem Hintergrund der ebenfalls aktenkundig gemachten krankhaften Veränderungen (vermutlich vaskuläre Leukenzephalopathie bei einer langjährigen arteriellen unbehandelten Hypertonie sowie einer Hypercholesterinämie) gesehen werden müssten. Er führte die Klagen des Beschwerdeführers u.a. über Müdigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Borreliose zurück. Diese neurologische Einschätzung stimmt mit der Beurteilung von Dr. med. M.____ überein, wonach der Beschwerdeführer bei den Klagen über die Müdigkeit und Erschöpfung relativ sthenisch wirke und die angegebene weitere Teilnahme am Strassenverkehr zumindest gegen eine wesentliche Tagesmüdigkeit spreche (IV-Nr. 52.1

S. 29). Damit erweist sich die in den medizinischen Vorakten ausgewiesene Diagnose einer Neuroborreliose als nicht gesichert und auch die am 16. Februar 2013 erlittene Bewusstlosigkeit als nicht erklärbar. Folglich ist nachvollziehbar, dass der neurologische Gutachter diesbezüglich sowohl einen «anamnestisch fraglichen Verdacht auf eine Neuroborreliose (ICD-10 A69.8)» als auch einen «Zustand nach Synkope unklarer Ätiologie 2013 (ICD-10 R55)» diagnostizierte. Die medizinischen Vorakten vermögen den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens nicht einzuschränken. 7.2.4 Eingehend auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. L.____ vom 21. November 2016 (IV-Nr. 52.1 S. 21 ff.) ist festzuhalten, dass weder vorangehende rheumatologische Berichte verfasst worden sind noch entsprechende Untersuchungen stattgefunden haben. Dies hielt auch der rheumatologische Experte fest, indem er darauf hinwies, es sei offensichtlich zu keinem Zeitpunkt ein Spezialist des Bewegungsapparates involviert worden, dementsprechend könne diesbezüglich keine Diskussion erfolgen. Er ging sodann auf die Aussagen des Internisten Dr. med. AG.____ ein, der betreffend die ausgewiesene Diagnose einer Lyme-Borreliose II eine «Beteiligung des Bewegungsapparates» auswies (vgl. E. II. 6.12 ff. hiervor). Die ausgeprägten Allgemeinsymptome wurden sodann auch im Verlaufsbericht vom 10. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.22 hiervor) festgehalten, wobei dem Bericht aufgrund der am 10. Mai 2013 zuletzt vorgenommenen Untersuchung diesbezüglich keine weiteren Angaben zu entnehmen sind. Damit erweist sich dieser als nicht nachvollziehbar. Die Einschätzung einer Beteiligung des Bewegungsapparates sei gemäss dem rheumatologischen Gutachter schwierig nachvollziehbar (IV-Nr. 52.1 S. 26). Diese Einschätzung überzeugt, da der Gutachter weiter darlegte, Dr. med. AG.____ habe im Bericht vom März 2014 betreffend den Status festgehalten, alle Gelenke seien frei beweglich und es bestünden keine Hinweise für Synovitiden. Zudem habe er verschiedene allgemeine Beschwerden postuliert sowie v.a. eine ausgeprägte körperliche und geistige Erschöpfbarkeit, welche im Vordergrund stehe, sowie auch Arthralgien und Periarthralgien zahlreicher Gelenke ohne diese spezifischen «Arthralgien und Periarthralgien» in seinem Bericht näher zu thematisieren oder im Status detailliert zu beschreiben. Diesen gutachterlichen Ausführungen kann gefolgt werden. So stellte Dr. med. AG.____ im Bericht vom 23. Juli 2013 betreffend die ambulante Abklärung (vgl. E. II. 6.12 hiervor) fest, alle Gelenke seien frei beweglich ohne Hinweis für Synovitiden, alle Reflexe seien seitengleich lebhaft und es bestehe weder ein motorisches noch ein sensibles Defizit. Aufgrund dieser erhobenen Befunde kann nicht nachvollzogen werden, woraus die diagnostizierten «ausgeprägten Allgemeinsymptome» abgeleitet wurden. Der durch ihn weiter verfasste Bericht vom 25. März 2014 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) fiel ebenfalls äusserst knapp aus. Es ist zudem nicht ersichtlich, ob und wenn ja, welche Untersuchungen der Internist beim Beschwerdeführer durchführte, weshalb auch die festgestellten Arthralgien und Periarthralgien nicht nachvollzogen werden können. Es ist daher nicht auszuschliessen, dass diese Feststellungen einzig auf den subjektiven Beschreibungen des Beschwerdeführers basierten. Deshalb können die in den weiteren von Dr. med. AG.