

# **SO\_GERICHTE VSBES.2019.10 vom 30. November 2018**

SO Obergericht, 2018-11-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.10](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.10)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.10 du 30 novembre 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.10 del 30 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 2**

2.1 Im Juni 2001 meldete sich der Beschwerdeführer erneut für berufliche Massnahmen an (IV-Nr. 3). Der Neuanmeldung wurde ein Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_, Oberarzt Spital C.\_\_\_\_, Rheumaklinik, vom 29. Juni 2001 (IV-Nr. 5) beigelegt. Diagnostiziert wurden darin ein lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit Diskusprotrusion L4/L5, eine Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung sowie muskuläre Insuffizienz und Dekonditioning-Syndrom, sowie eine Symptomausweitung mit sich Abzeichnen einer chronischen Schmerzverarbeitungsstörung mit Halbseitenhypästhesie links. 2.2 Die Beschwerdegegnerin tätigte medizinische Abklärungen und liess den Beschwerdeführer durch die Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_, polydisziplinär (Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie) begutachten (Gutachten vom 19. September 2003; IV-Nr. 28). 2.3 Mit Verfügung vom 30. Januar 2004 (IV-Nr. 31) wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente mit der Begründung ab, dass dem Beschwerdeführer körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten weiterhin ganztätig und ohne Leistungseinschränkung zumutbar seien. Eine dagegen erhobene Einsprache (IV-Nr. 32) wurde vom Beschwerdeführer zurückgezogen (IV-Nr. 41). Mit Einspracheentscheid vom 7. April 2004 schrieb die Beschwerdegegnerin das Einspracheverfahren als durch Rückzug erledigt von der Kontrolle ab (IV-Nr. 43). 2.4 Mit Verfügung vom 1. Juli 2004 (IV-Nr. 45) wies die Beschwerdegegnerin auch den Anspruch des Beschwerdeführers auf Arbeitsvermittlung ab. Eine dagegen erhobene Einsprache wurde mit Einspracheentscheid vom 21. Oktober 2004 (IV-Nr. 54) abgewiesen.

### **E. 3**

3.1 Am 18. Januar 2013 meldete sich der Beschwerdeführer zur Früherfassung an (IV-Nr. 58). Am 6. Februar 2013 (recte: 2014) erfolgte eine Neuanmeldung (IV-Nr. 64). 3.2 Die Beschwerdegegnerin trat mit Verfügung vom 2. April 2014 auf das neue Leistungsbegehren mit der Begründung nicht ein, es sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen (IV-Nr. 68).

### **E. 4**

4.1 Der massgebende Sachverhalt betrifft die Verneinung des Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 30. November 2018, weshalb die ab 1. Januar 2012 geltende Rechtslage zu berücksichtigen ist.

#### **E. 4.2**

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss

Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

### **E. 4.3**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86 ter -88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

4.4 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanmeldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C\_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). Analog zur erstmaligen Anspruchsbeurteilung sind zudem allfällige anspruchswirksame Veränderungen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (vgl. BGE 129 V 222).

## E. 5

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

5.2 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 (Beweismassnahmen) 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).

5.3 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. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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. 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).

## E. 6

6.1 Der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers wird durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung (rechtskräftige Verfügung vom 30. Januar 2004 [IV-Nr. 31]) und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung vom 30. November 2018 (IV-Nr. 133; A.S. 1 ff.) bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen).

6.2 Im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung (Verfügung vom 30. Januar 2004) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre (internistische, rheumatologische und psychiatrische) Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vom 19. September 2003 (IV-Nr. 28). Darin stellten die Gutachter folgende Diagnosen:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

chronisches Schmerzsyndrom mit aktuell thorakal betontem Panvertebralsyndrom (ICD-10 M53.8) mit/bei Diskusprotrusion L4/5, Wirbelsäulenfehlform, Fehlhaltung und muskulärer Insuffizienz sowie muskulärer Dysbalance vom Schulter- und Beckengürteltyp sowie massiver Schmerzfehlerverarbeitung

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

In der Gesamtbeurteilung wurde festgehalten, beim Exploranden könne aus rheumatologischer Sicht ein aktuell thorakal-betontes Panvertebralsyndrom festgestellt werden im Rahmen eines allgemeinen, chronischen Schmerzsyndroms. In den letzten Jahren habe er eine zunehmende Schmerzausweitung entwickelt. Aktuell sei kein Hinweis auf das Vorliegen eines radikulären Geschehens ersichtlich, sowohl zervikal als auch lumbal. Ebenso fänden sich keine Anhaltspunkte, klinisch wie auch radiologisch und laborchemisch, für das Vorliegen einer entzündlich-rheumatologischen Grundkrankheit. Objektivieren liessen sich eine Wirbelsäulenfehlform und eine Fehlhaltung bei ausgesprochener muskulärer Insuffizienz und allgemeiner muskulärer Dekonditionierung bei einem untergewichtigen bis anorektischen Versicherten. Ebenfalls objektivierbar sei das inadäquate Schmerzverhalten mit positiv geprüften Waddellzeichen als Beweis der vorliegenden funktionellen Überlagerung. Aufgrund der objektivierbaren Befunde im Rahmen der Wirbelsäulenfehlform, der allgemeinen muskulären Dekonditionierung und der muskulären Dysbalance sei dem Exploranden eine körperlich schwer belastende Tätigkeit, wie diejenige als Bauarbeiter oder diejenige im Rotorenbau, nicht mehr zumutbar. Eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei aus rheumatologischer Sicht ohne Einschränkung, auch ohne jegliche Leistungseinschränkung, ganztägig zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht könne keine affektive Störung im Sinne einer Depression festgestellt werden. Auch reichten die Kriterien nicht aus, um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren. Aus psychiatrischer Sicht seien jegliche den allfälligen körperlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeiten ganztägig ohne Leistungseinschränkung zumutbar.

6.3 Zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung (Verfügung vom 30. November 2018; IV-Nr. 133, A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

6.3.1 Dem provisorischen Austrittsbericht des Spitals [...], interdisziplinäre Notfallstation Chirurgie, vom 18. Juni 2015 (IV-Nr. 82.71) ist zu entnehmen, dass sich der

Beschwerdeführer am 16. Juni 2015 in Begleitung eines Kollegen notfallmässig bei Kopf- und Nackenschmerzen vorgestellt habe. Er habe berichtet, ihm sei bei der Arbeit eine ca. 2 kg schwere Schraube auf den Hinterkopf gefallen, wobei er einen Helm getragen habe. Er sei kurz bewusstlos gewesen, eine retrograde Amnesie habe nicht bestanden. Aktuell gebe er Schwindel und Übelkeit sowie «müde Augen» an. Erbrechen und Hör-/Sehstörungen seien verneint worden. Die Schmerzen seien occipital sowie im oberen Bereich der HWS lokalisiert und strahlten nicht aus. In der Folge sei während 24 Stunden eine neurologische Überwachung auf der Intensivpflegestation veranlasst worden. Diese sei im Verlauf unauffällig gewesen mit einem Glasgow Coma Score (GCS) von konstant 15. Die klinischen Beschwerden seien unter analgetischer Therapie regredient gewesen. Aufgrund von persistierendem Drehschwindel und Kopfschmerzen sei ein CT des Neurocraniums und der HWS durchgeführt worden. Dieses habe eine Diskushernie zwischen HWK 3-4 aufgewiesen. Eine intrakranielle Blutung oder Fraktur habe ausgeschlossen werden können. Nach unauffälliger Überwachung habe der Patient am 18. Juni 2015 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können.

Die Röntgenuntersuchung vom 16. Juni 2015 (HWS ap/lateral, Dens ap) ergab keine Fraktur oder Subluxation der HWS (IV-Nr. 82.48). Die CT-Untersuchung des Neurocraniums vom 18. Juni 2015 blieb unauffällig, jene der HWS nativ ergab eine linkslaterale Diskushernie im Segment HWK 4/5 mit foraminale und recessale Impression bzw. Affektion der C5-, C6- und C7-Nervenwurzel links (IV-Nr. 82.49).

6.3.2 Am 9. November 2015 wurde der Beschwerdeführer im I.\_\_\_\_ operiert (ventrale Dekompression, Diskektomie sowie Einlage eines Pina Cage C4/5). Die Indikation sei aufgrund persistierender Nackenschmerzen sowie Schultergürtel- und Armschmerzen auf der linken Seite gestellt worden (IV-Nr. 82.24). Laut Austrittsbericht vom 13. November 2015 (IV-Nr. 82.15) zeigte eine radiologische Kontrolle nach Mobilisation eine regelrechte Lage des eingebrachten Materials. Der Beschwerdeführer sei in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden.

