

# **SO\_GERICHTE VSBES.2019.201 vom 11. Juni 2019**

SO Obergericht, 2019-06-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.201](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.201)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.201 du 11 juin 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.201 del 11 giugno 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 11. Juni 2019) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

### **E. 2**

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden

Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

2.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222).

2.5 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

### **E. 3**

3.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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 hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. mit weiteren Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C\_360/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 m.H., 9C\_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2).

3.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4. Es ist zunächst auf die Rechtsschriften der Parteien einzugehen:

4.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung vom 11. Juni 2019 (A.S. 1 f.) dar, die medizinischen Abklärungen aufgrund der bidisziplinären Begutachtung hätten ergeben, dass beim Beschwerdeführer eine leichtgradige Leistungseinschränkung seiner Arbeitsfähigkeit bestehe. Es sei ihm jedoch weiterhin zumutbar, seiner zuletzt ausgeübten Arbeitstätigkeit, wie auch einer Verweistätigkeit, zu einem 80%-Arbeitspensum nachzugehen. Gemäss dem vorgenommenen Einkommensvergleich bestehe ein IV-Grad von 20 %. Weitere berufliche Massnahmen sowie der Anspruch auf eine Invalidenrente würden abgewiesen.

4.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerdeschrift vom 19. August 2019 (A.S. 5 ff.) im Wesentlichen entgegenhalten, es hätte eine interdisziplinäre Erstbegutachtung polydisziplinär unter Zufallsvergabe erfolgen müssen (A.S. 11 oben). Das Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ sei am 7. Januar 2019 und damit fast zwei Jahre nach der Auftragserteilung durch die Beschwerdegegnerin erstellt worden. Bei einer derart langen Verzögerung könne die Gutachterperson nicht mehr für sich beanspruchen, neutral und unbefangen zu sein, zumal die Gutachterin den Grund der Verzögerung auf S. 1 auch noch dem Exploranden in die Schuhe schieben wolle, obwohl auch nach der angeblich wegen ihm entstandenen Verschiebung der Explorationen auf November 2017 noch fast 14 Monate verstrichen seien, bis die Expertise erstellt worden sei. Das Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ dürfe aus formellen Gründen nicht verwertet werden (A.S. 12 oben). Die Verzögerungen hätten auch dazu geführt, dass der Auftrag der Beschwerdegegnerin, ein bidisziplinäres Gutachten anzufertigen, gar nicht erfüllt worden sei. Statt eines bidisziplinären Gutachtens mit interdisziplinärer Diskussion und Gesamtschau seien zwei isolierte monodisziplinäre Gutachten mit einem zeitlichen Abstand von 16 Monaten erstellt worden. Es sei nie eine interdisziplinäre Diskussion erfolgt, obwohl dies auf S. 21 (IX.) wahrheitswidrig festgehalten worden sei. Daher bestehe keine genügende medizinische Entscheidungsgrundlage, wonach für die von der Beschwerdegegnerin geortete psychosomatische Beschwerdesituation eine interdisziplinäre Gesamtbegutachtung erforderlich sei. Dieses Vorgehen sei auch unter dem Gesichtspunkt der Auftragsvergabe und der Mitwirkungsrechte der versicherten Person völlig inakzeptabel (A.S. 12 unten). Der zeitliche Abstand von 16 Monaten zwischen dem rheumatologischen und dem psychiatrischen Gutachten sei auch aus vielen weiteren Gründen höchst problematisch. Es lägen im Vergleich zum psychiatrischen Gutachten keine zeitnahen rheumatologischen Abklärungen vor. Ein Gutachten müsse aber auf aktuellen klinischen und bildgebenden Abklärungen basieren. Bezogen auf den Verfügungszeitpunkt vom 11. Juni 2019 lägen

