

# **SO\_GERICHTE VSBES.2019.162 vom 30. April 2019**

SO Obergericht, 2019-04-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.162](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.162)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.162 du 30 avril 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.162 del 30 aprile 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der IV-Stelle vom 30. April 2019 sei vollumfänglich aufzuheben.

### **E. 2**

a) Es sei die Beschwerdesache zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens und Wahrung der Gehörsrechte an die IV-Stelle Solothurn zurück zu weisen. b) Eventualiter: Es sei dem Beschwerdeführer spätestens mit Wirkung ab wann rechtens eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. c) Subeventualiter: Die Beschwerdesache sei zwecks weiterer medizinischer und beruflich-erwerbsbezogener Abklärungen und anschliessendem Neuentscheid an die IV-Stelle Solothurn zurück zu weisen.

### **E. 3**

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

### **E. 4**

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

### **E. 5**

Auftreibung M. Rectus inferior, keine weitere Beteiligung der Augenmuskulatur

### **E. 6**

Thoraxtrauma - Beidseitiger Pleuraerguss - Dorsale, undislozierte Rippenfraktur 11/12 rechts

### **E. 7**

Einblutung M. obturatorius internus

### **E. 7.6**

7.6.1 Im psychiatrischen Teilgutachten wird ausgeführt, nach dem Verkehrsunfall mit Polytrauma und anschliessender langer Arbeitsunfähigkeit sowie Verlust der bisherigen beruflichen Identität sei es beim Versicherten zu einer depressiven Entwicklung und mindestens seit 2015 manifester mittelschwerer depressiver Symptomatik mit im Vordergrund stehender ausgeprägter Grübelneigung, dysphorischer Gereiztheit mit Tendenz zu verbalaggressiven Impulsdurchbrüchen und zunehmender sozialer Rückzugstendenz gekommen. Aufgrund fehlender Krankheitseinsicht sei über lange Zeit hinweg keine spezifische psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung erfolgt, diese sei erst im Sommer 2017 aufgenommen worden und finde momentan mit sehr niedriger Sitzungsfrequenz mit einer Sitzung pro Monat ohne medikamentöse Begleitbehandlung

statt. Anlässlich der aktuellen Begutachtung müsse entsprechend festgestellt werden, dass die depressive Symptomatik bisher nicht zur Remission habe gebracht werden können und immer noch in mittelschwerer Ausprägung klinisch manifest sei. Daneben bestehe im Sinne eines dysfunktionalen subjektiven Krankheitsmodells eine Schmerzfehlerverarbeitung mit Tendenz zu unbewusster Selbstlimitierung. Im Rahmen seiner depressiven Symptomatik verfüge der Versicherte aktuell über eine eingeschränkte emotionale Belastbarkeit und vermehrte Ermüdbarkeit. Es bestünden ein vermehrter Pausenbedarf und eine zeitlich verkürzte Gesamtbelastbarkeit im Tagesverlauf. Inhaltlich bestehe eine erhöhte Fehlerwahrscheinlichkeit, zudem sei der Versicherte aufgrund seiner momentan hohen narzisstischen Kränkbarkeit im interpersonellen Kontext beeinträchtigt und benötige ein verständnisvolles, wohlwollendes Umfeld, welches Leistungsanforderungen achtsam und schonend kommunizieren könne. In einer somatisch adaptierten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zurzeit.

7.6.2 Sodann sind gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

- 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Zunächst sind im Rahmen der Kategorie «funktioneller Schweregrad» die Indikatoren zum Komplex «Gesundheitsschädigung» näher auszuleuchten. Entscheidend sind demnach die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, deren Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz sowie allfällige Komorbiditäten. Spielen sodann bei der Beurteilung der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde Ausschlusskriterien (BGE 131 V 49 E. 1.2 a. E. S. 51) eine gewisse Rolle, ohne dass deswegen eine rechtserhebliche Gesundheitsschädigung a priori auszuschliessen wäre, sind die auf Aggravation usw. hinweisenden Umstände zu bewerten. In Bezug auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde kann im Wesentlichen auf das in E. II. 7.6.1 hiervoor Gesagte verwiesen werden. Des Weiteren hält der Gutachter fest, von somatischer Seite sei von einer gewissen Symptomausweitung auszugehen, dies betreffe zum Beispiel die jeweilige schmerzhaft

Mitbeteiligung der jeweils nicht verletzten Extremität, also des linken Beins und des rechten Arms, hier seien ebenfalls auch vergleichbare Schmerzen angegeben worden, welche aus rein somatischer Sicht nicht vollumfänglich erklärt werden könnten. Der Versicherte erlebe subjektiv seine Beeinträchtigungen stärker, als diese objektiv beobachtbar seien, dies sei jedoch nicht im Sinne einer bewussten Beschwerdeverdeutlichung oder Aggravation, sondern eher im Sinne eines subjektiven Störungsmodells zu sehen. Insofern ergäben sich vom Versicherten unbeabsichtigte Inkonsistenzen in Bezug auf die beklagten Beschwerden und objektivierbaren Einschränkungen. Demnach ist insgesamt von einer mittelschweren Ausprägung der psychiatrischen Diagnosen und demnach von einem nicht unerheblich ausgeprägten Leiden auszugehen. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führt der Gutachter aus, der Versicherte befinde sich aktuell in einer sehr weitmaschigen psychotherapeutischen Behandlung mit nur einmal monatlich stattfindenden Konsultationen und ohne begleitende Psychopharmakotherapie. Diese Behandlung sollte dringend intensiviert werden, um eine baldige Remission der weiterhin manifesten depressiven Symptomatik zu erreichen. Begleitend zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung seien Massnahmen im Sinne einer beruflichen Reintegration mit einem Einstiegspensum von 50 % zu planen, wobei der Beginn dieser Massnahmen nach Rücksprache mit dem Behandlungsteam festgelegt werden sollte. Demnach kann nicht von einer Behandlungs- und einer Eingliederungsresistenz ausgegangen werden. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist sodann zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Persönlichkeitsstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Weder im Gutachten noch in den übrigen Akten wird eine ressourcenhemmende Wirkung der verschiedenen Diagnosen beschrieben, weshalb eine solche vorliegend zu verneinen ist. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Diesbezüglich führt der Gutachter aus, der Versicherte sei aufgrund seiner Sozialisierung mit Konfliktvermeidung und Aggressionshemmung in der Ursprungsfamilie in der Wahrnehmung und Verbalisierung negativer Affekte beeinträchtigt, was sich im Sinne einer harmoniebedürftigen und aggressionsgehemmten Grundpersönlichkeit manifestiere, ohne dass hierdurch bereits die Diagnose einer psychiatrischen Störung im engeren Sinne gerechtfertigt wäre. Dennoch wirke sich der entsprechende Persönlichkeitsstil des Versicherten auf die Krankheitsverarbeitung ungünstig aus, da das Verbalisieren negativer Affekte zur Verarbeitung der Unfallfolgen und der aktuell eingetretenen Depression durchaus notwendig sei. Demnach sind gewisse strukturelle Defizite im Sinne einer Persönlichkeitsproblematik erstellt, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der

Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Hierzu führt der Gutachter aus, der Versicherte sei aktuell sehr belastet durch die angespannte finanzielle Situation infolge der langen Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherte sei zudem aufgrund seiner eingeschränkten Fähigkeit, negative Affekte angemessen zu verbalisieren, in seiner Krankheitsverarbeitung beeinträchtigt, was zur Unterhaltung der beeinträchtigenden Symptomatik beitrage. Auf der Ressourcenseite sei zu erwähnen, dass der Versicherte trotz seines schwierigen interaktionellen Verhaltens seit Manifestation der Depression weiterhin auf die Unterstützung durch seine Familie und insbesondere seiner Ehe, zurückgreifen könne. Insgesamt enthält der soziale Lebenskontext des Versicherten damit sowohl sich potenziell günstig als auch ungünstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich sind dem Gutachten und den Akten keine Angaben zu einer unterschiedlichen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in den verschiedenen Lebensbereichen zu entnehmen. Damit ist diesbezüglich von einem deutlichen Leidensdruck auszugehen. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hievori]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nur einmal monatlich stattfindende Konsultationen ohne begleitende Psychopharmakotherapie wahrnehme. Demnach ist in diesem Punkt nicht von einem sehr hohen Leidensdruck auszugehen.

7.6.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Des Weiteren erscheint die darin vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Würdigung der zu berücksichtigenden Indikatoren überzeugend. So sind beim Beschwerdeführer sowohl ressourcenfördernde als auch ressourcenhemmende Faktoren vorhanden, womit die gutachterliche Beurteilung auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Nach dem Gesagten lässt das vorliegende Gutachten eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht zu.

7.6.4 Dem psychiatrischen Teilgutachten steht einzig der Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. J.\_\_\_\_, vom 31. Oktober 2017 (IV-Nr. 89) entgegen, welcher beim Beschwerdeführer im Wesentlichen eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) seit schwerem Personenunfall F43.1 sowie rez.

depressive Episoden, ggw. leicht F33.0, diagnostiziert und eine 90%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Den C.\_\_\_\_-Gutachtern lag dieser Bericht im Begutachtungszeitpunkt jedoch nicht vor und auch der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ hat dazu nicht Stellung bezogen. Somit ist nachfolgend zu prüfen, ob der Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ an der psychiatrischen Beurteilung aus dem C.\_\_\_\_-Gutachten etwas zu ändern vermag. Eine PTBS entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Angst und Depression sind häufig mit den Symptomen und Merkmalen der PTBS assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Drogeneinnahme oder übermässiger Alkoholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über (HORST DILLING/WERNER MOMBOUR/MARTIN H. SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f.; vgl. auch B. KRAEMER/U. HEPP/U. SCHNYDER, Entstehung, Verlauf und therapeutische Möglichkeiten der posttraumatischen Belastungsstörung, in: Der medizinische Sachverständige, 2007 S. 153; ULRICH SCHNYDER, Posttraumatische Belastungsstörungen [Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsmöglichkeiten], in: Psychische Störungen und die Sozialversicherung – Schwerpunkt Unfallversicherung, 2002, S. 101 und 114; Urteil 9C\_636/2013 vom 25. Februar 2014 E. 4.3.2). Dass mit dem Unfallereignis und dem nachfolgenden Spitalaufenthalt in [...] ein solches Ereignis vorliegt, erscheint zwar nicht völlig ausgeschlossen. Jedoch bedarf es zur Begründung einer solchen Diagnose auch entsprechender Symptome. Typische Merkmale gemäss ICD-10 F43.1 sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner werden als Merkmale Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, genannt. Im Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ werden nur wenige solche typische Symptome genannt. Der Beschwerdeführer vermeidet zwar gemäss eigenen Angaben seit dem Unfall sich ans Steuer zu setzen. Aber dies erschiene auch nach sonstigen Autounfällen nachvollziehbar, ohne dass daraus gleich auf ein PTBS zu schliessen wäre. Ebenso werden im Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ keine Flashbacks genannt. Zudem werden in den übrigen medizinischen Akten keine typischen PTBS-Symptome – ausser gelegentliche unfallbezogene Albträume (C.\_\_\_\_-Gutachten S. 44) – erwähnt. Schliesslich fehlt es auch an einer nachvollziehbaren Begründung der von Dr. med. J.\_\_\_\_ attestierten Arbeitsunfähigkeit. In diesem Zusammenhang ist zudem 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), weshalb dem Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ auch im Lichte dessen kaum Beweiswert zuzumessen ist. Demnach ist auf das voll beweiswertige psychiatrische Teilgutachten des C.\_\_\_\_ abzustellen. 7.7 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die gutachterliche Gesamtbeurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit zu überzeugen, wonach aus somatischer von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ab 1. Oktober 2015 sowie aus