6.3.3 Eine CT-Untersuchung der HWS vom 1. März 2016 zeigte, dass sich die Pina-Cage-Einlage um ca. 5 mm nach ventral verschoben hatte. Bei durch den Beschwerdeführer angegebenen Cervikalgien und Schluckbeschwerden wurde die Indikation zur Reoperation gestellt (Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_, Spital, Spinale Chirurgie, vom 1. März 2016, IV-Nr. 82.6 S. 2 f.). Diese wurde am 4. April 2016 durchgeführt (ventrale Revision und Neuanlage eines Pina-Cages unter zusätzlicher ventraler Plattenverriegelung; Operationsbericht vom 4. April 2016, IV-Nr. 83 S. 7 f.). Laut Austrittsbericht vom 9. April 2016 (IV-Nr. 83 S. 5 f.) waren die Schmerzen an Hals und Schultergürtel in der Folge leicht regredient, die Schluckbeschwerden komplett regredient und die Sensibilitätsstörung und die muskuläre Schwäche unverändert. Das postoperative Röntgenbild zeigte eine regelrechte Cage-Lage. Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für drei Monate attestiert.

6.3.4 Gemäss Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 29. August 2016 über eine Sprechstunde vom 16. August 2016 (IV-Nr. 85 S. 10 f.) zeigte ein MRI der HWS als neuen Befund eine breitbasige Bandscheibenprotrusion C5/6 mit Ausprägung einer absoluten zervikalen Spinalkanalstenosierung, jedoch keinen Hinweis auf eine Myelopathie.

Gemäss der MRI-Untersuchung vom 16. August 2016 (IV-Nr. 87.3) zeigte sich auf Höhe HWK 4/5 eine nach der Reoperation regrediente, jedoch im unteren Anteil noch

vorhandene präforaminale Einengung der C5-Wurzeln links im Rahmen einer Uncovertebralarthrose, auf HWK 5/6 eine breitbasige Bandscheibenprotrusion und Uncovertebralarthrose mit konstanter bis allenfalls leicht zunehmender präforaminaler Einengung der C6-Wurzeln beidseits linksbetont.

6.3.5 Dr. med. J. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 8. September 2016 (IV-Nr. 87.6) die Diagnosen eines Status nach Revisionsoperation ACDF C4/5 von links, einer chronischen Zervikalgie mit Affektion der paravertebralen Muskulatur sowie generalisierte Rückenschmerzen bei deutlicher Parästhesie bei Berührungsreizen fest. Zum Befund hielt er fest, klinisch präsentiere sich der Patient weitestgehend unverändert zur Voruntersuchung. Nach wie vor führend sei eine chronische Nackenschmerzproblematik mit erheblicher Einschränkung der HWS-Beweglichkeit, Hypertonisierung der paravertebralen Muskulatur und zeitweise Schmerzausstrahlung in die Schulterregion bds.. Zur Röntgenuntersuchung der HWS im Stehen in zwei Ebenen inkl. Funktionsaufnahmen vom 30. August 2016 wurde Folgendes festgehalten: es zeige sich eine unveränderte Einlage des Osteosynthesematerials, eine gute knöcherne Konsolidierung des Segmentes C4/5 und knöcherne Überbauung desselben. Vor allem im Anschlusssegment nach kaudal bestehe kein Hinweis auf eine Instabilität oder ein Shifting der Wirbelkörper zueinander, trotz initialer Degeneration des Bandscheibensegmentes.

Zur Beurteilung wurde dargelegt, die Beübung der HWS werde nun freigegeben, es bestehe keine Einschränkung der Belastung in diesem Bereich. Diesbezüglich werde die Fortsetzung der aktuell laufenden physiotherapeutischen Behandlung mit dem Ziel der Muskeldetonisierung im HWS-Bereich sowie der Steigerung der HWS-Beweglichkeit empfohlen. Der Patient sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Langfristig stehe die Rückkehr in seinen ausgeübten Beruf als Bauarbeiter sehr in Frage.

6.3.6 Im Arztbericht von med. pract. K. \_\_\_ vom 17. September 2016 (IV-Nr. 85 S. 5 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Im Weiteren führte er aus, trotz der angegebenen Beschwerden gehe es dem Patienten im Moment gut. Die Nacken- und Schulterschmerzen seien erträglich. Klinisch-neurologisch habe der Patient keine Ausfälle. Die HWS-Beweglichkeit sei zu einem Drittel eingeschränkt, die Schulterbeweglichkeit sei beidseits frei. Der Patient stehe weiter unter Analgesie, die Physiotherapie sei fortzuführen. Die Prognose sei eher günstig. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem 16. Juni 2015 100 % bis auf weiteres.

6.3.7 Am 31. Januar 2017 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. L. \_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, untersucht (IV-Nr. 104.3 S. 12 ff.). Dieser führte in seinem Bericht vom 1. Februar 2017 aus, im MRI der HWS vom 24. Januar 2017 (IV-Nr. 104.3 S. 15) erkenne man einen Status nach ventraler Spondylodese HWK4/5 und eine Diskusprotrusion C5/6, mit auf der axialen Aufnahme Aufhebung des Subarachnoidalraums ohne Myelopathie-Signal. Die Vorgeschichte sei aktenmässig nicht weiter dokumentiert, soweit rekonstruierbar habe am 16. Juni 2015 ein Unfall mit offenbar traumatischer Diskusherniation C4/5 links stattgefunden, mit Erstoperation im November 2015 und dann Stabilisierung im April 2016. Es persistierten Nackenschmerzen mit einer Ausstrahlung in den linken Arm, wobei ein MRI der HWS vom 24. Januar 2017 nun bei C5/6 eine grössere mediane Protrusion mit Kontakt zum Myelon zeige, mit Aufhebung des Subarachnoidalraums und gemäss Angaben des zuweisenden Arztes Dr. med. J. \_\_\_ auch bilateral foraminaler Einengung. Von der Anamnese her mit der Schmerzausstrahlung in

den linken Arm bis zu den kleinen Fingern wäre eine radikuläre Reizsymptomatik der Wurzel C8 denkbar. Das radikuläre Provokationsmanöver sei jedoch negativ. Eine zuverlässige Kraftprüfung sei schmerzbedingt schwierig, soweit beurteilbar fehlten aber Paresen. Die Sensibilität gebe der Patient am Oberarm aussen und am Vorderarm ulnar als vermindert an, wobei myographisch im Deltoideus (C5) und im Interosseus dorsalis I (C8) keine axonalen Schädigungszeichen nachweisbar seien. Wegen ausgeprägter Schmerzhaftigkeit habe die myographische Untersuchung abgebrochen werden müssen. Der gut auslösbare BSR schliesse aber eine relevantere Radikulopathie von C6 links eigentlich aus. Zusammengefasst sei die Ausstrahlung in den linken Arm zum aktuellen Zeitpunkt als «pseudoradikulär» zu werten. Es ergäben sich klinisch auch keine Hinweise auf das Vorliegen einer Myelopathie.

6.3.8 Die Beschwerdegegnerin gab bei der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie) in Auftrag. Dieses wurde am 11. Oktober 2017 von Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie, Dr. med. O.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstattet (IV-Nr. 104.1).

6.3.8.1 Im allgemein-internistischen Teil wurde festgehalten, es habe sich keine Erkrankung aus diesem Fachgebiet ergeben (IV-Nr. 104.1 S. 66 f.).

6.3.8.2 Im psychiatrischen Teil wurden folgende Befunde erhoben: Es bestünden keine Auffälligkeiten hinsichtlich Affektivität, keine Störungen der Persönlichkeit, jedoch möglicherweise eine leicht vermeidende Persönlichkeit. Die Willenskräfte seien vorhanden und es zeige sich keine Antriebsschwäche. Eine Motivation in Bezug auf die berufliche Tätigkeit bestehe nicht, jedoch äussere der Beschwerdeführer den Wunsch, einer leichten Tätigkeit nachzugehen (IV-Nr. 104.1 S. 18 ff.).