____ verfassten Berichten (vgl. z.B. E. II. 6.16, 6.21 hiervor) beschriebenen «Beteiligungen des Bewegungsapparates mit ausgeprägten Allgemeinsymptomen» bezogen auf eine Lyme-Borreliose Stadium II nicht nachvollzogen werden. Es kann weiter festgehalten werden, dass es sich bei Dr. med. AG.____ um einen auf das medizinische Fachgebiet der Inneren Medizin spezialisierten Facharzt handelt und daher seinen Ausführungen betreffend den rheumatologischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers kaum Beweiswert zukommt. Es kann der Schlussfolgerung von Dr. med. L.____ gefolgt werden, wonach die diskutierte Borreliose

weder früher noch aktuell je zu einer sogenannten sekundären reaktiven Arthritis als Spätfolge der postulierten Borreliose geführt habe (IV-Nr. 52.1 S. 26). In diesem Zusammenhang hielt Dr. med. L.____ in Bezug auf die anlässlich der am 12. Mai 2011 durchgeführte MRT der LWS (vgl. E. II. 6.3 hiervor) fest, rein unter Berücksichtigung der Aktenlage sei retrospektiv durchaus zu diskutieren, dass die in den letzten Jahren intermittierend aufgetretenen, v.a. lumbalen Beschwerden durchaus im Rahmen von passageren Diskopathien erklärt werden könnten, wie dies zuletzt radiomorphologisch im Mai 2011 in diesem Sinne habe festgestellt werden können (IV-Nr. 52.1 S. 25). Eine Assoziation dieser intermittierenden Lumbalgien zu der in den Akten postulierten Borreliose sei jedoch weder eindeutig anamnestisch noch aktuell klinisch in diesem Sinn zu bestätigen. Es ist daher nachvollziehbar, dass er die Diagnose einer «anamnestisch intermittierenden akuten lumbovertebralen Schmerzsyndroms (ICD-10 M54.5)» stellte, welcher keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zukomme. In Bezug auf den Bericht des Internisten pract. med. AF.____ vom 3. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.25 hiervor) stellte der rheumatologische Gutachter Dr. med. L.____ fest (IV-Nr. 52.1 S. 26), der Beschwerdeführer habe bei seinem Hausarzt über diffuse Muskel- und Gelenkschmerzen, Missempfindungen an Händen und Füßen, Schwindel, Konzentrationsprobleme, Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Fieberschübe, chronische Müdigkeit und Sehstörungen geklagt und der Hausarzt habe postuliert, dass der Beschwerdeführer über ständige Schmerzen am ganzen Körper klage. Diese Symptomatik könne aktuell in diesem Sinn weder anamnestisch noch klinisch bestätigt werden. So sei der Beschwerdeführer mehrfach gefragt worden, ob spezifische, regelmässig auftretende Arthralgien des Bewegungsapparates aufträten, was vom Beschwerdeführer ganz klar verneint worden sei. So beschrieb der Beschwerdeführer während der Exploration auf mehrfaches Befragen hin, rein bezogen auf den Bewegungsapparat, keine anhaltenden Arthralgien oder gar Gelenkschwellungen (IV-Nr. 52.1 S. 22 unten). Damit vermögen die Einschätzungen von pract. med. AF.____ die gutachterlichen Ausführungen und Beurteilungen des rheumatologischen Gutachters nicht zu schmälern. Betreffend die Berichte des AO.____ vom

E. 11