psychiatrischer Sicht von einer 50%igen Einschränkung ab Februar 2015 auszugehen sei. Interdisziplinär betrage die Arbeitsfähigkeit 50 %. 8. 8.1 Die Beurteilung im C.\_\_\_\_-Gutachten ist unter den Parteien grundsätzlich unbestritten geblieben. Jedoch macht der Beschwerdeführer sinngemäss eine gesundheitliche Verschlechterung seit der Begutachtung geltend und rügt im Wesentlichen, die Beschwerdegegnerin habe die neuen Tatsachen aus dem Bericht des B.\_\_\_\_spitals [...] vom 12. Oktober 2018, wonach u.a. eine mittelschwere neurokognitive Störung vorliege, nicht berücksichtigt. Diese Einschätzung beruhe auf einlässlichen Untersuchungen und einer neurokognitiven Testung vom 28. Februar 2018. Diesem Einwand kann jedoch aus verschiedenen Gründen nicht gefolgt werden. So ist unter anderem hervorzuheben, dass die gutachterliche Untersuchung im C.\_\_\_\_ bzw. die neuropsychologische Testung Ende Oktober / Anfang November 2017 und damit nur knapp 4 Monate vor der neuropsychologischen Testung im B.\_\_\_\_spital vom 28. Februar 2018 erfolgte. Schon bereits aus diesem Grund erscheint eine erhebliche neurokognitive Verschlechterung in so kurzer Zeit fraglich. Sodann wurde zur Beurteilung im Bericht vom 28. Februar 2018 festgehalten, im Vergleich zu entsprechenden Alters- und Bildungsnormen beständen beim Beschwerdeführer insgesamt leichte bis mittelschwere (vereinzelt auch bis zu schwer reichende) formale Minderleistungen in Aufmerksamkeits-, Exekutiv- und Gedächtnisfunktionen. Hierbei ist aber auch zu bedenken, dass anlässlich der neuropsychologischen Testung durch den C.\_\_\_\_-Gutachter zahlreiche Inkonsistenzen auffielen, welche im Sinne einer Verdeutlichungstendenz aus psychiatrischer Sicht nicht als bewusstseinsnah, sondern als unbewusst im Rahmen des dysfunktionalen Störungsmodells des Versicherten interpretiert wurden. Ob solche Inkonsistenzen bei der Testung im B.\_\_\_\_spital im Februar 2018 nicht auftraten oder von den dortigen Ärzten nicht erkannt wurden, kann aufgrund der vorhandenen Akten nicht beurteilt werden, hinterlässt hinsichtlich der Verwertung der neuropsychologischen Testresultate des Beschwerdeführers aber gewisse Zweifel. Das Gleiche gilt auch hinsichtlich des Berichtes des B.\_\_\_\_spitals vom 12. Oktober 2018, welcher einerseits auf die neuropsychologische Testung vom 28. Februar 2018 sowie auf ärztlichen Beobachtungen während des stationären Aufenthaltes des Beschwerdeführers gründet. Der RAD-Arzt, Dr. med. D.\_\_\_\_ führte hierzu in seiner Stellungnahme vom 5. Dezember 2018 schlüssig aus, die Behandler des B.\_\_\_\_spitals gäben keine dringend gebotene plausible somatische Begründung resp. Erklärung der dramatisch geschilderten, eindeutig organisch getönten Symptome und Probleme des Versicherten (bspw. durch eine naheliegende objektivierende neuropsychologische Kontrolluntersuchung zur hauseigenen Abklärung vom Februar 2018). Auch schienen dem Austrittsbericht zufolge die dramatisch auffällig geschilderten Defizite des Versicherten im weiteren Verlauf keine zentrale Rolle mehr gespielt zu haben. So gäben die Behandler im Verlauf nicht (wie zu erwarten wäre) im Stationsalltag auffällige anhaltende Verunsicherung, Hilflosigkeit, Orientierungs- oder Gedächtnisdefizite und nicht einmal eingeschränkte kognitive Ressourcen des Versicherten an. Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass ein Nachweis einer seit der C.\_\_\_\_-Begutachtung eingetretenen Verschlechterung der neuropsychologischen und neurokognitiven Funktionen des Beschwerdeführers nicht überwiegend wahrscheinlich erscheint, zumal die abweichende neuropsychologische Beurteilung der Ärzte aus dem B.\_\_\_\_spitals aufgrund der anlässlich der C.\_\_\_\_-Begutachtung festgestellten Inkonsistenzen in Frage zu stellen ist. 8.2 Sodann macht der Beschwerdeführer geltend, weiterer medizinischer Abklärungsbedarf ergebe sich aus dem Bericht des B.\_\_\_\_spitals vom

Organisiertes Hämatom Nebenniere rechts Nebendiagnosen: Postoperative transfusionsbedingte Blutungsämie St. n. Teilmeniskektomie links vor Jahren Carbapenemase resistente gram. negative Kokken im Rektalabstrich Nebenbefundlich Leberzyste Segment 6 Der Beschwerdeführer sei aufgrund einer Nebelbank in eine Massenkarambolage verwickelt gewesen. Er sei als Beifahrer ausgestiegen um nach seinen Kindern zu schauen, wobei er von einem weiteren Auto angefahren und mehrere Meter durch die Luft geschleudert worden sei. Anamnestisch kein Überrolltrauma. Keine Bewusstlosigkeit, keine Amnesie. Am 6. Januar 2014 seien folgende Operationen durchgeführt worden: 1. Reko Plattenosteosynthese vorderer Beckenring; 2. Aufstösseln und Tutoplastinterposition Tibiakopf, transossäre Naht HKB, Innenmeniskusnaht rechts.

6.2 Im Bericht des Kreisarztes der Suva, Dr. med. F. \_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 9. Oktober 2014 (IV-Nr. 44.129) wurde ausgeführt, die Verletzungen im Becken- und Kniebereich seien operativ versorgt worden und seien laut Bildgebung weitestgehend konsolidiert, das Metall sei in situ. Durch aktuell weiterhin ungenügende Koordination sei der Gang ausser Haus immer noch unsicher, Stockbedürftigkeit, Treppensteigen nur mit Mühe. Muskuläre Schmerzen beständen im Bereich der rechten Hüfte lateralseitig und im Bereich Gluteus. Im Kniegelenk würden belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der Quadrizepsmuskulatur beschrieben. Die Mittelgesichtsfraktur mit Orbitalbodenverletzung sei ohne operative Massnahme erfreulicherweise geheilt, das Sehen, die Augenbeweglichkeit seien wie vor dem Unfall beschrieben. Beschwerden von Seiten der beschriebenen Deckplattenfraktur L1 beständen nicht. Die im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung erneut angegebenen Schulterbeschwerden rechts mehr als links bei praktisch wenig eingeschränkter Schulterbeweglichkeit könnten mit dem Unfallereignis in Zusammenhang gebracht werden, in dem es nicht auszuschliessen sei, dass der Versicherte Schulterprellungen beidseitig erlitten habe, Befunde welche initial bei schweren Becken-/Knieverletzungen im Hintergrund gestanden hätten, im Verlaufe der Mobilisation, Stockbedürftigkeit symptomatischer geworden seien. Aufgrund der heutigen Befunde könnten ossäre Läsionen mit praktischer Sicherheit ausgeschlossen werden, Weichteilbefunde (Status nach Kontusion/Prellung) dürften noch vorliegen. Aufgrund der heutigen körperlichen Befunde seien dem Versicherten Tätigkeiten, wie er sie am bisherigen Arbeitsplatz ausgeführt habe, nicht mehr zumutbar. Mit noch ersichtlicher ungenügender muskulärer Stabilisation und Sicherheit solle die aufbauende Physiotherapie, unterstützt von täglich durchzuführenden Heimübungen (einige seien im Rahmen der Kreisarztuntersuchung gezeigt worden) weiter verbessert werden. Ab Dezember 2014 seien Tätigkeiten/Abklärungsmassnahmen durch die IV leichten Grades, meist sitzend, noch wenig stehend/gehend in zeitlich nicht eingeschränktem Rahmen zumutbar. Nach der nächsten orthopädischen Kontrolle im Januar 2015 am B. \_\_spital [...] und weiter durchgeführten aufbauenden muskulären Massnahmen dürfte eine verbesserte Zumutbarkeit für wechselbelastende, auch stehend/gehende Tätigkeiten ohne schweres Lastentragen oder Balancieren zumutbar werden.

6.3 Im Bericht des B. \_\_spitals betreffend Sprechstunde Hüftchirurgie vom 15. Januar 2015 (IV-Nr. 32, S. 5) wurde ausgeführt, insgesamt sei der Verlauf ein Jahr nach dem Polytrauma zufriedenstellend. Der Beschwerdeführer sei für kurze und mittelweite Gehstrecken ohne Gehstock mobil. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit könne festgehalten werden, dass die Tätigkeit im ehemaligen Beruf mit schwerer körperlicher Belastung nicht mehr möglich sein werde. Hingegen seien Tätigkeiten ohne körperliche Belastung voraussichtlich bis zu 80 % möglich. Es erfolge der Behandlungsabschluss.