6.3.8.3 Im orthopädischen Teilgutachten wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer gebe befragt nach seinem aktuellen Befinden an, Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule zu haben. Dieser Schmerz habe sich inzwischen ausgeweitet und bestehe «vom Kopf bis ins Kreuz». Am schlimmsten sei die HWS betroffen. Schmerzen habe er auch in beiden Schultergelenken. Auf der rechten Seite sei dabei nur die Schulter betroffen, links bestünden die Schmerzen in der Schulter, aber auch im ganzen Arm bis in die Finger III bis V der linken Hand. Die Beine seien in Ordnung. Manchmal habe er nachts ein Gefühl von Hitze in den Unterschenkeln und Füßen. Dies trete nur nachts auf und halte eine bis drei Stunden an. An der HWS seien die Schmerzen von stechendem Charakter und er habe häufig das Gefühl von Wärme im Kopf und Wärme ausstrahlend von der HWS bis in die Schultern. Oft habe er Kopfschmerzen. Diese seien immer von der HWS ausstrahlend. Der Schmerz in der HWS bestehe immer. Auf der visuellen Analogskala (VAS) von 0 bis 10 betrage er nachts 6-7, tagsüber 5. Rechts aussenseitig an der HWS habe er seit der zweiten Operation noch Missempfindungen. Der Schmerz in der LWS sei geringer als in der HWS. Beim Aufstehen habe er Anlaufschmerzen in der LWS. Sitzen könne er maximal zwischen 45 Minuten und einer Stunde. Stilles Stehen sei ein Problem, wenn er sich im Stand bewege, könne er gut Stehen. Gehen könne er den ganzen Tag ohne Probleme. Zwar habe er beim Gehen auch Schmerzen, diese seien aber gering. Beim Heben habe er Probleme mit dem linken Arm. Im Liegen benötige er ein bis zwei Stunden, bis er eine Position finde, in der er schlafen könne (IV-Nr. 104.1 S. 32 ff.).

Folgende Befunde werden erhoben: Im Bereich der Wirbelsäule gebe der Beschwerdeführer bei der Palpation der Dornfortsätze eine Druckempfindlichkeit über den Halswirbeln 3 bis 7 und über den 5. Lendenwirbel an. Die Iliosakralgelenke seien nicht druckdolent. Die Beweglichkeit von HWS, BWS und LWS sei frei. Die Bewegungsprüfungen an der gesamten Wirbelsäule liessen keine Schmerzen erkennen. Die paravertebrale Muskulatur der gesamten Wirbelsäule sei nicht verspannt. Auch beide Schultergelenke seien schmerzfrei und frei beweglich. Die Impingementzeichen seien beidseits negativ. Bei den Rotatorenmanschettentests am linken Arm kooperiere der Explorand nicht. Letztlich ergebe sich aber kein Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenläsion. Die Tests an der rechten Schulter seien negativ (IV-Nr. 104.1 S. 36).

Im Rahmen der Begutachtung habe sich keine Indikation zum Einsatz bildgebender Verfahren gezeigt. Ein MRI der Wirbelsäule vom 24.01.2017 zeige eine subfusionsdegeneration (ACDF von HWK 4/5) mit breitbasiger Bandscheibenextrusion zwischen HWK 5/6 mit hochgradiger spinaler Enge und beginnender Myelopathie sowie bilaterale mässiggradige neuroforaminale Einengung der C6-Wurzeln. Ein Röntgen der HWS vom 08.11.2016 zeige einen vorbestehenden Status nach ventraler Stabilisation und Cage-Einlage HWK 4/5 mit unverändert und intakt einliegendem Fremdmaterial. Lockerungszeichen, Materialbruch oder höhengeminderte Wirbelkörper seien nicht ersichtlich (IV-Nr. 104.1 S. 38 f.).

6.3.8.4 Im neurochirurgischen Teilgutachten wurde zur Befundlage ausgeführt, bei der Untersuchung der Sensibilität werde eine Hypästhesie am ulnaren Ober- und Unterarm sowie den Fingern IV und V und dem ulnaren Finger III links angegeben. Das Hoffmann-Tinel-Zeichen sei positiv, lokal über dem Sulcus-ulnaris ohne Ausstrahlung. Es bestehe eine allgemeine Minderinnervation des linken Armes, bei Schmerzangabe jeglicher Bewegung und deutlicher muskulärer Verspannung inklusive vermindertem Faustschluss und Handgriff. Der muskuloskeletale Status präsentiere sich wie folgt: Es bestehe eine leichte rechts thorakale, links lumbale Skoliose mit relativer Steilstellung und einer deutlich fixierten und ausgeprägten paravertebralen Muskulatur mit deutlicher Verspannung, insbesondere im HWS-Bereich und oberen BWS-Bereich. Die Beweglichkeit der HWS sei nahezu aufgehoben. Der Lasègue beidseits sei negativ, der Pseudolasègue positiv. Es bestünden ein Druckschmerz über der linken Schulter bis in den Nacken ziehend sowie ein deutlicher Druckschmerz über den Nervenaustrittspunkten der Nervi occipitalis beidseits und im lumbosakralen Bereich bis zu den Iliosakralgelenken beidseits. Der Schulterhochstand sei links gegenüber rechts schmerzhaft bewegungseingeschränkt. Der Nacken- und Schürzengriff links sei schmerzbedingt eingeschränkt. Für weitere bildgebende Untersuchungen habe keine Rechtfertigung bestanden. Der Blutspiegel der gemessenen Medikamente liege deutlich unter dem therapeutischen Bereich (IV-Nr. 104.1 S. 49 ff.).

6.3.8.5 Das neurologische Teilgutachten enthält zunächst subjektive Angaben des Beschwerdeführers zu seinen Beschwerden: Er habe Probleme vom Nacken nach oben in den Hinterkopf ausstrahlend, ein Hitzegefühl und Stechen wie Nadeln. Ausserdem habe er Schmerzen in der rechten Schulter. Diese seien aber nicht so schlimm und den rechten Arm könne er gut benutzen. Links seien bei Belastung die Finger 3-5 taub und würden ganz weiss. Wenn er etwas hebe oder ziehe, habe er nach fünf Minuten keine Kraft mehr im Arm. Die Kreuzschmerzen seien seit der Operation schlimmer geworden.

Folgende Befunde wurden erhoben: Im Bereich des Kopfes seien die Nervenaustrittspunkte occipital beidseits druckdolent. Die grobe Kraft bei der Kopfwendung und Schulterhebung sei beidseits deutlich reduziert. Der Explorand demonstriere eine generalisierte Kraftminderung M3 für alle Bewegungen der linken Hand. Die HWS sei deutlich eingeschränkt beweglich, es werde eine Druck- und Klopfdolenz in der Dornfortsatzreihe und Querfortsatzreihe angegeben. Die BWS und LWS seien vollumfänglich beweglich mit Angabe von ausgeprägten Klopfdolenzen im Lumbalbereich. Bei Prüfung des Lasègue-Zeichens bestehe eine massive Schmerzangabe lumbal ohne radikuläre Ausstrahlung. Es werde eine streifenförmige Sensibilitätsstörung am linken Ohr beginnend nach distal über die Musculus deltoideus im ulnaren Unterarm bis in die ulnare Handkante und die Finger drei bis fünf links angegeben im Sinne einer Hypästhesie und Algesie, keinem Dermatome oder peripheren Nerven sicher zuordenbar. Es werde eine Hypästhesie und Algesie der linken Fußsohle und des linken lateralen Fußrandes etwa dem Dermatome S1 entsprechend angegeben (IV-Nr. 104.1 S. 55 ff.).

6.3.8.6 Insgesamt kamen die Gutachter in der interdisziplinären Gesamtschau zu folgenden Diagnosen (IV-Nr. 104.1 S. 26):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (als Bauhilfsarbeiter):

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

6.3.9 Dr. med. G. \_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, führte in ihrem Bericht vom 15. Juni 2017 zuhanden der Krankentaggeldversicherung (IV-Nr. 111) aus, es zeige sich beim Beschwerdeführer am linken Arm eine diskret verminderte Sensibilität über dem Deltoideus links für Spitz-Stumpfdiskrimination sowie diskret am ulnaren Unterarm und Kleinfingerbereich links. Links könne die Kraft sowohl für die distalen wie die proximalen Muskeln nicht voll aufgebaut werden, da alle Bewegungen zu einer Muskelanspannung im Schultergürtel-/Nackenbereich führten. Die Interosseusmuskulatur an der linken Hand mit M4 sei leicht abgeschwächt. Die Kopffrotation und Neigebewegungen im ganzen HWS-Bereich seien praktisch nicht prüfbar. In der Elektrophysiologie zeigten die Kennmuskeln C6 und C7 links keine Hinweise für eine axonale oder chronisch-neurogene Schädigung. Die Neurographie des N. ulnaris links sei sowohl motorisch wie sensibel-antidrom normal, ohne Hinweise für eine klare Kompressionsstelle.