und 18. April 2016 (vgl. E. II. 6.23 f. hiervor) kann zunächst festgehalten werden, dass der Naturarzt AN.____ nicht über eine spezialärztliche Ausbildung verfügt und daher seinen Ausführungen im Bericht vom 11. April 2016 kaum medizinische Relevanz beizumessen ist. Denn diese basieren nicht auf fundierten medizinischen Befunden. So bezog sich der Naturarzt AN.____ bspw. bei den Befunden einzig auf die Diagnosestellung von Dr. med. AG.____, der die Diagnose einer Borreliose gestellt habe, und führte aus, dies könne alternativmedizinisch bestätigt werden. Diese Beurteilung beruht indes nicht auf einer fundierten Auseinandersetzung mit der Diagnose und vermag daher nicht einzuleuchten. Somit kann auch den attestierten Arbeitsunfähigkeiten des Naturarztes AN.____ nicht gefolgt werden. In Bezug auf den Bericht vom 18. April 2016, der sowohl vom Naturarzt AN.____ als auch von der Allgemeinärztin AP.____ verfasst wurde, hielt Dr. med. L.____ fest, Frau AP.____ bezeichne sich primär als sogenannte Atlastechnikerin, in zweiter Linie als Fachärztin für Allgemeine Medizin (IV-Nr. 52.1 S. 22) und verwies daher auf die infektiologische Diskussion von Prof. Dr. med. I.____ (vgl. E. II. 7.2.6 hiernach). Insgesamt vermögen die vorliegenden Berichte den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. L.____ nicht zu beeinträchtigen. 7.2.5 Der internistische Gutachter Dr. med. H.____ ging in seinem Teilgutachten vom 22. November 2016 (IV-Nr. 52.1 S. 11 ff.) einzig auf den Bericht des Hausarztes des Beschwerdeführers pract. med. AF.____ vom 3. Mai

2016 ein (vgl. E. II. 6.25 hiervor). Dieser stellte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Lyme-Borreliose, seit circa 1999 und ein Status nach Traktionstrauma der rechten Schulter, seit 21. April 2008 fest. Da pract. med. AF.____ auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisiert ist und es sich bei diesen Diagnosestellungen nicht um internistische Diagnosen handelt, vermag nicht einzuleuchten, weshalb er dem Beschwerdeführer vom 16. Februar 2013 bis 28. Februar 2015 eine 100%ige und ab 1. März 2015 bis laufend noch eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte. In diesem Sinn führte auch Dr. med. H.____ aus, es seien aus allgemeininternistischer Sicht keine Befunde oder Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt worden, was mit seiner eigenen Beurteilung übereinstimme (IV-Nr. 52.1 S. 15 Mitte). Diese Ausführungen überzeugen, da im rheumatologischen Teilgutachten zwar sowohl eine Adipositas (BMI 34,8 kg/m²) als auch eine arterielle Hypertonie mit aktuell leicht erhöhten diastolischen Blutdruckwerten ausgewiesen wurden, die jedoch mit geeigneten Massnahmen behandelt werden könnten und daher keine Arbeitsunfähigkeit begründeten (IV-Nr. 52.1 S. 15 oben). Die arterielle Hypertonie wurde im Übrigen auch bereits in den medizinischen Vorakten festgestellt (vgl. E. II. 6.6, 6.18, 6.20, 6.25 hiervor). Gleiches gilt betreffend die vom Gutachter aufgeführten Anhaltspunkte für eine Hypercholesterinämie (vgl. E. II. 6.18, 6.20 hiervor). Es ist in Bezug auf den Hausarzt des Beschwerdeführers, pract. med. AF.____ auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, wonach Hausärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 135 V351 E. 3a/cc S. 353; Urteile des Bundesgerichts 8C_180/2017 vom 21. Juni 2017 E. 4.4.2 m.w.H., 8C_603/2017 vom 20. März 2018 E. 3.3.2). Damit vermögen die Einschätzungen des behandelnden Hausarztes die beweismässigen gutachterlichen Beurteilungen nicht mindern. In Bezug auf die im Bericht der AL.____ vom 17. Juni 2015 (vgl. E. II. 6.20 hiervor) aufgrund der durchgeführten Ultraschalluntersuchung des Abdomens diagnostizierte «Leberzirrhose», welche vermutungsweise auf eine alkoholische Ätiologie zurückgeführt wurde, führte der internistische Gutachter aus, es fänden sich weder klinisch noch laborchemisch Hinweise auf das Vorliegen einer solchen (vgl. IV-Nr. 52.1 S. 15). Die bereits im Bericht vom Juni 2015 sowie in den zuvor verfassten Berichten vom 18. Februar 2013 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) und vom 21. Juli 2014 (vgl. E. II. 6.18 hiervor) festgestellte arterielle Hypertonie wurde im internistischen Teilgutachten bestätigt und ausgeführt, diese könne mit geeigneten Massnahmen behandelt werden. Damit wird der grundsätzliche Beweiswert des internistischen Teilgutachtens von Dr. med. H.____ durch die Vorakten nicht beeinträchtigt.