6.4 Im Bericht des Kreisarztes Dr. med.

G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, vom 5. Mai 2015 (IV-Nr. 38) wurde festgehalten, bei der heutigen kreisärztlichen Untersuchung berichte der Versicherte über eine leichte Besserung der Beschwerden. Diese bestünden vor allem noch im Kniebereich. Zudem werde eine Unsicherheit beim Gehen beklagt. Auch das Tragen von schweren Gegenständen führe zu Beschwerden im Knie- und Rückenbereich. Eine leidensadaptierte Tätigkeit werde aktuell in einem 50%igem Pensum ausgeführt. Bei der klinischen Untersuchung falle ein kleinschrittiger Gang auf. Der rechte Arm werde kaum mitgeschwungen. Bei der passiven Bewegung der oberen Extremitäten falle eine rechtsbetonte Steifigkeit mit deutlichem Zahnradphänomen auf. In Ruhe zeige sich ein diskreter Tremor vor allem rechts. Es bestehe ein erhöhter Muskeltonus im M. pectoralis major rechts mit tastbarer Myogelose. Sichere Hinweise für eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette fänden sich nicht. Die Beweglichkeit im linken Schultergelenk sei leicht eingeschränkt. Die Befunde an den oberen Extremitäten liessen einen beginnenden Morbus Parkinson vermuten. Ein solcher treffe häufig mit Schulterbeschwerden erstmalig in Erscheinung. Hier wäre eine neurologische Abklärung indiziert. Das Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Einschränkungen stehe etwas im Widerspruch zu der vollständig konsolidierten Beckenfraktur und der objektiv ausgezeichneten Funktion nach operativer Versorgung der Tibiakopffraktur und Refixation des hinteren Kreuzbandes und Innenmeniskusnaht. Es bestehe noch ein gewisses Rehabilitationsdefizit im Bereiche der Quadricepsmuskulatur. Hier empfehle sich eine konsequente selbständige Trainingstherapie. Von Seiten der Mittelgesichtsfraktur bestünden keine Einschränkungen mehr. Die unfallbedingte Zumutbarkeit könne wie folgt festgelegt werden: Zumutbar seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, vorzugsweise wechselnd belastend, teils gehend, teils stehend, teils sitzend ohne langandauernde Geh- oder Stehphasen. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten in Zwangshaltungen für das rechte Kniegelenk in kauender oder kniender Position. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Tragen von Gewichten von mehr als 15 kg, insbesondere nicht bei gleichzeitigem Besteigen von Leitern oder Treppen. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar. Sollte in den nächsten Wochen eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz nicht erreicht werden, empfehle sich (nach erfolgter neurologischer Beurteilung bezüglich fraglichem Parkinson-Syndrom) eine EFL.

6.5 Im Bericht des B.\_\_\_\_spitals vom 9. November 2015 (IV-Nr. 44.16) betreffend Sprechstunde Kniechirurgie wurde ausgeführt, der Röntgenbefund des rechten Knies sei im Vergleich zu den Voraufnahmen vom August 2014 unverändert. Keine zunehmend degenerativen Veränderungen. Beim Becken zeige sich eine unverändert einliegende symphysenüberbrückende Plattenosteosynthese. Keine Zeichen einer sekundären Dislokation. Heterotope Ossifikationen am Tuber ischiadicum, im Verlauf unverändert. Bekannte beginnende degenerative Veränderungen des Hüftgelenkes mit angedeuteter Impingement-Morphologie. Die Beschwerden des Beschwerdeführers seien sowohl auf ein muskuläres Defizit als auch die residuelle posteriore Instabilität des Kniegelenks zurückzuführen. Von Seiten der linken Schulter bestehe seit dem Unfallereignis Ende 2013 ebenfalls eine persistierende Schmerzsymptomatik, die bisher nicht dokumentiert worden sei.

6.6 Im Bericht des B.\_\_\_\_spitals vom 8. Februar 2016 betreffend Sprechstunde für Bewegungsstörungen (IV-Nr. 44.2) wurde ein Hypokinetisch-rigides rechtsbetontes Parkinson-Syndrom, am ehesten idiopathisch, diagnostiziert. Seit Beginn der Sifrol-Therapie im Juli 2015 zeige sich subjektiv eine deutliche Abnahme des Ruhe- und Aktionstremors beider Hände. Das Ansprechen des Tremors auf die dopaminerge Therapie unterstütze die Diagnose eines idiopathischen

Parkinsonsyndroms, wobei sich klinisch keine eindeutige Verbesserung zeige. 6.7 Im Bericht betreffend die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 14. November 2016 (IV-Nr. 48.9) führte Dr. med. G.\_\_\_\_ aus, bei der heutigen kreisärztlichen Untersuchung würden weiterhin Beschwerden von Seiten der linken Schulter, der rechten Hüfte und des rechten Kniegelenks beklagt. Schmerzmittel würden in Reserve bei Schmerzen eingenommen. Zusätzlich leide der Beschwerdeführer unter Müdigkeit, welche er auf die Parkinson-Medikamente zurückführe. Seit dem Unfall sei bislang keine reguläre Arbeitstätigkeit mehr aufgenommen worden. Bei der klinischen Untersuchung fänden sich in etwa identische Befunde wie anlässlich der letzten Kreisarztuntersuchung, wobei die Parkinson-Symptome deutlich weniger ausgeprägt seien. Die muskuläre Asymmetrie im Bereich des M. pectoralis major links sei als Folge eines Sehnenabrisses der entsprechenden Sehne beurteilt worden. Die Beweglichkeit im linken Schultergelenk habe sich verbessert. Auch finde sich eine gute Beweglichkeit im rechten Kniegelenk mit guter ligamentärer Stabilität bei allerdings noch deutlich hypotropher Muskulatur am ganzen rechten Knie. Von weiteren Therapien sei keine wesentliche Verbesserung der unfallbedingten Folgen zu erwarten. Entsprechend könne der versicherungsmedizinische Fallabschluss erfolgen. Die unfallbedingte Zumutbarkeit habe sich im Vergleich zur Voruntersuchung kaum verändert. Zumutbar seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, vorzugsweise wechselnd belastend, teils gehend, teils stehend, teils sitzend ohne langandauernde Geh- oder Stehphasen. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten in Zwangshaltungen für das rechte Kniegelenk in kauender oder kniender Position. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Tragen von Gewichten von mehr als 15 kg beidhändig, insbesondere nicht bei gleichzeitigem Besteigen von Leitern und Treppen. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Einwirkungen von starken Vibrationen oder Schlägen auf das rechte Hüft-, respektive Kniegelenk sowie auf die linke Schulter. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit kraftvoller Anteversion, Adduktion und Innenrotation im Bereiche des linken Schultergelenks. Ebenfalls nicht zumutbar seien körperferne belastende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten in stark vornüber geneigter Position. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei unfallbedingt nach stufenweiser Belastungssteigerung eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar. Das diagnostizierte Parkinson-Syndrom sei medikamentös behandelt. Am 6. November 2016 sei es offenbar zu einer vorübergehenden Sehstörung mit Doppelbildern gekommen. Das Ganze sei im Rahmen einer zerebralen Minderdurchblutung erklärt worden (entsprechende Unterlagen lägen zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht vor). 6.8 Im Austrittsbericht des H.\_\_\_\_spitals [...] vom 22. November 2016 (IV-Nr. 48.3) wurde eine transitorische ischämische Attacke (TIA) diagnostiziert. Der Beschwerdeführer habe sich selbständig auf dem Notfall vorgestellt, mit passagerer Aphasie, verschwommenem Sehen und Diplopie seit 3 Stunden. Es zeige sich ein kardiopulmonal stabiler Patient mit Doppelbildern beim Blick nach links. Die Sprache sei noch etwas stockend gewesen, aber nicht verwaschen und ohne Wortfindungsstörungen. Computertomografisch hätten sich keine Hinweise auf eine zerebrale Blutung, Infarktdemarkation oder Stenosierung der hirnzuführenden Gefäße gefunden. Das im Verlauf durchgeführte MRI Schädel habe einzelne stattgehabte Mikroblutungen beidseits gezeigt, aber keine Hinweise auf eine frische Ischämie oder intrakranielle Raumforderung. Im Labor hätten sich eine Dyslipidämie, leichte Leukozytose und Hypophosphatämie gezeigt. Im Verlauf sei die initiale Symptomatik vollständig regredient gewesen. In Zusammenschau der Befunde und in Rücksprache mit den Neurologen habe man die Symptomatik am ehesten im Rahmen einer stattgehabten TIA interpretiert. 6.9 Im Bericht des B.\_\_\_\_spitals vom 2. Mai 2017 (IV-Nr. 64.4) betreffend Sprechstunde für

Schulter und Ellbogen wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Oligosymptomatische AC-Gelenksarthrose sowie Tendinopathie der langen Bicepssehne bei SLAP V-Läsion links · subtotale Ruptur des Pectoralis major links nach Verkehrsunfall am 22. Dezember 2013 2. St. n. TIA vor 6 Monaten Der Beschwerdeführer berichte weiterhin über eine Beschwerdebesserung mit nurmehr Schmerzen bei forcierten Belastungssituationen sowie Wetterwechsel. Kein Ruhe- oder Nachtschmerz. Die Schmerzsituation sei subjektiv aktuell gut kompensiert, so dass der Beschwerdeführer auf weitere Therapiemassnahmen verzichte. Dementsprechend werde die Behandlung abgeschlossen. 6.10 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, hielt in seinem Bericht vom 3. Mai 2017 (IV-Nr. 61) fest, der Beschwerdeführer sei in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Er leide unter chronischen Schmerzen, vor allem an der linken Schulter und am rechten Knie. 6.11 Der behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers, Dr. med. J.\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 31. Oktober 2017 (IV-Nr. 89) aus psychiatrischer Sicht folgende Diagnosen: 1. Posttraumatische Belastungsstörung seit schwerem Personenunfall F43.1 2013 2. Rez. depressive Episoden, ggw. leicht F33.0 3. Zwanghafte Persönlichkeitsakzentuierung 4. V. a. somatoforme Schmerzstörung F45.8 Dr. med. J.\_\_\_\_ erhebt folgende Befunde: «Bricht im Gespräch um das früh verlorene Kind emotional zusammen. Gänsehaut auf seinen Armen sichtbar, als er den Autounfall rekonstruiert. Gedächtnisbeeinträchtigung seit Unfall (anamnestisch). Ein- und Durchschlafstörung, bisher wurde keine Medikation diesbezüglich aufgeleitet. Brustmuskelfunktion sichtbar beeinträchtigt. Leidet unter Flashbacks und Alpträumen. Vermeidet seit dem Unfall sich ans Steuer zu setzen. Rasche Reizbarkeit und Wutausbrüche, welche vor dem Unfall nicht vorhanden waren. Dies wurde von der Ehefrau bestätigt. Depressive Stimmung die meiste Zeit des Tages. Verminderter Antrieb. Schuld- und Schamthematik aufgrund der jetzigen Arbeitsunfähigkeit, der körperlichen wie auch psychischen Einschränkungen. Hohe Leistungserwartung an sich selbst, übertriebene Gewissenhaftigkeit und Befolgung sozialer Konventionen, Neigung, Konflikte zu vermeiden. Angst vor sozialer Ablehnung. Der Unfall in Kombination mit der menschenverachtenden Behandlung im [...] Spital verursachte eine posttraumatische Belastungsreaktion beim Patienten. Die depressiven Symptome haben sich in Folge der beruflichen und alltäglichen Einschränkungen und im Hintergrund seiner Persönlichkeitsakzentuierung manifestiert.» Aufgrund der PTBS und der depressiven Störung sei der Beschwerdeführer in der Leistungsfähigkeit zu 90 % vermindert. Er würde unter Zeitdruck dekompensieren, zudem müsse aufgrund der Konzentrationsbeeinträchtigung mit einer erhöhten Fehlerquote gerechnet werden. 6.12 Im polydisziplinären Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2017 (IV-Nr. 91) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - St. n. vorderer Beckenringfraktur mit Dislokation des vorderen Pfeilers sowie Impaktionsfraktur des ventralen Schenkelhalses rechts am 22. Dezember 2013, St. n. offener Reposition und Plattenosteosynthese des vorderen Beckenringes symphysenüberbrückend am 6. Januar 2014, Symphyse synostosiert mit persistierenden Tendomyosen in der Oberschenkelmuskulatur beidseits bei · Rx vom 1. November 2017: Unauffällige Implantatlage, Frakturen stabil, Ossifikationen im Oberschenkel proximal rechts - St. n. Partialruptur des Musculus pectoralis major und der Supraspinatussehne, VD SLAP-Läsion Schulter links am 22. Dezember 2013 mit persistierender Schmerzhaftigkeit in der Bicepsrinne und herabgesetzter Biceps-/ Pectoraliskraft links bei · ausgeprägter Haltungsinsuffizienz · Rx Schulter links vom 1. November 2017: AC-Arthrose, kein weiterer pathologischer Befund · Arthrographie vom 19. Mai 2016 (Radiologie 158):