Es wurden die folgenden Diagnosen gestellt:

Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, im Moment zeige sich ein schweres, chronisches Zervikalsyndrom, das sich aufgrund der chronischen Fehlbelastung in diesen Muskeln selbst unterhalte und selber immer wieder verstärke. In den bisherigen ambulanten rehabilitativen Massnahmen sei vor allem therapeutisch auf die muskuläre Lockerung im paravertebralen/zervikalen Bereich fokussiert worden, aber zu wenig auf den Aufbau der übrigen Rückenmuskulatur. Der Patient zeige in allen Bewegungsabläufen mit den Armen und im Schultergürtel-/Nackenbereich vor allem eine Aktivierung des M. trapezius pars horizontalis und der oberen Muskelanteile sowie M. deltoideus beidseits, was zu einer vermehrten Verspannung der paravertebralen Nackenmuskulatur und Schultergürtel-/Nackenmuskulatur führe. Bei besser trainierten interskapulären Muskeln und unterer Teil des M. latissimus dorsi und M. trapezius könnte der Patient die Arme besser anheben. Im gesamten Bewegungsablauf habe sich auch beim Gehen eine vollständige Fehlhaltung im ganzen oberen Rückenbereich inkl. Schulterchiefstand gezeigt. Die Parästhesien der linken Hand rührten von einer rezidivierenden Ulnarisreizung

her, diese Beschwerden dürften bei Vermeiden von Aufstüzbewegungen mit dem linken Ellbogen verschwinden. Zusammenfassend könne gesagt werden:

Als Bauarbeiter sei der Patient aktuell nicht einsetzbar. Auch längerfristig dürfte eine schwere körperliche Tätigkeit mit Heben von Lasten über 15 kg unrealistisch sein. Primär müsse der Rücken umtrainiert werden. In einem körperlich einfachen Beruf (unter 10 bis 15 kg Gewicht tragen) sei wahrscheinlich längerfristig ein Arbeitswiedereinsatz möglich und anzustreben, dies aber erst nach einer erfolgreichen Therapie. Im Moment müsse die starke Muskelverspannung zervikal noch therapeutisch angegangen werden. Da eine Ganztagestätigkeit häufig mit einer Verstärkung von Rückenschmerzen verbunden sei, müsse der mögliche Stundenansatz noch offen gelassen werden. Die Therapiemassnahmen seien noch nicht ausgeschöpft. Mit einer erfolgreichen Rehabilitation sollte der Patient zumindest für eine leichte Tätigkeit zu ca. 50■70 % wieder arbeitsfähig werden. Zweifel an der Compliance bestünden nicht.

6.3.10 Die RAD-Ärztin Dr. med. Q. \_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 19. Januar 2018 (IV-Nr. 114 S. 3) fest, es bestehe keine Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als Bauarbeiter seit dem 16. Juni 2015. In einer leidensangepassten Tätigkeit gemäss Zumutbarkeitsprofil (Gutachten S. 26) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Diese könne retrospektiv mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab 3 Monate nach der Revisionsoperation am 4. April 2016 angenommen werden, somit ab Juli 2016.

6.3.11 In ihrer Stellungnahme zum Gutachten vom 3. Juli 2018 (IV-Nr. 128 S. 3 f.) führte Dr. med. G. \_\_\_\_, die von ihr beschriebene Wirbelsäulen-Problematik als Hauptproblem sei im neurologischen Teilgutachten nicht erkannt und nicht beschrieben worden. Dementsprechend erscheine die Prognose einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit in «einem angepassten Beruf» als sehr euphorisch. Das neurologische Teilgutachten widerspiegle in keiner Weise die effektiven Rücken-Fehlhaltungsprobleme. Auch in der klinischen, neurologischen Untersuchung werde nicht im Detail darauf eingegangen.

6.3.12 Der psychiatrische E. \_\_\_\_, -Gutachter Dr. med. H. \_\_\_\_, hielt in der Stellungnahme vom 10. Juli 2018 (IV-Nr. 126) im Wesentlichen fest, auf S. 40 des Gutachtens werde ausgeführt, dass MRI-Aufnahmen der LWS zuletzt im März 2014 angefertigt worden seien, keine Neurokompression von Bedeutung zeigten und keine Erklärung für etwaige nachhaltige radikuläre Irritationen ergäben. Ebenfalls werde im Gutachten aber auch eine MRI-Untersuchung der ganzen Wirbelsäule vom 24. Januar 2017 (S. 39) erwähnt. Sie zeige sowohl für die Brustwirbelsäule als auch für die Lendenwirbelsäule keine spinale oder neuroforaminale Affektion, keine Spinalkanalstenose, keine höhengeminderten Wirbelkörper und keine stattgehabte Fraktur. Das Alignment der Wirbelsäule zeige sich auf diesen Aufnahmen regelrecht. MRI-bildmorphologisch sei es also im Längsschnitt vom März 2014 bis zum 24. Januar 2017 zu keinerlei Verschlechterung der bestehenden Befunde beim Exploranden gekommen. Die weitestgehend unauffälligen klinischen Untersuchungsbefunde an Brust- und Lendenwirbelsäule stünden sowohl zu den MRI-Aufnahmen vom März 2014 als auch zu den Aufnahmen vom Januar 2017 ganz im Einklang. Im Rahmen der klinischen Untersuchung hätten die Bewegungsabläufe, auch bei komplexen Bewegungsprüfungen, schmerzfrei imponiert. Erwähnenswert sei auch, dass die im Serum gefundenen Schmerzmittelspiegel die vom Exploranden berichtete regelmässige Schmerzmitteleinnahme nicht hätten erkennen lassen. Die als nachvollziehbar geschilderten denkbaren funktionellen Irritationen an der Wirbelsäule hätten sich somit nur

medizin-theoretisch über eine geringe Wirbelsäulenfehlstatik und bildmorphologisch beginnende degenerative Veränderungen begründet. Die klinischen Befunde und der im Labor nicht erbrachte Nachweis des vom Exploranden angegebenen Analgetikakonsums liessen die Annahme einer Wirbelsäulenminderbelastung an Brust- und Lendenwirbelsäule nicht zu.

Im Weiteren wurde dargelegt, Dr. med. Q. \_\_\_ fasse korrekt zusammen, dass sich die von Dr. med. G. \_\_\_ in ihrem Bericht vom 15. Juni 2017 mitgeteilten objektivierbaren Befunde mit den Ergebnissen der E. \_\_\_-Begutachtung deckten. Sie rechtfertigten die Einschätzung, dass der Explorand in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei, jedoch nicht die Annahme, dass er in einer dem Leiden angepassten Verweistätigkeit erst nach umfangreicher Therapie und erfolgreicher Rehabilitation vielleicht zu 50 bis 70 % arbeitsfähig werde. Wenn Dr. med. G. \_\_\_ schreibe, die Therapiemöglichkeiten seien im Moment noch gar nicht ausgeschöpft worden, so sei dies richtig. Weitere Therapiemassnahmen könnten ergriffen werden, wenn der Leidensdruck entsprechend gross wäre. Das Ausmass der vom Exploranden angegebenen Schmerzen sei nur teilweise nachvollziehbar. Es bestehe ein Widerspruch zwischen den anamnestischen Angaben und der objektiven Befundlage der Medikamentenspiegel. Zudem hätten sich im Gutachten anlässlich der neurologischen Abklärung Anzeichen einer Schmerzfehlverarbeitung und Aggravation gezeigt. Sämtliche Waddell-Zeichen seien positiv gewesen. Die objektiv beim Exploranden zu erhebenden Befunde und die angesprochenen Inkonsistenzen liessen die Bewertung des Beschwerdebildes, wie sie von Dr. med. G. \_\_\_ getroffen worden sei, nicht zu. Wie auf S. 41 im orthopädischen Teilgutachten festgehalten worden sei, bestünden beim Exploranden keine Hinweise auf das Vorliegen einer rheumatischen Systemerkrankung; jegliche Verdachtsmomente darauf fehlten.