7.2.6 Betreffend das infektiologische Teilgutachten vom 21. November 2016 ging Prof. Dr. med. I.____ auf die in den Vorakten diagnostizierte «Neuroborreliose Stadium II» ein (IV-Nr. 52.1 S. 35 f.). Dabei hielt er fest, diese Diagnose sei aus den damaligen Akten nicht nachvollziehbar, da zwar die *Borrelia burgdorferi* Serologie positiv gewesen sei, aber kein typisches Krankheitsbild vorgelegen habe. Diesbezüglich ist – wie bereits in E. II. 7.2.3 hiervor ausgeführt – dem Bericht des Spitals R.____ vom 1. Dezember 1998 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) zu entnehmen, dass während der Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 9. bis 17. November 1998 einzig die «Verdachtsdiagnose» auf eine Neuroborreliose Stadium II gestellt worden ist. Die Ärzte hielten zudem explizit fest, dass es sich aufgrund der Anamnese, der klinischen Untersuchung und der Zusatzuntersuchungen (entzündlicher Liquor, positive Borrelien-Serologie, negative PCR für Borrelien und fehlenden Borrelien-AK im Liquor) «möglicherweise» um eine Neuroborreliose handle. Aus diesen Formulierungen geht hervor, dass die Ärzte bereits gewisse Vorbehalte gegenüber dieser

Diagnosestellung äusserten. Es kommt hinzu, dass der infektiologische Gutachter weiter darlegte (IV-Nr. 52.1 S. 35), als Disseminationsstadium 2 würden folgende neurologische Krankheitsbilder klassiert: Hirnnervenparesen, sensomotorische Radikuloneuritis, Enzephalitis, Mononeuritis multiplex, Pseudotumor cerebri, Myelitis und zerebelläre Ataxie, wobei der Beschwerdeführer weder damals noch später solche Krankheitsbilder gehabt habe. Diese gutachterlichen Ausführungen lassen sich aufgrund der im Bericht vom 1. Dezember 1998 (vgl. E. II. 6.1 hiavor) beschriebenen Symptome verifizieren. So konnten damals weder ein Infektionsherd noch ein auffälliger neurologischer Status festgestellt werden. Auch die durchgeführten bildgebenden Verfahren brachten hierzu keine eindeutige Diagnose hervor: So hielten die Ärzte aufgrund der im durchgeführten MRI-Verfahren festgestellten periventrikulären Signalanhebung fest, diese «könnte» zu einer Borreliose «passen» (vgl. E. II. 6.1 hiavor) und im Rahmen des EEG seien keine Herdbefunde oder Indizien für eine cerebrale Übererregbarkeit vorhanden. Entsprechende Befunde wurden sodann auch anlässlich des am 20. März 2013 (vgl. E. II. 6.8 hiavor) durchgeführten EEG bestätigt. Prof. Dr. med. I.____ führte weiter aus, dass eine intrathekale Antikörperproduktion sowohl damals als auch 2013 habe ausgeschlossen werden können (IV-Nr. 52.1 S. 35). Er hielt zudem dafür, dass der Beschwerdeführer zu irgendeinem Zeitpunkt vor 1998 eine Borrelieninfektion erlitten habe, dies aber deutlich vor dem Herbst 1998 gewesen sein müsse, da die IgM schon damals negativ gewesen seien und diese typischerweise lange persistierten. Diese Ausführungen lassen sich bestätigen, da im Rahmen des Berichts vom 1. Dezember 1998 Zusatzuntersuchungen stattfanden und bei der Untersuchung der durchgeführten ZNS-Infekte im Serum u.a. eine negative IgM festgestellt wurde (IV-Nr. 52.2 S. 10). Prof. Dr. med. I.