AC-Arthrose, Verdacht auf SCAP-Läsion, Teilrupturen der Supraspinatus- und Pectoralissehne - St. n. anterolateraler Tibiaplateaufrakturen rechts, HKB-Ruptur rechts, Korbhennelläsion Innenmeniskus am 22. Dezember 2013, St. n. Plattenosteosynthese sowie operativer Versorgung der Tibiaplateaufrakturen, Naht des hinteren Kreuzbandes sowie des Innenmeniskus am 6. Januar 2014 mit persistierendem arthrotischem Reizzustand und Gelenkinstabilität bei · beidseitiger seitengleicher multidirektionaler Instabilität der Kniegelenke · Rx rechtes Knie vom 1. November 2017: geringe lateralseitige Degenerationszeichen - Thorakolumbales vertebrogenes Schmerzsyndrom bei · St. n. Impressionsfraktur LWK1 (AO Typ 1) geringen Grades am 22. Dezember 2013 · thorakolumbaler Skoliose mit Schulter- und Beckengürtelasymmetrie · Rx vom 1. November 2017: Skoliose mit linkskonvexer thorakaler und rechtskonvexer lumbaler Seitenausbiegung Cobb (20°) bei hohlrunder Rückenform, St. n. LWK11-Frakturen mit ventraler Höhenverminderung um 1/7, Lordosewinkel 90°. - Cervikothorakovertebrogenes Schmerzsyndrom bei · Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dysbalance · Rx HWS vom 1. November 2017: Osteochondrose C5/6/7, Cervikothorakale Facettenarthrose - Hypokinetisch rigides Parkinsonsyndrom, ED 07/2015 - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1) - Psychologische Faktoren bei Schmerzen im Rahmen der orthopädischen Diagnosen (ICD-10 F54) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - St. n. Hirnstamm-TIA 11/2016 - Adipositas, BMI 29,4 kg/m<sup>2</sup> - St. n. Thoraxtrauma mit beidseitigem Pleuraerguss anlässlich Verkehrsunfall vom 22. Dezember 2013 - St. n. Orbitabodentraktur links 22. Dezember 2013 - Hyperopie mit Astigmatismus bds. - Presbyopie - Dry Eye Gesamthaft beurteilt, unter Berücksichtigung der somatischen und psychiatrischen Aspekte, sei der Versicherte aufgrund der rein somatischen Verletzungen, welche er beim Unfall erlitten habe, als zu 100 % arbeitsunfähig für die angestammte Tätigkeit als Schweisser zu beurteilen. Dies gelte ab Unfalldatum. In adaptierten Tätigkeiten, das heisse in Tätigkeiten in körperlicher leichter bis intermittierend mittelschwerer Natur, ohne Heben und Tragen schwerer Lasten über 5 bis 10 kg, ohne repetitive schwere Überkopfarbeiten, ohne repetitive Einnahme von körperlichen Zwangshaltungen und ohne hohe Anforderungen für Feinarbeiten sei der Versicherte aus somatischer Sicht zu 80 % arbeitsfähig. Zudem sei es sinnvoll, wenn der Arbeitgeber über die bestehenden Einschränkungen informiert sei, das heisse der Versicherte sollte in einem verständnisvollen wohlwollenden Umfeld, welches die Leistungsanforderung achtsam und schonend kommunizieren könne, eingesetzt werden. In einer solchen adaptierten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zurzeit. Bezüglich Zeitpunkt gebe man diese Einschränkung in einer adaptierten Tätigkeit ab Gutachtensdatum an. Bezüglich retrospektiver Beurteilung sei Folgendes zu sagen: Ein Jahr nach dem Unfall sei von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten auszugehen. Die aktuelle 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen gelte ab Gutachtensdatum. 6.13 Im Bericht des B.\_\_\_\_spitals, Universitätsklinik für Neurologie, vom 28. Februar 2018 (IV-Nr. 99) wurde ausgeführt, in einer telefonisch durchgeführten Fremdanamnese berichte eine der Töchter (Frau K.\_\_\_\_), dass es in den letzten 2 - 3 Jahren zu einer schleichend progredienten Vergesslichkeit gekommen sei. Insbesondere die Erinnerung an Termine und Gesprächsinhalte falle ihrem Vater zunehmend schwer. Die Selbständigkeit habe im Vergleich zu früher sehr abgenommen, die Familie müsse ihn bei der Einhaltung von Terminen und bei administrativen Tätigkeiten unterstützen. Im Alltag fehle es ihm an Struktur. Er müsse zu Aktivitäten aufgefordert und motiviert werden. Stimmungsmässig sei er unausgeglichener als früher und oft gereizt. Beim Erzählen falle es ihrem Vater schwer,

beim Thema zu bleiben und er müsse vermehrt nach Wörtern suchen. Inhaltlich wiederhole er sich öfter. Auch falle eine allgemeine Verlangsamung im Vergleich zu früher auf. Unter «Befunde und Beobachtungen» wurde ausgeführt, die Aufmerksamkeitsaktivierung (Alertness) sei mittelschwer bis schwer reduziert; selektive Aufmerksamkeit leicht beeinträchtigt; geteilte Aufmerksamkeit leicht bis mittelschwer beeinträchtigt; kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit schwer beeinträchtigt; nach ca. 2.75 Stunden Untersuchungszeit Hinweise auf Einschränkungen der Daueraufmerksamkeit und erhöhte Ermüdbarkeit. Lernen und Gedächtnis: Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnis: Die verbal-akustische Merkspanne sei leicht bis mittelschwer reduziert. Die non-verbale, visuelle Merkspanne sei normgerecht. Leichte Schwierigkeiten, mehrere Informationen temporär zu speichern, aktiv zu halten und damit zu manipulieren. Anterograde (episodische) Lern- und Gedächtnisleistungen: Für verbal-akustisch dargebotene Informationen leicht beeinträchtigte Lern- und Abrufleistung sowie schwer beeinträchtigte Wiedererkennungslleistung. Der figurative Abruf einer komplexen geometrischen Figur sei leicht beeinträchtigt. Sprechen / Sprache / Kommunikation: In der Spontansprache laut Dolmetscherin weitschweifiges, teils stockendes Erzählen mit vereinzelt Wortfindungsstörungen. Testpsychologisch im Benennen von Bildern leichte Auffälligkeit. Exekutivfunktionen: Antrieb: Vom klinischen Eindruck leichte Probleme, Handlungen zu initiieren; Ideenproduktion (divergentes Denken) sprachlich (Word Fluency) mittelschwer beeinträchtigt, nicht-sprachlich (Design-Fluency) altersentsprechend. Impulskontrolle: Auffällig, schwer verlangsamt mit erhöhter Anzahl Fehler (Stroop-Test). Umstellfähigkeit: Schwer beeinträchtigt. Schlussfolgernd-deduktives Denken: leicht bis mittelschwer beeinträchtigt. Zur Beurteilung wurde festgehalten, im Vergleich zu entsprechenden Alters- und Bildungsnormen beständen beim Beschwerdeführer insgesamt leichte bis mittelschwere (vereinzelt auch bis zu schwer reichende) formale Minderleistungen in Aufmerksamkeits-, Exekutiv- und Gedächtnisfunktionen. Diese Befunde stimmten mit den subjektiven und fremdanamnestischen Angaben weitgehend überein. Ätiologisch seien diese neurokognitiven Beeinträchtigungen nicht eindeutig zuordenbar. Bei fremdanamnestisch berichteter Progredienz der Defizite könne eine neurodegenerative Erkrankung nicht ausgeschlossen werden. 6.14 Im Bericht des B. \_\_\_spitals, Universitätsklinik für Neurologie, vom 9. April 2018 (IV-Nr. 103, S.2) wurden unter anderem eine Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen – multilokulär, insbesondere der Schulter links, v.a. myofasziale Komponenten – sowie eine Posttraumatische Belastungsstörung infolge schwerem Personunfall 2013 in [...] mit rez. depressiver Störung diagnostiziert. Beim Beschwerdeführer liege eine komplexe, mehrdimensionale Schmerzproblematik vor mit massgeblichen somatischen und psychischen Anteilen. Additiv zum primären somatischen Kernschmerz gebe es Hinweise für eine chronische Schmerzerkrankung unter dem Mechanismus der somatosensorischen Reizamplifizierung (Schmerzschwellensenkung, Hyperalgesie). Es fänden sich in der Anamnese auch Hinweise für massgebliche degenerative Veränderungen sowie therapierbare myofasziale Anteile. Weiterhin müsse als schmerzunterhaltender Faktor die posttraumatische Belastungsstörung und die rez. Depressivität bewertet werden. Für den Beschwerdeführer sei dieser psychische Anteil aktuell selbst noch nicht ganz integrierbar. Ebenfalls Anteil an einer chronischen Entwicklung möge das neurologischerseits diagnostizierte, am ehesten idiopathische Parkinsonsyndrom sein, welches infolge der muskulären Rigidität Fehlhaltungen begünstige und damit die myofasziale Komponente unterstütze. 6.15 In ihrer Stellungnahme vom 29. Mai 2018 (IV-Nr. 101) gingen die

C.\_\_\_\_-Gutachter unter anderem auf die Kritik des Beschwerdeführers ein, wonach der im C.\_\_\_\_-Gutachten attestierte Zeitpunkt des Beginnes der adaptierten Arbeitsfähigkeit (ein Jahr nach Unfallereignis) nicht nachvollziehbar sei. Dazu hielten die Gutachter fest, am 9. Oktober 2014 sei der Suva-Kreisarzt nach erfolgter Untersuchung des Versicherten von einer vollen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten ausgegangen. Am 15. Januar 2015 sei anlässlich der Sprechstunde an der Hüftchirurgie, B.\_\_\_\_spital [...], von einem zufriedenstellenden Verlauf ein Jahr nach Unfall gesprochen worden und eine adaptierte Tätigkeit sei «voraussichtlich bis zu 80 %» für zumutbar erachtet worden. Nach Ansicht des Beschwerdeführers handle es sich bei der in diesem Bericht angegebenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit lediglich um eine prognostische Einschätzung und nicht um eine attestierte Arbeitsfähigkeit. Tatsache sei aber, dass der Arzt der Hüftchirurgie nach erfolgter Untersuchung des Versicherten von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen sei, eine konkrete Datumangabe, ab wann er dies für möglich gehalten habe, fehle allerdings im Bericht. Zusammenfassend fänden sich also unterschiedliche zeitliche Angaben. Im Oktober 2014 sei der Kreisarzt von einer vollen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ausgegangen, dem Versicherten seien aber erst ab 1. Oktober 2015 die Taggeldleistungen eingestellt worden, entsprechend der erwarteten 75%igen Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Einschätzung der Hüftchirurgie vom Januar 2015 mit der erwarteten 80%igen Arbeitsfähigkeit stehe hier nicht im Widerspruch. Stütze man sich nun auf den Entscheid der Suva ab, so könne man auch den Beginn einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ab 1. Oktober 2015 datieren. Auch unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich aufgetretenen Schulterproblematik seien anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung von November 2016 für adaptierte Tätigkeiten keine neuen medizinischen Aspekte erwähnt worden. Aus psychiatrischer Sicht sei der Einwand, dass die Arbeitsunfähigkeit von 50 % nicht schon seit 2015 festgestellt werde, obwohl die begründende Diagnose seit mindestens 2015 bestehe, gerechtfertigt. Entsprechend datiere man die rein psychiatrisch begründete Einschränkung von 50 % auf Februar 2015.