6.3.13 In den von der Beschwerdegegnerin beigezogenen Akten der Unfallversicherung Suva finden sich noch weitere medizinische Untersuchungsberichte, die den Gutachtern der Begutachtungsstelle E. \_\_\_ nicht vorgelegen haben. So hat Dr. med. R. \_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, am 17. Mai 2017 ein Gutachten für die Krankentaggeldversicherung erstellt (IV-Nr. 130.20). In seiner Beurteilung führte er aus, der Explorand beschreibe eine nach einem Unfallereignis entstandene Schmerzsituation. Wegen einer grossen Diskushernie C4/5 mit dazu korrelierenden motorischen Defiziten sei eine Operation erfolgt, mit anschliessender Revisionsoperation wegen Dislokation des eingebrachten Cages. Neben dem Nackenschmerzproblem seien im Verlauf, vermutlich im Rahmen einer fortschreitenden Dekonditionierung infolge Schonverhaltens und Bewegungsmangel, lumbospondylogene Symptome aufgetreten. Bei protrahiertem Verlauf mit Chronifizierungstendenz hätten die von den betreuenden Wirbelsäulenchirurgen zugezogenen Schmerzspezialisten ein komplexes Schmerzsyndrom diagnostiziert, bezüglich dessen noch ein Ausbau der konservativ schmerztherapeutischen Interventionen vorgesehen sei. Die aktuelle Untersuchung zeige einen 41-jährigen schlanken Versicherten in gutem Allgemeinzustand mit deutlichen «fear-avoidance-beliefs» und deutlichen nicht organischen Zeichen (Waddell-Zeichen) wie Massieren, Stöhnen und inadäquaten Fluchtreaktionen. Anhaltspunkte für eine Kompromittierung neuromeningealer Strukturen hätten auch in der aktuellen klinischen Untersuchung nicht erhoben werden können. Das arbeitsmedizinische Problem aus rheumatologischer Sicht bestehe in einer verminderten Belastbarkeit der Nackenregion für körperlich schwer belastende Tätigkeiten mit Heben und Tragen von schweren Lasten, Arbeiten mit gewichtbelastet achsenfern erhobenen

Armen sowie Arbeiten langdauernd vornübergeneigt oder im Überkopfbereich. Zumutbar erschienen alle diesen Einschränkungen gerecht werdenden, körperlich eher leicht belastenden Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen gehend, sitzend und stehend. Vorstellbar sei eine diese Vorgaben erfüllende Kontroll- oder Wachtätigkeit. Anhaltspunkte für ein Leiden aus dem entzündlich rheumatischen Formenkreis bestünden nicht.

In der neurochirurgischen Beurteilung von Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. T.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, vom 20. September 2017 (IV-Nr. 130.11) zuhanden der Unfallversicherung Suva wird festgehalten, beim Beschwerdeführer seien nach dem Unfall vom 16. Juni 2015 keine neurologischen Ausfälle und keine radikuläre Schmerzausstrahlung oder mit einer Myelonkompression vereinbaren Befunde festgestellt worden. Bei vorbeschriebenen «pseudoradikulären» Schmerzen im linken Arm im Jahr 2014 fehlten typische neurologische Symptome eines traumatisch entstandenen Bandscheibenvorfalles. Ohne radikuläre Schmerzen in der echtzeitlichen Dokumentation, bei Fehlen dokumentierter traumatischer Läsionen in der Bildgebung und im Operationsbericht und bei Vorliegen degenerativer Veränderungen in der betroffenen Etage HWK 4/5 und u.a. HWK 5/6, der nicht betroffenen Höhe, mit Kompression der Nervenwurzel C6 links, sei die Kausalität zwischen dem Ereignis vom 16. Juni 2015 und den beklagten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich nicht gegeben.

## **E. 7**

7.1 Die Beschwerdegegnerin stellte in der vorliegend angefochtenen Verfügung auf das Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ vom 11. Oktober 2017 ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Hierzu kann zunächst festgehalten werden, dass das Gutachten in Kenntnis der Aktenlage, nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der von ihm geklagten Beschwerden und von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärzten erstellt wurde. Insofern erfüllt es die Anforderungen an eine beweiskräftige gerichtliche Expertise.

7.2 Inhaltlich legt der psychiatrische Teilgutachter nachvollziehbar dar, dass sich der Beschwerdeführer manchmal etwas nachdenklich fühle wegen der jahrelang anhaltenden Beschwerden. Bisher seien deswegen jedoch keine Konfliktsituationen oder sonstige psychische Probleme aufgetreten. Bei der aktuellen Untersuchung ergäben sich keine Hinweise für eine affektive Störung oder eine Persönlichkeitsstörung. Es sei allenfalls ein leichtes Vermeidungsverhalten erkennbar. Auch zeigten sich keine Hinweise für eine somatoforme Störung. Psychosoziale Probleme, wie die Erkrankung seiner Tochter an Multipler Sklerose, scheine der Beschwerdeführer adäquat zu verarbeiten. Allenfalls könne bei ihm von einer gewissen Stressbelastung ausgegangen werden, bedingt durch psychosoziale Auswirkungen der somatischen Erkrankungen, der langen Arbeitsunfähigkeit bei fehlender Berufsausbildung sowie sonstigen resultierenden sozialen Einschränkungen. Die Schlafstörungen seien durch die nächtlichen Schmerzen bedingt. Hinweise auf Inkonsistenzen ergäben sich in der psychiatrischen Untersuchung nicht. Ebenso gebe es keine Hinweise auf selektiv verzerrende Angaben zum Beschwerdebild und dessen Auswirkungen. Relevante psychische Beeinträchtigungen mit einschränkender Arbeitsfähigkeit lägen im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung nicht vor. Es bestünden dementsprechend keine Beeinträchtigungen des Fähigkeitsprofils. Der Beschwerdeführer sei intellektuell in der Lage, sich Neues einzuprägen, dieses auch beruflich anzuwenden und zu nutzen. Er könne Entscheidungen treffen und sich auch bei

Bedarf in adäquater Weise behaupten. Er sei in ausreichendem Mass flexibel und anpassungsfähig. Er verfüge über ein gutes soziales Netz, sei kommunikativ und zu interpersonellen Beziehungen befähigt. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit eines Bauhilfsarbeiters sowie in allen anderen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. In der psychiatrischen Untersuchung vom 24. Juni 2003 durch die Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ sei von einer massiven Schmerzfehlverarbeitung ausgegangen worden. Gegenwärtig gebe es keine Anhaltspunkte dafür mehr, denn eine relevante Störung der Schmerzverarbeitung setze eine entsprechende Vorgeschichte mit biologischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen voraus (IV-Nr. 104.1 S. 20 f.).

7.3 In der orthopädischen Beurteilung wird ausgeführt, beim Beschwerdeführer sei nach dem Arbeitsunfall vom 16. Juni 2015 während vier bis fünf Tagen eine stationäre Behandlung erfolgt. Seither bestünden Schmerzen in der Halswirbelsäule (HWS). Schmerzen im linken Arm seien eine Woche später hinzugetreten. Im November 2015 sei der Beschwerdeführer erstmals an der HWS operiert worden. Es seien eine ventrale Dekompression im Segment C4/5 und eine Cage-Implantation erfolgt. Der Beschwerdeführer berichte, dass sich der Schmerz nach diesem Eingriff verschlimmert habe. Bei nachgewiesener Dislokation des implantierten Cage sei es am 4. April 2016 zu einer erneuten Operation gekommen. Es sei ventral revidiert worden, man habe eine Neuauflage des PINA-Cages gemacht und es sei eine zusätzliche ventrale Plattenverriegelung erfolgt. Der postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen. Zum Untersuchungszeitpunkt stellte der Gutachter fest, dass sich die Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule in ihrer Beweglichkeit jeweils frei zeigten. Geringgradig bestünden eine rechtskonvexe Thorakalskoliose und eine linkskonvexe Lumbalskoliose. Eine Wirbelsäulenfehlstatik von bedeutsamer funktioneller Einschränkung wird darin nicht gesehen. Der Beschwerdeführer beklage Druckschmerz über den Halswirbeln 3 bis 7 und über dem Lendenwirbel 5. Im Verhalten vor und nach der körperlichen orthopädischen Untersuchung konnte der Gutachter indessen keine Hinweise auf ein Schmerzgeschehen erkennen. Die geklagten Druckempfindlichkeiten werden insbesondere angesichts der freien Wirbelsäulenbeweglichkeit und der schmerzfrei imponierenden Bewegungsabläufe (dies auch bei komplexen Bewegungsprüfungen) als nicht nachvollziehbar erachtet. Die Anamnese mit den durchgeführten zwei Operationen an der HWS und die aktuellen radiologischen und MRI-bildmorphologischen Gegebenheiten liessen jedoch wiederkehrend auftretende funktionelle Irritationen an der Wirbelsäule erklärlich werden. Der Gutachter verweist hier auf die MRI-Aufnahmen der HWS vom 24. Januar 2017, die neben einem regelrechten Status nach ventraler Spondylodese HWK 4/5 eine Diskusprotrusion um Segment C5/6 mit Spinalkanalstenose zeigten. Gleiches gelte für die LWS. Hier zeigten zuletzt im März 2014 angefertigte MRI-Aufnahmen eine Bandscheibenprotrusion im Segment L4/5. Die Aufnahmen zeigten keine Neurokompression von Bedeutung. Funktionelle Irritationen seien sowohl betreffend die HWS als auch betreffend die LWS aufgrund der bestehenden radiologisch und MRI-nachgewiesenen degenerativen Veränderungen an der gesamten Wirbelsäule bei geringgradiger Wirbelsäulenfehlstatik und aufgrund der bestehenden postoperativen Verhältnisse an der HWS nachvollziehbar, wenn auch eine akute Pathologie bei der körperlichen Untersuchung gegenwärtig nicht bestehe. Hinweise auf das Vorliegen einer rheumatischen Systemerkrankung oder einer Fibromyalgie finden sich nach einleuchtender gutachterlicher Einschätzung nicht. Inkonsistent zu den aktuell von orthopädischer Seite zu

erhebenden Befunden erscheine das vom Beschwerdeführer berichtete «Immer» der Schmerzen in der HWS und die geklagten Schmerzintensitäten trotz eingenommener Analgetika. Auch diese Beurteilung lässt sich nachvollziehen, lagen doch die Schmerzmittelspiegel zu Dafalgan und Ibuprofen zum Untersuchungsdatum nicht im therapeutischen Bereich. Der Beschwerdeführer scheint die Schmerzmittel demnach nicht regelmässig einzunehmen.