____ hielt fest, alternative Infekte, die mit unspezifischen Symptomen wie Leistungsknick, Müdigkeit und Arthralgien einhergehen könnten, hätten serologisch ausgeschlossen werden können (IV-Nr. 52.1 S. 36). Dies überzeugt, da bei den Laboruntersuchungen vom 21. November 2013 (IV-Nr. 52.1 S. 35) eine chronische Hepatitis B, Hepatitis C oder eine HIV-Infektion ausgeschlossen wurden (IV-Nr. 52.1 S. 35). Der in diesem Zusammenhang im Bericht vom 29. November 2012 (vgl. E. II. 6.4 hiavor) erstmals dokumentierte Status nach Glaukomanfall unklarer Ätiologie wurde im Bericht vom 19. April 2013 bestätigt (vgl. E. II. 6.9 hiavor), wobei von einem Status nach «zweifachem» Glaukomanfall unklarer Ätiologie ausgegangen wurde. Die Augenärztin Dr. med. AH.____ sprach im Bericht vom 21. Mai 2014 (vgl. E. II. 6.17 hiavor) sodann von «rezidivierenden» Augendrucksteigerungen unklarer Ätiologie, DD im Rahmen der Borreliose, maligner Ziliarkörperblock». Prof. Dr. med. I.____ ging in seinem infektiologischen Teilgutachten darauf ein und hielt fest, die Ende 2012 durch den Beschwerdeführer erstmals beklagten Augensymptome in Form von unscharfem (milchigem) Sehen und «Mouches volantes» sowie des damals diagnostizierten Glaukoms über 30 mm seien nicht mit einer Lyme-Borreliose erklärbar. Diese Ausführung leuchtet ein, da der Gutachter anschliessend darlegte, es seien folgende okuläre Manifestationen der Borreliose bekannt: Konjunktivitis, Iritis, Chorioiditis, retinale Hämorrhagie und Augenmuskelparesen. Keines dieser Krankheitsbilder habe der Beschwerdeführer gehabt. In der Datenbank «Medline» sei kein einziger Fall eines Glaukoms bei okulärer Borreliose beschrieben. Aufgrund dieser Ausführungen überzeugt es, wenn der Gutachter zusammenfassend festhielt, die Augensymptome des Beschwerdeführers hätten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit keinen Zusammenhang mit der früher durchgemachten Borreliose. In Bezug auf die Ausführungen der Allgemeinärztin AP.____ im Bericht vom 19. April 2016 (vgl. E. II. 6.24 hiavor) bezüglich der Lyme-Borreliose

kann festgehalten werden, dass diese Einschätzungen im Wesentlichen auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers basierten und keine substantiierte Auseinandersetzung mit der Krankheit stattfand. So subsumierte Frau AP.____ die beklagten Beschwerden aufgrund von «internationalen Standards in der Borreliosen-Diagnostik» unter diese Krankheit. Da es sich bei der Allgemeinärztin AP.____ indes nicht um eine auf das medizinische Fachgebiet der Infektiologie spezialisierte Ärztin handelt, kommt ihren Ausführungen kaum Beweiswert zu. Zudem vermag ihre Argumentation, wonach aufgrund der vielfachen Untersuchungen, in deren Rahmen sich weder andere Befunde noch Diagnosen ergeben hätten und demnach die Diagnose einer Borreliose die richtige sei, nicht zu überzeugen. Es handelt sich dabei nicht um eine medizinisch fundiert hergeleitete Einschätzung. Somit vermögen die medizinischen Vorakten die Ausführungen und Diagnosestellungen des Infektiologen Prof. Dr. med. I.____ nicht in Frage zu stellen.