6.16 Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 3. Juli 2018 (IV-Nr. 107) aus, die zwischenzeitlich neu vorgelegten Sprechstunden-Berichte der Neurologie am B.\_\_\_\_spital würden keine neuen medizinischen Sachverhalte nennen. Sofern hierin vom polydisziplinären Gutachten abweichende Diagnosen genannt würden (z. B. anhaltende somatoforme Schmerzstörung), seien diese entweder als fachfremd vom Zuweiser (Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_) übernommen oder als andere Einschätzung desselben Sachverhaltes anzusehen. Bis zum Datum der polydisziplinären Begutachtung erscheine der komplexe medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt, um auf die Einschätzungen der Gutachter abstellen zu können.

6.17 Im Austrittsbericht des B.\_\_\_\_spitals, Universitätsklinik für Neurologie, vom 12. Oktober 2018 (IV-Nr. 114) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, multilokulär, insbesondere der Schulter links, V. a. myofasziale Komponente, St. n. mehreren Frakturen bei schwerem Autounfall 2013 2. Mittelschwere neurokognitive Störung, Ätiologie a. e. multifaktoriell: St. n. Unfall mit Kopfanprall / posttraumatische Belastungsstörung / Parkinson-Syndrom / St. n. TIA / Schmerzstörung / depressive Störung. Differenzialdiagnose: Demenzielle Entwicklung; neurokognitive Testung vom 28. Februar 2018, B.\_\_\_\_spital [...] (Neurologie): insgesamt leichte bis mittelschwere (vereinzelt auch bis zu schwer reichende formale Minderleistungen in Aufmerksamkeits-, Exekutiv- und Gedächtnisfunktionen 3. Posttraumatische Belastungsstörung nach schwerem Personenunfall 2013 4.

Parkinsonsyndrom, Erstdiagnose: 2016, Ätiologie a. e. idiopathisch 5. St. n. transitorisch-ischämischer Attacke 6. November 2016 6. Subklinische Hypothyreose 7. Hyperlipidämie Die neurokognitive Testung vom 28. Februar 2018, B.\_\_\_\_spital [...] (Neurologie), habe insgesamt leichte bis mittelschwere (vereinzelt auch bis zu schwer reichende) formale Minderleistungen in Aufmerksamkeits-, Exekutiv- und Gedächtnisfunktionen ergeben. Der Beschwerdeführer sei bei bestehendem Schmerzsyndrom und posttraumatischer Belastungsstörung zur stationären Behandlung zugewiesen worden. Aufgrund der auf der Station auffallenden kognitiven Defizite sowie der Empfehlung der Neuropsychologen/Neurologen im Bericht vom 28. Februar 2018 habe man zur weiteren Abklärung ein MR des Schädels durchgeführt. Hierbei falle eine unveränderte, leichte mikroangiopathische Leukenzephalopathie Fazekas 1 auf. Weiter habe eine unspezifische Mikroblutung sowie das Fehlen des Nigrosome-1 (vereinbar mit Parkinsonsyndrom) dargestellt werden können. Hinweise auf eine diffuse axonale Schädigung bei St n. Verkehrsunfall 2013 ergäben sich keine. Insbesondere zu Beginn des Aufenthaltes sei der Beschwerdeführer durch seine deutlich eingeschränkte örtliche und zeitliche Orientierung aufgefallen. Er habe sich auf der Station nur eingeschränkt zurecht gefunden, habe teilweise sein Zimmer nicht mehr gefunden und habe die Wege zu den Therapien nicht alleine bewältigen können. So sei er auf enge Begleitung durch das Pflegepersonal angewiesen gewesen, um den Stationsalltag und das Therapieprogramm bewältigen zu können. Informationen hätten ihm mehrmalig erklärt werden können, damit er sie verstanden habe. Ebenso seien Merkfähigkeits- und Gedächtnisschwierigkeiten aufgefallen. Er sei nicht in der Lage gewesen, sein Telefon zu bedienen, um Angehörige anzurufen. Im Rahmen eines Familiengesprächs zusammen mit seiner Ehefrau und seiner Tochter hätten zusätzliche fremdanamnestiche Informationen erhoben werden können. Diese berichteten, dass der Beschwerdeführer nicht mehr gut denken könne, sehr vergesslich geworden sei, Sachverhalte mehrmals erzähle, teilweise sehr anhänglich sei, nachts mit Ängsten aus dem Schlaf aufschreke, schlecht durchschlafen könne und auch Wutausbrüche habe. Im Verlauf des Aufenthaltes habe sich der Beschwerdeführer im gut strukturierten stationären Alltag besser zurechtgefunden. Er habe sich gut in die Patientengruppe integriert und habe Gruppenmitglieder gefunden, welche ihn z.B. im Finden von Therapieorten unterstützt hätten. Im Rahmen des stationären Therapieprogramms sei ihm eine dosierte Wiederaufnahme des körperlichen Trainings gelungen. Er habe sich in den Therapien hochmotiviert und engagiert gezeigt. Die bei Eintritt stark vorhandene Nervosität und Unruhe habe im Verlauf abgenommen und er habe seine Fähigkeiten verbessert, sich zu entspannen und zur Ruhe zu kommen. Ebenfalls sei es zu einer leichten, aber relevanten Verbesserung der Schmerzsymptomatik gekommen. Einmalig sei es vorgekommen, dass er einen Tag lang keine Schmerzen in seinem Bein verspürt habe, was seit Jahren nicht mehr vorgekommen sei. Schmerzen im Bereich des Achillessehnenansatzes habe er mithilfe von Dehnungsübungen deutlich reduzieren können. Der Beschwerdeführer sei in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik in [...] angemeldet worden. Es werde dringlichst eine weitere Abklärung der kognitiven Defizite empfohlen. 6.18 In der Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, vom 5. Dezember 2018, wurde ausgeführt, der im Rahmen des Einwandes gegen den IV-Vorbescheid nun vorliegende Austrittsbericht der Neurologie, B.\_\_\_\_spital, enthalte auf seinem Kerngebiet (Neurologie) keine wirklich neuen med. Fakten gegenüber den umfassenden Abklärungen des Versicherten in der polydisziplinären Begutachtung des C.\_\_\_\_ vom 12/2017. Die von der Einschätzung der Gutachter allerdings

teilweise weit abweichende Beurteilung des Sachverhaltes durch die Behandler stütze sich insbesondere auf dramatisch wirkende neuropsychologische/-kognitive Beurteilungen der eindrücklich beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten des Versicherten, die zudem noch durch die fremdanamnestischen Angaben der Angehörigen des Versicherten scheinbar gestützt würden. Ein (gegenüber den Abklärungen der polydisziplinären Begutachtung) neuer medizinischer Sachverhalt erscheine dennoch bei dem Versicherten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit plausibel ausgewiesen. Die Behandler gäben keine dringend gebotene plausible somatische Begründung resp. Erklärung der dramatisch geschilderten, eindeutig organisch getönten Symptome und Probleme des Versicherten (bspw. durch eine naheliegende objektivierende neuropsychologische Kontrolluntersuchung zur hauseigenen Abklärung vom Februar 2018). Auch schienen dem Austrittsbericht zufolge die dramatisch auffällig geschilderten Defizite des Versicherten im weiteren Verlauf keine zentrale Rolle mehr gespielt zu haben. So gäben die Behandler im Verlauf nicht (wie zu erwarten wäre) im Stationsalltag auffällige anhaltende Verunsicherung, Hilflosigkeit, Orientierungs- oder Gedächtnisdefizite und nicht einmal eingeschränkte kognitive Ressourcen des Versicherten an. Seine Verhaltensweisen würden dagegen als einsichtig, dankbar und beziehungsfähig bezeichnet, das Bild eines mit seinen Problemen, wie auch insbesondere anderen Personen angemessen umgehenden Versicherten hervorgehoben. Schliesslich werde von den Behandlern zur Weiterbehandlung sogar eine tagesklinische psychiatrischpsychotherapeutische Behandlung empfohlen, die ja bekanntlich eine recht hohe kognitive und affektive Alltags- und Selbstkompetenz erfordere und deshalb für Personen mit erheblichen neurokognitiven Einschränkungen nicht empfehlenswert wäre. Wie sich diese Empfehlung und die Einschätzungen mit den anfänglich behaupteten neurokognitiven und neuropsychologischen Defiziten in Einklang bringen liessen, werde von den Behandlern nicht näher erläutert. Jedoch stellten diese Beschreibungen des Verhaltens des Versicherten aus Sicht des RAD einen nicht unerheblichen Kontrast, sogar Widerspruch zu den (der Beschreibung nach) eindeutig organisch getönten Ausfällen des Versicherten dar (örtlich und zeitlich desorientiert, Merkfähigkeits- und Orientierungsstörungen). Sie schienen eindrücklich die Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung im Rahmen der Begutachtung zu bestätigen, die, jedenfalls zum damaligen Zeitpunkt der Untersuchung, keinerlei neuropsychologisch objektivierbare Befunde habe nachweisen können. Andererseits widersprächen sie eindeutig den insbesondere subjektiven Einschätzungen einer stetigen neurokognitiven und -psychologischen Verschlechterung des Versicherten und schienen auch mit den Resultaten der neuropsychologischen Abklärungen vom Februar 2018 im B. \_\_\_spital nicht ohne weiteres vereinbar. Aus Sicht des RAD sei daher festzuhalten, dass ein klarer Nachweis einer Verschlechterung der neuropsychologischen und neurokognitiven Funktionen des Versicherten, aber auch anderer, somatisch neurologischer oder gar psychiatrischer Befunde bei dem Versicherte seit der Begutachtung damit nicht als überwiegend wahrscheinlich erbracht angesehen werden könne. Hierzu sei bspw. auch auf die (lt. Neurologie) unveränderten Verhältnissen in der Bildgebung (Schädel-MRI) verwiesen. Ob es tatsächlich innerhalb des sehr kurzen Zeitraums seit dem Zeitpunkt der umfassenden Begutachtung zu der behaupteten erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten gekommen sei, erscheine weiterhin zumindest eher fraglich und unsicher. Somit sei weiterhin auf die fundierten Abklärungsergebnisse und die dadurch begründeten Annahmen zum med. Sachverhalt und dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten gemäss Gutachten C. \_\_\_ abzustellen. 7. Da die Beschwerdegegerin im angefochtenen

Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2017 (IV-Nr. 91) abstellt, ist dessen Beweiswert zu prüfen. Das Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht (S. 19 - 23, 25 - 30, 36 - 37, 39 - 40, 42 - 46, 49 - 54 des Gutachtens) und die Vorakten studiert haben (S. 4 - 18 des Gutachtens). Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt:

7.1 Im internistischen Teilgutachten wird dargelegt, im Rahmen des schweren Verkehrsunfalles von 2013 habe der Versicherte unter anderem ein Thoraxtrauma mit damals beidseitigem Pleuraerguss erlitten, die Situation sei heute unauffällig, kardiopulmonal bestehe ein unauffälliger Befund, keine Beschwerden von Seiten der stattgehabten Thoraxkontusion. Die Adipositas sei leicht bis mässig. Demnach erscheint es nachvollziehbar, wenn der Gutachter festhält, aus rein internistischer Sicht lasse sich keine Begründung für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angeben.

7.2 Im orthopädischen Teilgutachten setzt sich der Gutachter eingehend und wohlbegründet mit den verschiedenen vom Beschwerdeführer erlittenen Verletzungen und den geklagten Beschwerden auseinander: Bei der klinischen Untersuchung ergebe sich eine reizlose Situation im vorderen Beckenring nach Plattenosteosynthese der Symphyse bei geringer Kompressions- und Palpationsschmerzäusserung. Im hinteren Beckenbereich zeigten sich die Iliosakralgelenke als druckindolent. Es werde eine Schmerzhaftigkeit an den Ursprüngen und Ansätzen der ischiocruralen Muskulatur rechts > links und in deren Verlauf eher leichten Grades geäussert. Die Dehnungstests der ischiocruralen Muskulatur fielen positiv aus, rechts deutlich, links angedeutet. Der Langsitz könne problemlos durchgeführt werden. Der Finger-Boden-Abstand betrage 10 cm. Die Ober- und Unterschenkelmuskulatur sei rechtsseitig im Seitenvergleich um etwa 1 cm verschmächtigt. Die Röntgenaufnahme des Beckens a.p. ergebe einen knöchernen Durchbau bei unauffälliger Implantatlage. Es zeige sich eine Ossifikation projiziert medialseitig des Trochanter minor. Die rechte Hüfte weise am Hüftkopf zirkuläre Randwulstbildungen auf. Die Iliosakralgelenke seien radiologisch unauffällig. Die Symptomatik in der ischiocruralen Muskulatur rechts könne als Ausdruck einer Ossifikation in einem traumatischen Einblutungsbereich rechts interpretiert werden. Dies könne die Myosen in der Oberschenkelmuskulatur rechts erklären. Eine Symptomatik auf der linken Seite sei jedoch nicht in dieser Intensität nachvollziehbar. Zwar zeigten sich Osteophyten zirkulär am Hüftkopf rechts. Die Beweglichkeit der Hüftgelenke sei jedoch regelrecht, auch sei der Gelenkspalt von normaler Höhe. Allerdings bestünden an beiden Hüftgelenken die Zeichen einer leichten Coxa profunda. Eine wesentliche klinische Relevanz sei hieraus jedoch aktuell nicht abzuleiten. Die Funktionsstörung durch diese Problematik wirke nach objektiven Kriterien eher gering. Bemerkenswert sei eine Beinlängendifferenz, welche im Zusammenhang mit der Skoliose zu sehen sei. Diese betrage 1.5 cm zu Ungunsten rechts. Bei der klinischen Untersuchung habe sich ein Beckentiefstand links von 2 - 3 cm ergeben. Auch der Beckenstand in der Röntgenaufnahme des Beckens a.p. stelle sich links um 2.5 cm tiefer dar. Als weitere unfallbezogene Symptomatik würden Beschwerden an der linken Schulter geäussert. Diese würden in den anfänglichen Unfallberichten nicht erwähnt. Entsprechend späterer Berichte und der Anamnese seien diese jedoch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf das Unfallgeschehen zurückzuführen, zumindest teilweise. Bei der Anamneseerhebung werde die Schmerzhaftigkeit beidseits ventral auf die Bicepsrinne beziehungsweise den vorderen Gelenkspalt projiziert, links deutlicher als rechts. Bei der Untersuchung ergebe sich eine schmerzhaftige Abduktionseinschränkung ab etwa 150° links.

Bei der Funktionsprüfung ergebe sich eine unauffällige Abduktionskraft in der linken Schulter, jedoch eine eingeschränkte Kraft der Innenrotation und des Biceps links. Die aktuelle Röntgenaufnahme der linken Schulter vom 1. November 2017 ergebe keine Auffälligkeit, allenfalls die Zeichen einer AC-Arthrose, welche jedoch klinisch inapparent sei. Die Arthrographie vom 19. Mai 2016 habe eine Teilruptur der Supraspinatussehne und der Pectoralissehne bei Verdacht auf SLAP-Läsion ergeben. Die Schmerzsymptomatik an der rechten Schulter sei als rein haltungsbedingt zu werten mit entsprechendem Reizzustand in der Bizepsrinne. Es liege somit ein schmerzhaftes Syndrom der linken Schulter vor bei Läsion und Funktionsbeeinträchtigung der Biceps- und Pectoraliskraft links. Der Bicepsumfang an den Oberarmen sei allerdings nicht seitendifferent. Sodann seien Schmerzen bei Belastung und Bewegung am thorakolumbalen Übergang genannt worden. Der Versicherte habe sich hier im Rahmen des Unfalles vom 22. Dezember 2013 eine Deckplattenimpressionsfraktur LWK1 zugezogen. Bei der Untersuchung habe sich eine ausgeprägte thorakolumbale Skoliose und Bewegungs- und Druckschmerzhaftigkeit am thorakolumbalen Übergang gezeigt. Die Skoliose habe sich radiologisch mit einem Winkel nach Cobb im Lumbalbereich von 20° dargestellt. Die Wirbelverformung LWK1 habe die Wirbelsäulenachsabweichung frakturbedingt nicht ersichtlich verstärkt. Die Frakturheilung sei als abgeschlossen zu betrachten. Es handle sich um einen Irritationszustand am thorakolumbalen Übergang bei hochgradiger thorakolumbaler Skoliose und – in geringem Masse – St. n. LWK-Fraktur. Begünstigend hierfür sei die muskuläre Insuffizienz. Von einer folgenlosen Ausheilung der Rippenfrakturen könne ausgegangen werden. Die diffusen Beschwerden sternocostal und am Rippenbogen würden kausal der Skoliose mit Rumpfasymmetrien zugeschrieben. Als weiterer Problemkreis würden Schmerzen seitens des rechten Kniegelenkes genannt. Hier sei bereits im jungen Erwachsenenalter eine Meniskektomie durchgeführt worden. Beim Unfall vom 21. Dezember 2013 sei es offensichtlich zu einer komplexen Verletzung des rechten Kniegelenkes mit anterolateraler Tibiaplateaufraktur rechts, HKB-Ruptur rechts und Korbhennelläsion des Innenmeniskus gekommen. Bei der gutachterlichen Untersuchung seien Schmerzen beim Treppabgehen und eine Schwäche beim Treppaufgehen am rechten Kniegelenk genannt worden. Bei der Untersuchung zeigte sich im Seitenvergleich eine leichte Umfangminderung der Beine von rechts gegenüber links, den Ober- und Unterschenkel mit einer Differenz von 1 cm betreffend. Es liessen sich Reizzustände im Sinne von Kapselverdickungen am rechten Kniegelenk erkennen. Die Beweglichkeit sei als gut einzustufen bei lediglich endgradiger schmerzhafter Beugefähigkeit rechts. Es zeige sich jedoch an beiden Kniegelenken eine multidirektionale, seitengleich ausgeprägte ligamentäre Insuffizienz. Die Röntgenaufnahme des rechten Kniegelenkes habe einen Status nach operativer Versorgung ergeben, jedoch mit aktuell nur geringgradigen lateralseitigen Gonarthrosezeichen. Es liege somit ein persistierender posttraumatischer Reizzustand des rechten Kniegelenkes vor, bei initialer Gonarthrose rechts, bei konstitutioneller ligamentärer multidirektionaler Insuffizienz beider Kniegelenke. Entsprechend des klinischen Eindrucks sei mit einer künftigen progredienten Gonarthroseentwicklung rechts zu rechnen bei wahrscheinlich vorliegendem posttraumatischem Knorpelschaden in Kombination mit einer konstitutionellen Laxität des Gelenkes. Geklagt werde zudem über Schmerzen in der Nacken-Thorax-Region sowie des linksseitigen Schädels. Bei der klinischen Untersuchung ergebe sich eine hochgradige Haltungsinsuffizienz bei ausgeprägter hohlrunder Rückenform, speziell im cervikothorakalen Bereich. Als schmerzhaft würden sehr umschrieben die Vertebrae prominens sowie die cervikothorakalen Facetten genannt. Hinweise auf radikuläre

Irritationen oder Defizite ergäben sich nicht. Die Röntgenaufnahmen der HWS (1. November 2017) zeigten vor allem Osteochondrosen der unteren Segmente und cervikothorakale Facettenarthrosen. Es handle sich hier um die typische Konstellation einer Haltungsinsuffizienz bei hohlrunder Rückenform mit den entsprechenden Reizzuständen an den Facetten, den Sehnenansätzen und Verspannungen in der Muskulatur. Die Symptomatik sei als unfallunabhängig einzuordnen. Insgesamt bestehe eine verminderte Beweglichkeit und Belastbarkeit der Wirbelsäule, der oberen und unteren Extremitäten. Nicht durchgeführt werden könnten längeres Gehen und Stehen, Gehen auf unebenem Gelände, Tätigkeiten mit häufigem Bücken, anhaltenden stereotypen Körperhaltungen, Tätigkeiten mit stärkeren Belastungen des linken Armes (adominant) sowie über Schulterhöhe. Adaptierte, dem Körperleiden angepasste Tätigkeiten wären aber weitgehend möglich.