Zusammenfassend werden in der Beurteilung des objektivierbaren medizinischen Sachverhalts Funktionseinschränkungen betreffend die Wirbelsäule gesehen. Dementsprechend werden Tätigkeiten in endgradiger Re- und Inklination der HWS, Tätigkeiten mit Wirbelsäulenmonotonien, Tätigkeiten mit langanhaltenden statischen Belastungen der Wirbelsäule und lange Belastungen der Wirbelsäule ausserhalb der Körperachse als nicht mehr zumutbar erachtet. Zudem werden mehr als gelegentlich auszuführende mittelschwere und alle schweren körperlichen Tätigkeiten als ungünstig qualifiziert. Idealerweise arbeite der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit zwischen Stehen, Gehen und Sitzen. Nicht mehr zugemutet werden sollten Tätigkeiten verbunden mit dem mehr als gelegentlichen Heben von Lasten über 15 kg, regelmässige mittelschwere und alle schweren körperlichen Arbeiten. Der Beschwerdeführer könne die angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr ausüben. Für eine leidensangepasste Tätigkeit bestehe jedoch keine Minderung der Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 104.1 S. 39 ff.). Auch diese Beurteilung erweist sich mit Blick auf die Untersuchungsergebnisse als stimmig.

7.4 In der neurochirurgischen Einschätzung wird zu den vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden (starke Nackenschmerzen seit dem Unfall vom 16. Juni 2015, Schwäche und taubes Gefühl im linken Arm nach dem Unfall) angegeben, es bestünden Hypästhesien im linken Arm, die keiner Nervenwurzel zuzuordnen seien. Ein Teil der Gefühlsstörungen könnte für eine Irritation des Nervus ulnaris im Sulcus ulnaris sprechen. Die Schmerzangaben mit den Bewegungseinschränkungen erschienen überwiegend funktionell, teilweise bedingt durch muskuläre Dysbalancen, sie seien am ehesten pseudoradikulär. Die vom Beschwerdeführer angegebene Schluckstörung im Sinne von Schmerzen oberhalb des Brustkorbes wirke glaubhaft, zumal sich dort eine leichte Verhärtung ertasten lasse. Des Weiteren bestehe eine bekannte Wirbelsäulenfehlhaltung im thorakalen und lumbalen Bereich. Zusätzlich lägen nicht objektivierbare, hauptsächlich nachts auftretende Missempfindungen im Bereich der Füsse und Unterschenkel beidseits vor. Die skoliotischen Veränderungen könnten durchaus als Ursache für wiederholte Rückenschmerzen bei insgesamt schwacher Muskulatur gedeutet werden. Auch die Zervikobrachialgien, insbesondere die Nackenschmerzen, liessen sich durch den postoperativen Status erklären, sie schienen jedoch vor allem durch muskuläre Dysbalancen bedingt zu sein. Die Intensität der demonstrierten Schmerzen schein teilweise verstärkt bei nachvollziehbarer Angabe von gewissen Schmerzen, jedoch wirke die Intensität demonstrativ, auch das Vermeidungsverhalten. Mit Blick auf den unterhalb des therapeutischen Bereich liegenden Medikamentenspiegel sei die Angabe der Schmerzintensität zu hinterfragen (IV-Nr. 104.1 S. 51).

Gestützt auf diese überzeugenden Ausführungen kommt die neurochirurgische Teilgutachterin zum Schluss, dass aufgrund der angegebenen Schmerzen, Gefühlsstörungen und nicht ausschliessbaren Schwächen im linken Arm sowie der vorbestehenden thorako-lumbalen Skoliose und der stattgehabten Operation eine verminderte Belastbarkeit

der Wirbelsäule mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe. Leichte bis zeitweise mittelschwere Tätigkeiten, welche bestimmten Anforderungen genügten, seien möglich, schwere Arbeiten indessen nicht mehr. Nicht zumutbar seien insbesondere Tätigkeiten mit wiederholtem Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 10 bis 15 kg, insbesondere in repetitiver Form und mit vorgebeugtem Oberkörper. Des Weiteren seien keine Überkopfarbeiten und keine Tätigkeiten mit vermehrter Belastung des linken Arms zumutbar. Zusätzlich sollten Tätigkeiten auf unebenen Grundleitern, Gerüsten oder mit ständig übertragenden Vibrationen nicht erfolgen, ebenso wie in Zugluft oder Kälte. Darüber hinaus schienen jedoch leichte Arbeiten mit Wechselbelastung und überwachender oder organisatorischer Tätigkeit zumutbar (IV-Nr. 104.1 S. 51 f.).

7.5 In der neurologischen Beurteilung wird festgehalten, es fänden sich seitens des klinisch neurologischen Befundes nur wenige objektivierbare Befunde. Die Hirnnerven seien intakt, die Muskeleigenreflexe seitengleich mittellebhaft auslösbar. Angegeben werde eine Sensibilitätsstörung des linken Fusses, die in etwa dem Dermatome S1 entspreche, sowie eine streifenförmige Sensibilitätsstörung für alle Qualitäten vom linken Ohr über die linke Schulter, den Musculus deltoideus, am lateralen Oberarm, ulnaren Unterarm und die Finger drei bis fünf links entsprechend, diese sei keinem Dermatome oder peripheren Nerven sicher zuordenbar. Darüber hinaus werde eine generalisierte Kraftminderung für alle Bewegungen der linken Hand, des linken Unterarms und im Schultergelenk links angegeben (Kraftgrad M3), die sich nicht objektivieren lasse. So liessen sich keine Muskelatrophien feststellen, die bei Vorliegen von Paresen nach einem so langen Zeitraum zu erwarten wären, ebenso wenig liessen sich die demonstrierten Kraftminderungen den Dermatomen C4 bzw. C5 und C6 zuordnen. Darüber hinaus fänden sich keine Auffälligkeiten im Armhalteversuch, was bei einer so hochgradigen Parese ebenfalls zu erwarten wäre, auch Schürzen- und Nackengriff links seien möglich, wenn auch Schmerzen geäussert würden. Auch bei den Gangproben bestünden erhebliche Verdeutlichungstendenzen mit Angabe einer lumbalen Schmerzsymptomatik und einer zervikalen Schmerzsymptomatik, die sich nicht nachvollziehen lasse. 5 von 5 Waddellzeichen seien positiv. Auch mache der Beschwerdeführer im Gespräch, abgesehen von Schmerzäusserungen während der klinischen Untersuchung, keinen relevant schmerzgeplagten Eindruck. Somit kommt die neurologische Expertin zum nachvollziehbaren Ergebnis, dass sich zusammenfassend bei Status nach den Operationen von November 2015 und April 2016 auf neurologischem Fachgebiet keine relevanten nachvollziehbaren Schädigungen objektivieren lassen. Dies unabhängig davon, dass die Vermutung einer traumatischen Hernie C4/5 links bei dem beschriebenen Unfallmechanismus schwer nachvollziehbar sei. Im Vordergrund scheine die Entwicklung einer Schmerzfehlverarbeitung und auch einer gewissen Aggravation zu stehen (IV-Nr. 104.1 S. 59).

Ebenfalls nachvollziehbar ist die daraus gefolgerte Feststellung, dass die angestammte Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter im Sinne einer schweren körperlichen Tätigkeit nicht mehr leistungsgerecht sei. Leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten im Wechsel zwischen Stehen, Sitzen und Gehen ohne Zwangshaltungen, insbesondere permanente Rumpfvorneigung, permanente Überkopfarbeiten ohne wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten, nicht unter ungünstigen klimatischen Verhältnissen, könnten jedoch vollschichtig abverlangt werden (IV-Nr. 104.1 S. 61).