etwa die bildgebenden Abklärungsberichte, auf welche sich das rheumatologische Gutachten stütze, fünf Jahre zurück. Sie datierten nämlich von Februar und März 2014. Die rheumatologische Gutachterin Dr. med. N. \_\_\_ habe sich nicht einmal die Mühe gemacht, diese Bilder selbst zu sichten, obwohl sie sich auf diese abstütze und obwohl dies zu den Grundpflichten des Gutachters gehöre und sich die bekanntlich bildgebend objektivierbaren degenerativen Veränderungen wie vorliegend der HWS und der LWS im Laufe der Zeit weiterentwickelten und im Sinne einer Faustregel gelte, dass nicht auf Bildgebungen abgestellt werden könne, welche älter als sechs Monate seien. Dr. med. N. \_\_\_ habe im Zeitpunkt der Erstattung ihrer Expertise gemäss dem Auszug aus dem Medizinalberuferegister über keine Berufsausübungsbewilligung verfügt. Dies schwäche die Beweiskraft zusätzlich ab (A.S. 14). Es handle sich ausserdem um ein unvollständiges Gutachten, da sich Dr. med. O. \_\_\_ explizit nur zur Arbeitsfähigkeit seit der Beendigung der beruflichen Massnahmen ausgesprochen habe. Retrospektiv sei keine Beurteilung durch die psychiatrische Administrativgutachterin erfolgt. Ausserdem setzten sich die beiden Gutachterinnen nicht mit den anderslautenden Einschätzungen in den Abklärungsberichten während den Belastbarkeits- und Aufbautrainings auseinander (A.S. 15).

Der Beschwerdeführer lässt zudem vorbringen, dass die Beschwerdegegnerin beim Valideneinkommen auf das zuletzt bei der Arbeitgeberin Q. \_\_\_ erzielte Einkommen hätte abstellen müssen. Entgegen den Ausführungen von Dr. med. N. \_\_\_ handle es sich dabei nicht um eine zumutbare Tätigkeit, weil diese nicht wechselbelastend gewesen sei (A.S. 14 f.). Der Beschwerdeführer lässt im Weiteren beanstanden, dass aus der Verfügung nicht hervorgehe, warum die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Leistungen beruflicher Art bzw. auf eine Umschulung abweise. Ein solcher werde vom Beschwerdeführer geltend gemacht (A.S. 15).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 11. Juni 2019 (A.S. 1 f.) die Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und / oder berufliche Eingliederungsmassnahmen zu Recht abgewiesen hat.

6. Zur Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers sind im Wesentlichen die folgenden Unterlagen relevant:

6.1 Im Austrittsbericht der Klinik R. \_\_\_ vom 5. Juli 2004 (IV-Nr. 29.10 S. 1 ff.) betreffend den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 26. Mai bis 23. Juni 2004 wurden folgende Diagnosen ausgewiesen:

A. Unfall 13. November 2003 (beim Heruntertragen von Getränkeharassen auf glattem Boden ausgerutscht)

B. Unfall vom 28. April 2003 (Heckkollision)

C. Lumboischialgie L5 / S1 links seit 1 ■ 2 Jahren

D. Bekannte Zervikalstenose C5 ■ C7

Arbeitsfähigkeit / Zumutbarkeit: Aufgrund der Unfallfolgen bestehe eine Arbeitsfähigkeit im Rahmen des Zumutbaren ab dem 28. Juni 2004. Zumutbar seien leichte bis mittelschwere Arbeiten ganztags mit Heben selten bis maximal 15 kg. Nicht zumutbar seien repetitive Tätigkeiten mit der rechten Hand / dem rechten Arm. Aus unfallfremden Gründen (Lumboischialgien) seien wechselbelastende Tätigkeiten anzuraten.

6.2 Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, hielt aufgrund der Konsultationen vom 21. September und 15. Oktober 2007 im rheumatologischen Konsilium vom 16. Oktober 2007 (IV-Nr. 29.10 S. 4 f.) folgende Diagnosen fest:

Sensibles cervicoradikuläres Ausfall- und Reizsyndrom C6 links bei / mit

Der bald 40-jährige Beschwerdeführer leide derzeit an einem sensiblen cervicoradikulären Ausfall- und radikulären Reizsyndrom der Wurzel C6 links, verursacht durch HWS-Veränderungen, wie sie offenbar schon vor etwas mehr als vier Jahren dokumentiert worden seien. Eine Erweiterung der Abklärung mittels einer MRT der HWS am 5. Oktober 2007 zeige eindeutige, wenn auch nicht sehr ausgeprägte, degenerative Veränderungen in Form von medianen Diskusprotrusionen / Hernien auf Höhe C5 / 6 und C6 / 7 in Begleitung von Spondylophytenbildungen, die die lokalen Platzverhältnisse für die abgehenden Nerven zusätzlich einschränkten. Der Beschwerdeführer sei hauptsächlich durch Schmerzen geplagt, die durch entsprechende Provokationsstellungen des Kopfes ausgelöst würden. Zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung am 21. September 2007 sei eine Physiotherapie veranlasst worden, welche zumindest eine Teilremission herbeigeführt habe. Die eingeleitete medikamentöse Behandlung habe der Beschwerdeführer angeblich wegen Wirkungslosigkeit der Substanzen aufgegeben. Die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Maschinenführer / Fabrikarbeiter sei derzeit sicher teilweise eingeschränkt, doch scheine eine Wiederaufnahme der Arbeit zumindest zu 50 % zumutbar. Bei therapieresistenter Situation auch nach Durchführung des Steroidstosses werde ein neurochirurgisches Konsilium empfohlen.

6.3 Die MRI der Halswirbelsäule vom 23. Februar 2009 (IV-Nr. 15.6 S. 2 f.) wurde von Dr. med. T.\_\_\_\_ in französischer Sprache zusammenfassend wie folgt beurteilt (S. 3): Spondylarthrosen anterior C5 ■ C6 und C6 ■ C7, kleine Diskushernie C4 ■ C5 ohne Wurzelkontakt. Relevante Diskusprotrusionen mit degenerativen Veränderungen (Unkovertebralarthrosen-Osteophytenbildung) und dadurch bilaterale Foramenenge im Segment C5 / C6 und C6 / C7. Beginnende Diskusdegeneration im Segment C7 / D1.

6.4 Die Röntgenaufnahmen der LWS in zwei Ebenen vom 3. Juni 2009 in der U.\_\_\_\_ führten zu folgender Beurteilung: Degenerative Veränderungen im lumbosakralen Übergang bei ansonsten unauffälligen ossären Strukturen. Bei Persistieren der Kribbelparästhesien im linken Bein wäre zum Ausschluss einer Discushernie allenfalls eine MR-Untersuchung indiziert.

6.5 Aufgrund der MRT der HWS und LWS vom 22. Juni 2009 (IV-Nr. 29.13 S. 1 f.) in der U.\_\_\_\_ wurde folgende Beurteilung festgehalten: Osteochondrosen C4 ■ C7; Discushernie C4 / C5 links, hier ohne sichere Zeichen einer Beeinträchtigung oder Kompression neuraler Strukturen; Foraminale Stenosen C5 ■ C7 beidseits mit möglicher Beeinträchtigung der Wurzeln C6 und C7; Mässig starke Eindellung des zervikalen Myelons im Bereich C4 ■ C7 auf Höhe der Bandscheiben. Keine Myelopathie; Osteochondrose L5 / S1 mit Discushernie links recessal bis foraminal mit möglicher Irritation der Wurzeln L5 und S1 links.

6.6 Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Medizin, RAD, hielt am 28. Juni 2011 (IV-Nr. 40 S. 2) fest, die ausgeprägte, vom Beschwerdeführer geklagte Schmerz-symptomatik sei anhand der Befunde nicht nachvollziehbar. Sie empfehle daher ein rheumatologisches und neurologisches Gutachten.