7.3 Im neurologischen Teilgutachten wird ausgeführt, aus neurologischer Sicht finde sich unfallunabhängig ein hypokinetisch-rigides Parkinson Syndrom, das mit Sifrol 0.75 mg abends und Azilect 1 mg morgens recht gut eingestellt sei. Es persistiere zurzeit ein leichter rechtsbetonter Rigor sowie eine Bradykinese vor allem des rechten Armes ohne Ruhetremor. Im Weiteten habe der Versicherte 2016 einen transitorischen Hirnstamminsult mit Dysarthrie und Augenmotilitätsstörung erlitten. Auch diesbezüglich fänden sich keine neurologischen Defizite. Dagegen bestünden aus neurologischer Sicht beeinträchtigende chronische Cervikalgien mit Schmerzausstrahlungen in den Schulter-Arm-Bereich und in den Hinterkopf, die als mittelschwer zu erachten seien. Eine Radikulopathie könne aber nicht festgestellt werden. Das hypokinetisch-rigide Parkinson-Syndrom sei zurzeit als leicht zu beurteilen. Der Versicherte sei durch eine Bradykinese bei der Arbeit eingeschränkt. Nicht mehr zumutbar seien körperlich schwere Tätigkeiten mit Tragen von Gewichten oder Tätigkeiten mit Zwangshaltungen. Ebenso Tätigkeiten, die eine Feinarbeit beinhalten würden.

7.4 Im ophthalmologischen Teilgutachten wird dargelegt, der Explorand benötige, um eine volle Sehschärfe zu erreichen, eine Brille für die Ferne und entsprechend der Presbyopie auch für die Nähe. Die kleinen flauen Narben in der Hornhaut seien optisch bedeutungslos und hingen mit seiner Tätigkeit als Schweisser in früheren Jahren zusammen, als er sich Hornhautfremdkörper zugezogen habe. Das trockene Auge sei im Zusammenhang mit dem Alter zu sehen. Der Explorand sei vom Optischen her nicht behindert, insbesondere lägen keine Lähmungserscheinungen im Zusammenhang mit der Orbitabodenfraktur links vor.

7.5 Im Rahmen des neuropsychologischen Gutachtens wurden mit dem Beschwerdeführer umfangreiche Testverfahren durchgeführt. Der Gutachter führt in diesem Zusammenhang aus, im Hamburg-Wechsler-Intelligenztest zeige der Explorand im Bereich der Merkfähigkeit für Zahlen (Zahlen nachsprechen) eine durchschnittliche Leistung. Im Untertest zur Prüfung der visuo-spatialen Konstruktion (Mosaik-Test) sei die Leistung knapp unterdurchschnittlich. Im Verfahren zur Prüfung des Arbeitstempos und der visuell-motorischen Koordination (Zahlen-Symbol-Test) sei das Ergebnis anfänglich sehr deutlich unterdurchschnittlich. Werde dem Exploranden gesagt, dass dieses Resultat sehr deutlich unterdurchschnittlich sei und ein solcher Wert ungewöhnlich, so gelinge dem Exploranden ein durchschnittliches Arbeitsergebnis im zweiten Durchgang. Die visuell-motorische Koordination und das Arbeitstempo müssten somit als durchschnittlich angenommen werden. Die auditive Merkspanne für Zahlen (Zahlen nachsprechen vorwärts = 5 bei 0 Fehlern) sei durchschnittlich. Das Arbeitsgedächtnis für Zahlen (Zahlen nachsprechen rückwärts) sei anfänglich unterdurchschnittlich (Zahlen nachsprechen rückwärts 3). Werde dem Exploranden nahegelegt, die Zahlenreihe zuerst laut vorwärts zu nennen, so gelinge ihm ein

durchschnittliches Resultat (Zahlen nachsprechen rückwärts = 4). Über alle drei durchgeführten Untertests lasse sich zum jetzigen Zeitpunkt eine durchschnittliche Leistungsfähigkeit des Exploranden im Bereich der Intelligenz berechnen. Sodann löse der Explorand 7/10 Aufgaben zu den Grundrechenoperationen im 100er Raum. Werde der Explorand darauf hingewiesen, dass er bei zwei Aufgaben die Rechenoperationszeichen falsch interpretiert habe, so könne er sofort die richtige Lösung aufschreiben. Somit müsse bei 9 richtigen Aufgaben von einer erhaltenen Rechenfähigkeit des Exploranden ausgegangen werden. Des Weiteren vermöge der Explorand einen Bewegungsablauf über fünf Würfel zweimal nachzuvollziehen. Die nonverbale Merkspanne für Bewegungsabläufe sei unauffällig. Im Aufmerksamkeits-Belastungs-Test arbeite der Explorand aufgrund einer sehr langsamen Arbeitsweise sehr deutlich unterdurchschnittlich (Gesamtprozentrang 6.7). Eine Wortfindungsstörung in albanischer Sprache lasse sich nicht eruieren (Boston-Naming-Test 15/15). Die grundlegende kognitive Orientierung sei anfänglich ungenügend (Mini-Mental-Status (MMS) 24/28). Werde bei Fehlangaben nachgefragt oder offensichtlichen Fehlern (der Explorand sei anfänglich nicht in der Lage seinen Vornamen richtig zu buchstabieren) zeige der Explorand ein durchschnittliches Resultat (Mini-Mental-Status (MMS) 29/28). Die Erinnerungsleistung für Worte im unmittelbaren Abruf sei knapp ungenügend (Wortliste Gedächtnis erster bis dritter Durchgang 16/17). Der zeitverzögerte Abruf für Worte sei durchschnittlich (Wortliste Abrufen Richtige 7/5). Eine Intrusionsneigung finde sich nicht (Wortliste Abrufen Intrusionen 0). Die konstruktive Praxis sei erhalten (Konstruktive Praxis 11/10). Der Abruf von figuralem Material sei durchschnittlich (Konstruktive Praxis 11/8). Somit fänden sich in diesem Verfahren lediglich leichte Leistungseinbußen beim selbstaktiven unmittelbaren Abruf von Worten. Da der zeitverzögerte Abruf jedoch im Normbereich liege, dürfte diese Minderleistung auf eine mangelnde Motivation zurückzuführen sein. Beim LGT 3 würden 10 Gegenstände erinnert (Prozentrang 58). Die Erinnerungsleistung für Gegenstände sei durchschnittlich. Die Testinstruktion werde vom Dolmetscher in albanischer Sprache vorgegeben. Das Instruktionsverständnis sei vollständig gegeben. Ein Text in albanischer Sprache werde lediglich ungenügend erinnert (fünf Textelemente erinnert). Der zeitverzögerte Abruf nach 45 Minuten sei wiederum unterdurchschnittlich (fünf Textelemente erinnert). Word fluency semantisch (Albanisch): In einer Minute würden in der albanischen Sprache zehn Begriffe gebildet. Es fänden sich keine Perseveration oder Regelbrüche im Testprotokoll. Die Wortfluenz nach semantischer Vorgabe sei mengenmässig deutlich reduziert. Screening-Verfahren zur Validität: Es würden 11/15 Symbole erinnert. Werde dem Exploranden gesagt, dass es weitere Symbole gegeben habe, so würden zwei weitere Symbole erinnert. Die Erinnerungsleistung für Symbole sei durchschnittlich. Somit fänden sich in diesem Verfahren keine Hinweise auf eine bewusste Verdeutlichungstendenz beim Exploranden. Diktat und Handschriftprobe: Ein mittelschwerer Satz werde in der albanischen Sprache richtig geschrieben. Das Schriftbild sei eine Keilschrift. Verhaltensbeobachtung: Der Explorand sei anfänglich zeitlich und kalendarisch nicht orientiert. Werde der Explorand jedoch nach Fehlangaben darauf hingewiesen, so sei er in der Lage den richtigen Tag des Monats und den richtigen Wochentag zu nennen. Ebenso gebe er anfänglich örtlich eine Fehlangebe an (erster Stock). Werde er auf diese hingewiesen, so sei er in der Lage die richtige Angabe in Bezug auf das Stockwerk zu machen (nein, es sei der zweite Stock gewesen). Die Spontanmotorik zeige ein deutliches Zittern. Die Graphomotorik sei untersteuert. Die Spontansprache sei in Albanisch unauffällig, habe der Dolmetscher gesagt. Auf Deutsch könne sich der Explorand nach

anfänglichen Schwierigkeiten gut verständigen. Das Denken sei in albanischer Sprache formal und inhaltlich geordnet. Die Emotionalität und die Affekte seien in der Untersuchungssituation stabil. Das Sozialverhalten sei adäquat. Der Antrieb sei über die ganze Testdauer erhalten. Die Motivation zur Testdurchführung sei phasenweise nicht gegeben. Im Untertest zur Prüfung der visuell-motorischen Koordination (Zahlen-Symbol-Test) zeige der Explorand anfänglich ein unterdurchschnittliches Resultat. Werde er auf dieses hingewiesen und das Verfahren wiederholt, so sei das Resultat durchschnittlich. Das Lesen sei mit einer Brille (+3.0) auch in Deutsch gut möglich. Die Testinstruktionen würden über das Gehör verstanden. Der Explorand sei eindeutig rechtshändig orientiert. Auf Befragen hin gebe er für Nackenschmerzen die Werte von 8 auf einer 10er Schmerzsкала (10 maximale Schmerzen) an. Am Ende der neuropsychologischen Untersuchung nenne er die gleichen Werte für die gleichen Schmerzen. Zusätzlich gebe er nach einer Stunde Schmerzen im Oberschenkel an. Für diese nenne er am Ende der neuropsychologischen Untersuchung die Werte von

## **E. 9**

auf der 10er Skala. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen des Gutachters vermögen auch seine Schlussfolgerungen zu überzeugen: Ein Validitätsverfahren zeige zwar keine Hinweise auf eine bewusste Verdeutlichungstendenz beim Exploranden. Dennoch sei die Validität des heutigen neuropsychologischen Testprofils nicht gegeben. Der Explorand sei in verschiedenen Bereichen fähig nach anfänglichen Minderleistungen ein durchschnittliches Resultat zu liefern, wenn er auf die Minderleistungen hingewiesen werde. Die Intelligenz könne als durchschnittlich angenommen werden. Ebenso könne von einer erhaltenen Rechenfähigkeit in den Grundrechenoperationen ausgegangen werden. Die Merkfähigkeit sei für Bewegungsabläufe, Zahlen, Worte, figurales Material, Gegenstände, Testinstruktionen und Symbole erhalten. Die Merkfähigkeit für Texte sei unterdurchschnittlich, das Instruktionsverständnis für Testanweisungen sei jedoch immer gegeben. Die Leistung im Bereich der selektiven Aufmerksamkeit sei sehr deutlich unterdurchschnittlich. Ebenfalls sehr deutlich unterdurchschnittlich sei das Resultat auf dem Gebiet der verbalen Fluenz in albanischer Sprache. Eine Aussage betreffend allfälligen neuropsychologischen Defiziten könne leider nicht gemacht werden, da keine validen neuropsychologischen Testresultate vorlägen. Im Abschnitt «Resultate der Konsenskonferenz» wurde dazu ergänzend schlüssig dargelegt, der Versicherte habe prinzipiell durchschnittliche kognitive Leistungen erbracht, ein vorübergehendes Defizit im Bereich der Aufmerksamkeit sei aus psychiatrischer Sicht am ehesten im Rahmen der gedanklichen Einengung auf seine Erkrankung und die entsprechende Grübelneigung, sowie die erwähnte unbewusste Selbstlimitierung zurückzuführen. Diese auch im Sinne einer Verdeutlichungstendenz interpretierbare Auffälligkeit interpretiere man von Seiten der Gutachter aus psychiatrischer Sicht explizit nicht als bewusstseinsnah, sondern als unbewusst im Rahmen des dysfunktionalen Störungsmodells des Versicherten.