7.6 Zusammenfassend erweist sich die interdisziplinäre Beurteilung im Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ als nachvollziehbar und mit der übrigen (damaligen) Aktenlage übereinstimmend. Die Gutachterinnen und Gutachter kommen zum Schluss, dass unter konsequenter Einhaltung eines rückergonomischen Verhaltens in einer dem Leiden ideal angepassten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % besteht, während die angestammte Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter vollständig unzumutbar ist (IV-Nr. 104.1 S. 26 f.). Fast gleich präsentierte sich die Lage im Rahmen der letzten materiellen Rentenprüfung mit Verfügung vom 30. Januar 2004 (IV-Nr. 31). Bereits damals waren schwere körperliche Arbeiten nicht mehr zumutbar, leichte bis mittelschwere hingegen schon. Die Einschätzung steht auch in Einklang mit der übrigen (damaligen) Aktenlage, denn wie im Gutachten zu Recht ausgeführt wird, beziehen sich die aktenkundigen Bewertungen zur Arbeitsunfähigkeit von 100 % auf die angestammte Tätigkeit. Im Hinblick auf eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit sind solche Einschätzungen hingegen nicht plausibel.

Als geeignet (und damit in einem Pensum von 100 % zumutbar) erscheinen gutachterlich gesehen leichte, gelegentlich mittelschwere Arbeiten, wobei das Heben von Lasten über 15 kg nur selten erforderlich sein sollte. Idealerweise arbeite der Beschwerdeführer rückergerecht wechselbelastend zwischen Stehen, Gehen und Sitzen. Nicht geeignet seien Tätigkeiten, die das wiederholte Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 10 bis 15 kg, insbesondere in repetitiver Form und mit vorgebeugtem Oberkörper, erforderten. Tätigkeiten in endgradiger Re- und Inklinatation der HWS, lange statische Belastungen der Wirbelsäule, lange Belastungen der Wirbelsäule ausserhalb der Körperachse und Wirbelsäulenmonotonien sollten ebenfalls nicht gefordert werden. Des Weiteren seien keine Tätigkeiten mit Überkopfarbeiten oder vermehrter Belastung des linken Arms zumutbar. Tätigkeiten auf unebenen Grundleitern, Gerüsten oder mit ständig übertragenden Vibrationen sollten ebenso wenig erfolgen wie Arbeit an Zugluft, Nässe oder Kälte (IV-Nr. 104.1 S. 26). Diese Beurteilung gilt gemäss interdisziplinärer Einschätzung ab Juli 2016 bzw. drei Monate nach dem operativen Revisionseingriff an der HWS vom 4. April 2016 (IV-Nr. 104.1 S. 27).

7.7 Die gutachterlichen Untersuchungen haben im März/April 2017 stattgefunden. Kurze Zeit später, am 14. Juni 2017, erfolgte eine neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, im Auftrag der Krankentaggeldversicherung (IV-Nr. 111). Es stellt sich die Frage, ob ihre Ausführungen Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung zu erwecken vermögen. Hierzu ist festzuhalten, dass in Bezug auf die neurologische Befundlage keine Widersprüche zwischen ihrem Bericht und dem im Rahmen der neurologischen Begutachtung erhobenen Befunde bestehen. Dr. med. G.\_\_\_\_ hält fest, dass keine axonale Schädigung der Wurzeln C5, C6, C7 oder C8 vorliege, dass sich eine sensible Ulnaris-Reizsymptomatik lokalisierbar auf den Sulcus ulnaris links finde, wobei aber keine Kompressionsneuropathie vorliege, dass die langen Rückenmarks-Bahnen in den evozierten Potenzialen im August 2016 normale Befunde zeigten, und dass sich auch klinisch keine Veränderung zeige. Dr. med. G.\_\_\_\_ postuliert als Hauptursache der Beschwerden ein schweres, chronisches Zervikalsyndrom, das sich aufgrund der chronischen Fehlbelastung in diesen Muskeln selbst unterhalte und selber immer wieder verstärke. Das Leiden erachtet sie als therapierbar, indem sie festhält, dass im Umtrainieren des ganzen Rückens das grösste Potenzial einer Verbesserung gesehen werde (IV-Nr. 111 S. 5 ff.). Nichts grundsätzlich anderes lässt sich der gutachterlichen neurochirurgischen Beurteilung entnehmen, wo festgehalten wird, es

bestehe eine bekannte Wirbelsäulenfehlhaltung im thorakalen und lumbalen Bereich, wobei die skoliotischen Veränderungen durchaus als Ursache für wiederholte Rückenschmerzen bei insgesamt schwacher Muskulatur gedeutet werden könnten, und auch die Zervikobrachialgien, insbesondere die Nackenschmerzen, schienen vor allem durch muskuläre Dysbalancen bedingt zu sein (IV-Nr. 104.1 S. 51). Dr. med. G. \_\_\_ hält weiter fest, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Untersuchung auch in einer körperlich leichten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig sei, mit einer erfolgreichen Rehabilitation aber für eine leichte, angepasste Tätigkeit zu ca. 50 ■ 70 % wieder einsetzbar sein sollte (IV-Nr. 111 S. 7). Wie eine solche leichte, angepasste Tätigkeit aussehen könnte, wird im Bericht nicht dargelegt. Es bleibt weiter unklar, welche Akten Dr. med. G. \_\_\_ zur Verfügung gestanden haben. Da sie ausführt, der Beschwerdeführer habe vor dem Unfall vom 16. Juni 2015 zeitlebens in körperlich schweren Berufen gearbeitet, was ihm nie Probleme bereitet habe (IV-Nr. 111 S. 2), ist davon auszugehen, dass sie nur sehr unvollständige Kenntnisse über die medizinischen Vorakten hatte. Der Bericht vom 15. Juni 2017 enthält denn auch weder Angaben dazu, welche Dokumente der Ärztin zur Verfügung standen, noch eine Zusammenfassung der Aktenlage. Denn der Beschwerdeführer meldete sich bereits vor etlichen Jahren wegen Rückenbeschwerden bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an. Der Einwand von Dr. med. G. \_\_\_ gemäss ihrer Stellungnahme vom 3. Juli 2018 (IV-Nr. 128 S. 3), dass das neurologische Teilgutachten in keiner Weise die effektiven Rücken-Fehlhaltungsprobleme widerspiegle, ist nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer wurde im Rahmen des versicherungsmedizinischen Gutachtens polydisziplinär, mithin neben einer neurologischen Exploration auch umfassend orthopädisch und neurochirurgisch begutachtet. Im Gutachten wird genau gleich ausgeführt, dass die Schmerzangaben mit den Bewegungseinschränkungen überwiegend funktionell erschienen, teilweise bedingt durch muskuläre Dysbalancen. Insofern hat dieser Umstand Berücksichtigung gefunden. Nach dem Gesagten erweckt die Einschätzung von Dr. med. G. \_\_\_ keine Zweifel an den Ergebnissen der umfassenden Begutachtung.

7.8 Der Beschwerdeführer lässt weitere Einwendungen gegen die Beweiskraft des Gutachtens der Begutachtungsstelle E. \_\_\_ machen. So widerspreche das von den Gutachtern erstellte Tätigkeitsprofil in sich selbst der postulierten 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Auf S. 52 des Gutachtens werde festgehalten, dass von einer verminderten Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit auszugehen sei. Der erwähnte Satz lässt sich der neurochirurgischen Beurteilung entnehmen. Es wird festgehalten: «Es ist insofern von einer verminderten Belastbarkeit der Wirbelsäule und des linken Armes anzunehmen (recte: auszugehen) und einer daraus resultierenden verminderten Leistungsfähigkeit». Diese Aussage lässt sich jedoch nicht aus dem Zusammenhang reissen und sich auf jegliche Tätigkeiten beziehen. Aus der erwähnten verminderten Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit von Wirbelsäule und linkem Arm resultiert eben die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und das beschriebene Tätigkeitsprofil für eine leidensadaptierte Arbeit, die dann aber vollschichtig möglich ist.

Dem Einwand, dass die Gutachter ebenso von bestehenden Schmerzen ausgingen, da sie die Einnahme von Schmerzmedikamenten empfahlen, die Auswirkung dieser Schmerzen auf die Arbeitsfähigkeit aber nicht beschrieben, ist entgegenzuhalten, dass der Beschwerdeführer die Schmerzmedikamente offensichtlich nicht regelmässig einnimmt, was die Blutspiegelkontrollen gezeigt haben (vgl. IV-Nr. 104.1 S. 25, 30, 41, 50 und 58).