7.3 Nachfolgend ist auf die gegen den Beweiswert des Gutachtens der G.____ gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen: Er stellt sich in allgemeiner Weise auf den Standpunkt (A.S. 7), das Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ gehe auf viele der Beschwerden des Beschwerdeführers gar nicht ein und begnüge sich teilweise mit der Begründung, dass diese medizinisch nicht objektivierbar seien. Dazu kann festgehalten werden, dass die Gutachter die subjektiv beklagten Beschwerden des Beschwerdeführers in ihre Beurteilungen und gutachterlichen Einschätzungen miteinbezogen haben (vgl. E. II. 7.1 hiervor). Da der Beschwerdeführer nicht konkret vorbringt, welche Beschwerden er meint, ist darauf auch nicht weiter einzugehen. Es bleibt darauf hinzuweisen, dass die Gutachter die durch den Beschwerdeführer beklagte Energielosigkeit, Müdigkeit und Erschöpfung in ihren Teilgutachten miteinbezogen und somit entsprechend gewürdigt haben. Diesbezüglich kann auf die Stellungnahme von Dr. med. N.____, RAD, vom 20. September 2017 (vgl. E. II. 6.32 hiervor) verwiesen werden. Im Weiteren ist diesbezüglich darauf hinzuweisen, dass im psychiatrischen Teilgutachten – wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 6.1 hiervor) – auch die Indikatoren für die Beurteilung psychosomatischer Beschwerdebilder (BGE 141 V 281 E. 4 S. 296 ff.) geprüft wurden, obschon dazu keine entsprechende Diagnose gestellt wurde. Somit führten die Gutachter sämtliche erforderlichen Abklärungen durch, die erforderlich scheinen, um den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers umfassend abzuklären. Die Gutachter beurteilten zudem die Tatsache, dass der Beschwerdeführer in seinen subjektiven Beschwerden durch die behandelnden Ärzte (Dr. med. AG.____ und AO.____) mit falschen Diagnosen und inadäquaten, nicht angezeigten wirkungslosen Massnahmen – Dr. med. L.____ erwähnt etwa das Therapiekonzept nach «Kaquin» (IV-Nr. 52.1 S. 22) – unterstützt werde, als ungünstig (IV-Nr. 52.1 S. 38). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die durch den Beschwerdeführer beklagten Schmerzen keine somatische Erklärung haben.

7.4 Zusammenfassend vermögen die übrigen medizinischen Akten den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle G.____ vom 12. Januar 2017 nicht zu schmälern. Diesem ist der volle Beweiswert zuzusprechen. Dies hielt auch bereits der RAD-Arzt Dr. med. N.____ in seiner Stellungnahme vom 20. September 2017 fest (vgl. E. II. 6.32 hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat somit in ihrer Verfügung vom 31. Oktober 2017 (A.S. 2 ff.) zu Recht auf dieses polydisziplinäre Gutachten abgestellt. Es ist daher in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von den Einschätzungen in diesem Gutachten auszugehen: Damit besteht beim Beschwerdeführer mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der aktuellen gutachterlichen Untersuchungen aus polydisziplinärer Sicht keine Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit (vgl. E. II. 6.30 hiervor). Dies sowohl in seiner angestammten Tätigkeit als Forstwart als auch in jedweder Verweistätigkeit (vgl. E. II. 6.31 hiervor). Der