### **E. 9.2.1**

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

die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Frauen, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, kein Abzug anerkannt. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72).

9.2.2 Gemäss dem C.\_\_\_\_-Gutachten sind dem Beschwerdeführer körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten, ohne Heben und Tragen schwerer Lasten über 5 bis 10 kg, ohne repetitive schwere Überkopfarbeiten, ohne repetitive Einnahme von körperlichen Zwangshaltungen und ohne hohe Anforderungen für Feinarbeiten in einem Rahmen von 50 % zumutbar. Somit erscheint der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene leidensbedingte Abzug von 5 % grundsätzlich angemessen. Jedoch rechtfertigt auch der Faktor «Teilzeit» einen zusätzlichen Abzug vom Tabellenlohn, da sich gemäss der Tabelle «Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht» 2014, T18, bei Männern ohne Kaderfunktion mit einem Teilzeitpensum zwischen 50 % und 74 % eine durch das Pensum bedingte Lohneinbusse feststellen lässt. Zudem war der Beschwerdeführer seit 1988 bei der gleichen Arbeitgeberin angestellt (vgl. IV-Nr. 13), womit aufgrund der langen Betriebszugehörigkeit ein zusätzlicher Abzug aufgrund des Kriteriums «Dienstjahre» erwogen werden kann. Dagegen gebietet sich hinsichtlich der Nationalität kein Abzug, da der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (IV-Nr. 8) und somit im Kompetenzniveau 1 nicht erheblich schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (vgl. LSE 2008 TA12). Ebenfalls rechtfertigt sich aufgrund des Kriteriums «Alter» grundsätzlich kein Abzug, da Hilfsarbeiter auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und sich Alter in diesen Tätigkeitsbereichen nicht lohnsenkend auswirkt (AHI 1999 5. 242 E. 4c, Urteil des Bundesgerichts 9C 380/2015 vom 17. November 2015, E. 3.2.4).

Für die abzugsrelevanten Kriterien – «leidensbedingter Abzug», «Teilzeit» und «Dienstjahre» erscheint gesamthaft ein Abzug von 10 % als angemessen. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, es müsse wegen der Kombination qualitativer und quantitativer Einschränkungen, der erheblich eingeschränkten Flexibilität und des fortgeschrittenen Alters ein Tabellenlohnabzug von 20 % anerkannt werden, ist festzuhalten, dass selbst bei Einrechnung eines Abzuges von 20 % ein Invaliditätsgrad von gerundet 58 % resultieren würde, was analog zur angefochtenen Verfügung ebenfalls Anspruch auf eine halbe Rente ergäbe. Demnach erübrigen sich diesbezüglich weitere Ausführungen.

9.3 Somit errechnet sich der auf den Beginn des Rentenanspruchs (1. Juni 2015 [nach Bezug des IV-Taggeldes; Art. 29 Abs. 2 IVG]) zu bestimmende Invaliditätsgrad wie folgt: Die Gegenüberstellung des Invalideneinkommens von CHF 30'019.50 (CHF 33'355.00 abzüglich eines Abzuges vom Tabellenlohn von 10 %) und des Valideneinkommens von CHF 64'220.00 ergibt einen Invaliditätsgrad von 53 %, der einen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente begründet.

10. Des Weiteren stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, aufgrund seines fortgeschrittenen Alters könne er seine Restarbeitsfähigkeit nicht mehr verwerten.

10.1 Das fortgeschrittene Alter wird,

obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 831/05 vom 21. August 2006 E. 4.1.1 mit Hinweisen). Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (Urteile 9C\_153/2011 vom 22. März 2012 E. 3.1, 9C\_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.2.2 mit Hinweisen). Das ehemalige Eidgenössische Versicherungsgericht hat etwa einen 60-jährigen Versicherten, welcher mehrheitlich als Wirker in der Textilindustrie tätig gewesen war, als zwar nicht leicht vermittelbar erachtet. Es sah aber mit Bezug auf den hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt gleichwohl Möglichkeiten, eine Stelle zu finden, zumal Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden, und der Versicherte zwar eingeschränkt (weiterhin zumutbar waren leichte und mittelschwere Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen Räumen), aber immer noch im Rahmen eines Vollpensums arbeitsfähig war (Urteil I 376/05 vom 5. August 2005 insbesondere E. 4.2). Bejaht hat das Bundesgericht auch die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines (ebenfalls) 60-jährigen Versicherten mit einer aufgrund verschiedener psychischer und physischer Limitierungen (es bestanden u.a. rheumatologische und kardiale Probleme) um 30 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit (Urteil I 304/06 vom 22. Januar 2007 E. 4.1 und 4.2). Verneint wurde hingegen die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines über 61-jährigen Versicherten, der über keine Berufsausbildung verfügte, bezüglich der aus medizinischer Sicht im Umfang von 50 % zumutbaren feinmotorischen Tätigkeiten keinerlei Vorkenntnisse besass, dessen Teilarbeitsfähigkeit weiteren krankheitsbedingten Einschränkungen unterlag und dem von den Fachleuten der Berufsberatung die für einen Berufswechsel erforderliche Anpassungsfähigkeit abgesprochen wurde (Urteil I 392/02 vom 23. Oktober 2003 E. 3.2 und 3.3). Als unverwertbar erachtet wurde auch die 50%ige, durch verschiedene Auflagen zusätzlich limitierte Arbeitsfähigkeit eines knapp 64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden (Urteil I 401/01 vom 4. April 2002 E. 4c und d), ebenso eine 50%ige Arbeitsfähigkeit einer im Verfügungszeitpunkt 61 Jahre und einen Monat alten Versicherten, die bezüglich der für sie in Frage kommenden Tätigkeiten einer Umschulung bedurft hätte (Urteil 9C\_437/2008 vom 19. März 2009 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

10.2 Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Für die Frage, ob die festgestellte Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter noch verwertbar sei, ist der Zeitpunkt der

Gutachtenserstellung massgebend (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462), was auch bei Gerichtsgutachten gilt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.1.2). Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der Erstellung des C.\_\_\_\_-Gutachtens vom 20. Dezember 2017 58 Jahre und 5 Monate alt. Im Lichte der dargelegten Grundsätze und der Rechtsprechung sowie der relativ hohen Hürden, welche das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt hat, ist ein erheblicher fehlender Zugang des Beschwerdeführers zum Arbeitsmarkt zu verneinen. So steht dem Beschwerdeführer grundsätzlich immer noch eine Vielzahl von Tätigkeiten offen. Zudem blieben ihm bis zur ordentlichen Pensionierung immerhin noch 6 ½ Jahre und die dem Beschwerdeführer offenstehenden zumutbaren Tätigkeiten unterliegen im Vergleich zu den vorgehend angeführten Beispielen aus der Rechtsprechung verhältnismässig geringen Einschränkungen. Im Lichte der genannten Rechtsprechung ist demnach vorliegend ein fehlender Zugang des Beschwerdeführers zum Arbeitsmarkt zu verneinen. 11.

Zusammenfassend ist es demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab 1. Juni 2015 eine halbe Rente zugesprochen hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 12.

Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Beschwerdeführer stand ab Prozessbeginn bis Ende Juni 2019 im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 7. und 9. hiavor). 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 ZPO). Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 30. August 2019 und 20. Februar 2020 je eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 5'611.30 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 1'476.05 festzusetzen (7.33 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 51.10 und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 394.70 (Differenz zum vollen Honorar [7.33 x CHF 230.00 + Auslagen + MwSt. = CHF 1'870.75 ; – CHF 1'476.05 = CHF 394.70]) während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf einem Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt. Der Unterschied zu den eingereichten Kostennoten ergibt sich einerseits daraus, dass der Beschwerdeführer lediglich ab Prozessbeginn bis Ende Juni 2019 im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege stand und dem Vertreter des Beschwerdeführers somit nur der Aufwand und die Auslagen für diesen Zeitraum zu vergüten sind. Zudem gilt für die unentgeltliche Rechtspflege, wie vorgehend festgehalten, ein Stundenansatz von CHF 180.00. Andererseits sind verschiedene der geltend gemachten Positionen zu streichen: Mehrere Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien bzw. Kurzbriefe an den Klienten und an den Regionalen Sozialdienst BBL), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Schliesslich sind Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3

Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Davon werden infolge teilweiser Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege CHF 500.00 durch den Staat Solothurn übernommen. (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). Die übrigen CHF 500.00 werden mit dem vom Beschwerdeführer bezahlten Kostenvorschuss verrechnet.

## **E. 12**

Oktober 2018 auch deshalb, weil dort eine (sub-)klinische Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion) mit einem TSH von 5,38 mU/l festgehalten worden sei. Denn es sei bekannt, dass bei einer subklinischen Hypothyreose resp. einer milden Form der Hypothyreose auch Symptome wie vor allem Müdigkeit und Gedächtnisstörungen auftreten könnten. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Hypothyreose nur als subklinisch – «leicht verlaufend» – bezeichnet und daraus folgend keine weiteren therapeutischen Massnahmen ergriffen wurden. Es wurde lediglich festgehalten, bei subklinischer Hypothyreose empfehle man eine Kontrolle der Schilddrüsenparameter beim Hausarzt in ca. 6 Monaten. Eine relevante Verschlechterung seit der C.\_\_\_\_-Begutachtung ist damit nicht erstellt, weshalb darauf nicht weiter einzugehen ist. 9. 9.1 Die der Berechnung des Invaliditätsgrades zugrunde gelegten Einkommen sind unbestritten geblieben und auch nicht zu beanstanden. So hat der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit bei der L.\_\_\_\_ AG aus gesundheitlichen Gründen verloren, weshalb die Beschwerdegegnerin bezüglich des Valideneinkommens zu Recht auf die dortigen Lohnangaben (CHF 64'220.00) abgestellt hat. Zudem hat der Beschwerdeführer bislang keine ihm zumutbare Arbeitstätigkeit aufgenommen, weshalb es nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin auf einen Tabellenlohn – hier TA1\_tirage\_skill\_level, Total Niveau 1, Männer – abgestellt und diesen Lohn auf die üblichen Wochenarbeitsstunden (:40 x 41.7) und auf die Teuerung von 2015 (Rentenbeginn) aufgerechnet hat, was bei einer Zumutbarkeit von 50 % ein Invalideneinkommen (vorbehältlich eines allfälligen Tabellenlohnabzuges; vgl. E. 9.2 hiernach) von CHF 33'355.00 ergibt.

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