Der Beschwerdeführer lässt weiter ausführen, der Sachverhalt werde beschönigend dargestellt, weil im MRI vom 24. Januar 2017 von einer beginnenden Myelopathie ausgegangen worden sei. Im Gutachten werde dann aber gesagt, es zeigten sich keine Myelopathiezeichen. Neben den diesbezüglichen Einschätzungen im Gutachten (vgl. IV-Nr. 104.1 S. 23, 26, 40, 43 und 61) kommen auch Dr. med. G.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 15. Juni 2017 (IV-Nr. 111 S. 6), der Neurologe Dr. med. L.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 1. Februar 2017 (IV-Nr. 104.3 S. 12 ff.) oder die Neurochirurgen Dr. med. S.\_\_\_\_ und Dr. med. T.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 20. September 2017 (IV-Nr. 130.11 S. 13 ff.) nicht zum Schluss, dass von einer Myelopathieauszugehen sei.

Hinsichtlich der Stellungnahme der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2018 ist mit Verweis auf die erwähnten Ausführungen (vgl. E. II. 3.5 hiervor) noch einmal festzuhalten, dass diese keine neuen Erkenntnisse zu Tage trägt, die für die Klärung des medizinischen Sachverhaltes von Relevanz wären. Auch der Beschwerdeführer selber lässt dazu festhalten, es werde in der Stellungnahme weitestgehend bloss auf das Gutachten verwiesen bzw. aus diesem zitiert (vgl. Beschwerde, S. 9, A.S. 14). Das Gleiche gilt für den Bericht des RAD vom 19. Januar 2018 (IV-Nr. 114 S. 2 f.; vgl. E. II. 6.3.10 hiervor). Insofern erübrigen sich weitere Ausführungen zur Beweiskraft von RAD-Berichten.

Auch das Argument, im Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ werde klar festgehalten, dass beim Beschwerdeführer keine Aggravation vorliege, lässt keine Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung aufkommen. Ein Blick auf die Aktenlage zeigt, dass schon vor Jahren auf eine Tendenz zur Schmerzausweitung bzw. übertriebenem Schmerzverhalten hingewiesen wurde, so auch im Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vom 19. September 2003 im Rahmen der letzten materiellen Rentenprüfung (IV-Nr. 28 S. 10 f., 14 f. und 16 ff.; vgl. E. II. 6.2 hiervor). Wie bereits erwähnt wurde, haben diese Unterlagen Dr. med. G.\_\_\_\_ im Gegensatz zu den Gutachterinnen und Gutachtern offenbar nicht vorgelegen. Schliesslich kommen auch Dr. med. R.\_\_\_\_ (IV-Nr. 130.20 S. 18) sowie die Dres. med. S.\_\_\_\_ und T.\_\_\_\_ (IV-Nr. 130.11 S. 16 f.) in ihrer Einschätzung aus dem Jahr 2017 zum Schluss, dass von deutlichen «fear-avoidance-beliefs» und deutlichen nicht organischen Zeichen (Waddell-Zeichen) ausgegangen werden müsse. Insgesamt hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung damit zu Recht auf das Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ abgestellt.

## **E. 8**

8.1 Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich ist hinsichtlich des Valideneinkommens unbestritten geblieben und auch nicht zu beanstanden. So wurde hierfür ein Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen. Es liegt zwar ein Arbeitgeberbericht des letzten Arbeitgebers (U.\_\_\_\_ AG, [...]), über welchen er als Bauhilfsarbeiter angestellt war, vor, jedoch übte er diese Tätigkeit bis zum Unfall vom 16. Juni 2015 nur während etwas mehr als einem Monat aus (vgl. IV-Nr. 73 S. 6, 79, 81 und 82.70). Das Valideneinkommen von CHF 68'409.00, basierend auf der Tabelle LSE 2016, TA1\_tirage\_skill\_level, Ziff. 41-43 [Baugewerbe], Kompetenzniveau 1, Männer, inkl. Aufrechnung Wochenstunden (: 40 x 41.4), erweist sich damit als korrekt.

8.2 Nimmt die versicherte Person keine zumutbare Verweistätigkeit auf, ist das Invalideneinkommen gestützt auf einen Tabellenlohn der LSE zu ermitteln. Dies ist hier der Fall. Die Beschwerdegegnerin hat die gleiche Tabelle angewendet wie beim

Valideneinkommen und auf das Total, Kompetenzniveau 1 (CHF 5'340.00 x 12 Monate, Aufrechnung Wochenstunden [: 40 x 41.7] = CHF 66'803.00) abgestellt. Der Beschwerdeführer lässt dagegen einwenden, der Produktionssektor kenne keine Stellen, die seinem Tätigkeitsprofil entsprechen würden. Dem ist nicht zuzustimmen. Der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 (der sich auf alle Sektoren und nicht nur auf den Produktionssektor bezieht) enthält vielmehr ein relativ weites Feld von körperlich nicht anstrengenden Tätigkeiten, wie sie hier in Frage kommen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_641/2015 vom 12. Januar 2016 E. 3.3), wie zum Beispiel einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrollaufgaben. Damit kennt dieser Sektor auch Tätigkeiten, die dem oben formulierten Profil des Beschwerdeführers entsprechen und in einem 100%-Pensum möglich sind.

8.3 Die Beschwerdegegnerin hat mit den von ihr herangezogenen Zahlen, die nicht zu beanstanden sind, einen Invaliditätsgrad von 7 % ermittelt (wobei noch ein leidensbedingter Abzug von 5 % vorgenommen wurde; dies ergab ein Invalideneinkommen von CHF 63'463.00). Auch bei der vom Beschwerdeführer geforderten Anwendung des Lohns für den Dienstleistungssektor (CHF 4'967.00 x 12 Monate, Aufrechnung Wochenstunden = CHF 62'137.00) würde kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren und zwar selbst dann nicht, wenn im vorliegenden Fall der maximal mögliche leidensbedingte Abzug vom Invalideneinkommen von 25 % (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80) gewährt würde. Insofern kann die Frage, ob der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene leidensbedingte Abzug zu tief war, hier offen bleiben. Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint.

9. Der Beschwerdeführer lässt berufliche Massnahmen geltend machen. Bei einer vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit kann ein solcher Anspruch aber nicht gegeben sein. Seinen eigenen Angaben zufolge erachtet er sich als arbeitsunfähig und kann sich nicht vorstellen, einer Tätigkeit nachzugehen (vgl. E. \_\_\_-Gutachten, IV-Nr. 104.1 S. 17). Insofern würden berufliche Massnahmen auch nicht zweckmässig erscheinen. Eine Unterstützung bei der Stellensuche im Sinne einer Arbeitsvermittlung ist ebenfalls nicht angezeigt. Der Beschwerdeführer war, seit er in der Schweiz lebt, stets in der Lage, selbständig Arbeit zu finden. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern ihm dies aus gesundheitsbedingten Gründen nun nicht mehr möglich sein sollte. Somit ist auch ein Anspruch auf berufliche Massnahmen zu verneinen.

10. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdeführerin vom 30. November 2018 nicht zu beanstanden. Es besteht auch kein Anlass für die Vornahme weiterer medizinischer und/oder beruflicher Abklärungsmassnahmen. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

## **E. 11**

11.1 Da der Beschwerdeführer nicht obsiegt, hat er grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Die festgestellte Gehörsverletzung (E. II. 3. hiervor) rechtfertigt es allerdings, dem Beschwerdeführer zu Lasten der Beschwerdegegnerin jenen Aufwand zu entschädigen, der für das Erheben der entsprechenden Rüge angefallen ist. Der durch die Gehörsverletzung für das Beschwerdeverfahren zusätzlich entstandene Aufwand ist ermessensweise auf knapp zwei Stunden anzusetzen. Damit ergibt sich unter diesem Aspekt eine Parteientschädigung von pauschal CHF 500.00 (inkl. Mehrwertsteuer).

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Die Kosten sind grundsätzlich dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, wobei der festgestellten Gehörsverletzung (E. II. 3 hiervor) mit einem Kostenanteil von CHF 150.00 zu Lasten der Beschwerdegegnerin Rechnung zu tragen ist. Der Beschwerdeführer hat die verbleibenden Verfahrenskosten von CHF 450.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 zu verrechnen sind. Die Differenz von CHF 150.00 ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

3. Die Verfahrenskosten von CHF 600.00 werden zu CHF 150.00 der Beschwerdegegnerin und zu CHF 450.00 dem Beschwerdeführer auferlegt. Die Differenz zum geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00, somit CHF 150.00, wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

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

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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