Beschwerdeführer lässt diesbezüglich vorbringen, die Schlussfolgerungen des Gutachtens der Begutachtungsstelle G.____ seien mit Blick auf seinen Gesundheitszustand schlicht und einfach unhaltbar und absolut unverständlich (A.S. 6). Diese Ausführungen werden indes weder durch medizinische Berichte bzw. Befund-erhebungen gestützt noch setzt sich der Beschwerdeführer mit diesen substantiiert auseinander. Er lässt in diesem Zusammenhang einzig vorbringen, er sei aufgrund seiner Erkrankung nur noch in der Lage, während eines kurzen Zeitraums von 15 bis 20 Minuten zu gehen, dann sei er erschöpft und verspüre einen Druck in beiden Füßen, er leide unter Muskelkater, Muskelkrämpfen und Kraftlosigkeit, Gleichgewichts- und Konzentrationsstörungen und Schwindelanfällen. Zudem sei seine Feinmotorik beeinträchtigt, so könne er z.B. einen Bleistift, Besteck oder eine Tasse während maximal 5 Minuten halten, dann trete ein Zittern der Hand ein. Da der Beschwerdeführer diese Beschwerden bereits im Rahmen der gutachterlichen Explorations des Begutachtungsinstituts G.____ vorbrachte, flossen diese in die gutachterliche Beurteilung mit ein. So beklagte er bspw. gegenüber dem Allgemeinmediziner Dr. med. H.____ (IV-Nr. 52.1 S. 11 f.) die Energielosigkeit und eingeschränkte Leistungsfähigkeit und führte aus, er könne maximal 15 bis 20 Minuten Gehen / Laufen, dann sei er erschöpft und verspüre einen Druck in beiden Füßen. Er leide zudem unter Muskelkater und Muskelkrämpfen, sporadisch auftretendem Schwindel, Gelenk-, Muskelschmerzen ohne das Auftreten von Schwellungen. Die Feinmotorik sei ebenfalls beeinträchtigt, so könne er einen Bleistift maximal 5 Minuten ruhig heben, wie auch einen Löffel oder eine Tasse am Henkel, anschliessend trete ein Tremor auf. In Bezug auf die Ermüdbarkeit hielt der RAD-Arzt Dr. med. N.____ in seiner Stellungnahme vom 20. September 2017 (vgl. E. II. 6.32 hiervor) fest, die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers und vom Beschwerdeführer als besonders einschränkend hervorgehobene Ermüdbarkeit sei ein sehr subjektiv gefärbtes Symptom und wies darauf hin, dass darauf in allen Gutachten eingegangen worden sei. Diese Ausführungen sind korrekt. So hielt der neurologische Gutachter z.B. fest (IV-Nr. 52.1 S. 32), die Merkfähigkeit des Beschwerdeführers sei nicht beeinträchtigt und die Aufmerksamkeitsfunktionen seien während der Untersuchungssituation unauffällig gewesen. Somit vermag der Beschwerdeführer aus diesem Vorbringen nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. 8. Da der Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit 100% arbeitsfähig ist (vgl. E. II. 7.4 hiervor), erübrigt sich ein Einkommensvergleich. Da es somit an einem (auch nur drohenden) invalidisierenden Gesundheitsschaden fehlt, besteht auch kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (vgl. E. II. 3.3 hiervor). 9. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 10. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 7 hiervor). 10.1 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Rechtsanwalt Daniel Altermatt hat am 19. April 2018 (A.S. 34 ff.) eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 1'343.40 geltend macht. Dabei werden ein Aufwand von 5,42 Stunden (2017: 4,83 Stunden und 2018: 0,59 Stunden) und Auslagen von CHF 51.50 (2017: CHF 16.00 und 2018: CHF 35.50) ausgewiesen. Dies erscheint in Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeiten des Prozesses angemessen. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. Damit ergibt sich eine Entschädigung von CHF 1'108.80 (5,42 Stunden x

CHF 180.00 = CHF 975.60 zuzügl. Auslagen von CHF 51.50 und einer MwSt von CHF 81.70 [8 % auf CHF 883.60 {= 4,82 Std. x CHF 180.00 + CHF 16.00} = CHF 70.70 + 7,7 % auf CHF 640.00 [8 % auf CHF 141.70 {= 0,59 Std. x CHF 180.00 + CHF 35.50} = CHF 11.00), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). 10.2 Vorbehalten bleibt auch der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes von CHF 234.10, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier von dem in der Kostennote geltend gemachten Stundenansatz von CHF 220.00 auszugehen ist. 10.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn 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.