6.7 Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, führte im neurologischen Gutachten vom 6. September 2011 (IV-Nr. 44) aus, es liege auf neurologischem Gebiet keine Diagnose vor, die eine Arbeitsunfähigkeit begründe. Es sei keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Eine ergänzende versicherungsrheumatologische Beurteilung, wie sie von der Beschwerdeführerin separat in Auftrag gegeben worden sei, sei notwendig (S. 10). Zusammenfassende neurologische Beurteilung: Bei der heutigen Untersuchung habe der Beschwerdeführer belastungs- und haltungsabhängige Schmerzen im Bereich der HWS und der LWS beklagt, verbunden mit wechselnd betonten Parästhesien und Gefühlsstörungen in beiden Armen und Beinen. Im klinisch-neurologischen Untersuchungsbefund hätten sich dagegen keinerlei pathologische Befunde gefunden. Auch in der ergänzenden Elektrophysiologie hätten weder eine relevante zervikale oder lumbale Nervenwurzelläsion noch ein peripheres Nervenkompressionssyndrom (Karpaltunnelsyndrom oder Ulnarisrinnensyndrom) nachgewiesen werden können (S. 9). Im Ergebnis sei beim Beschwerdeführer kein neurologischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründe. Die in der spinalen Bildgebung beschriebenen degenerativen Veränderungen seien nicht mit neurologischen Ausfällen verbunden und müssten in ihrer versicherungsmedizinischen Bedeutung rheumatologischerseits beurteilt werden.

6.8 Dr. med. F. \_\_\_\_, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, wies im rheumatologischen Gutachten vom 27. Oktober 2011 (IV-Nr. 45) folgende Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus (S. 7):

Diagnosen ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien:

In der klinischen Untersuchung hätten eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik und darüber hinaus, abgestützt auf objektivierbare Befunde, ein weitgehend normaler Habitus imponiert (S. 7). Insgesamt beurteile der Gutachter die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. In einer derartigen Situation seien grundsätzlich zu diskutieren: Invaliditätsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion. Hinweise auf eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion seien nicht vordergründig und würden in der dem Gutachter vorliegenden Dokumentation keine erwähnt (S. 10).

Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als Maschinist mit dem Bedienen von Maschinen nach dem Unfall vom 5. Januar 2009 passager eingeschränkt gewesen. Bei grosszügiger Auslegung könne, aus rein somatischer Sicht beurteilt, seit spätestens Anfang Herbst 2009, für diese zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr begründet werden. Der Beschwerdeführer habe früher phasenweise schwergradig körperlich belastend gearbeitet, wie es bei den Anstellungsverhältnissen im Baugewerbe der Fall gewesen sei. Für eine derartige berufliche Tätigkeit könne seit Januar 2009 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, eine zeitlich limitierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Januar 2009 bis, bei grosszügiger Auslegung, Ende Sommer 2009)

bestätigt werden. Seit Herbst 2009 könne für eine angepasste Verweistätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr formuliert werden. Die Beschwerden könnten, mit der Umsetzung der empfohlenen und zumutbaren medizinischen Massnahmen, möglicherweise günstig beeinflusst werden (S. 12).

6.9 Die im V.\_\_\_\_ durchgeführte MRT der LWS und ISG vom 21. Februar 2014 (IV-Nr. 108 S. 11) wurde wie folgt beurteilt: Keine Frakturen. Keine aktivierte Arthrose. Modic II-Osteochondrose LWK5 / SWK1. Im gleichen Segment beidseitige Einengung der Neuroforamina mit kurzstreckiger Kompression der beiden foraminale L5-Wurzeln, linksbetont.

6.10 Die MRT der HWS vom 4. März 2014 im V.\_\_\_\_ (IV-Nr. 108 S. 9 f.) wurde folgendermassen beurteilt: Recht ausgeprägte Osteochondrose in den Segmenten HWK 5 / 6 und HWK 6 / 7 mit Bandscheibenprotrusionen, die den ventralen Subarachnoidalraum einengten und auch eine zusätzliche Einengung der Neuroforamina beidseits in diesen Segmenten mit möglicher Irritation der Nervenwurzeln C6 und C7 beidseits; Im Segment HWK 4 / 5 mässiggradige Osteochondrose und auch breitbasige Bandscheibenherniation, die zusammen mit einer Facettengelenksarthrose zu einer Einengung der Neuroforamina führe, etwas linksbetont, hierdurch mögliche Irritation der Nervenwurzel C5 links und möglicherweise auch rechts; Keine Myelopathiezeichen. Keine intraspinale Raumforderung.

6.11 Dr. med. W.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, hielt im Bericht vom 23. Mai 2014 (IV-Nr. 64 S. 5 f.) aufgrund der Untersuchung vom 21. Mai 2014 folgende Diagnose fest: «Kein sicherer Nachweis einer cervicalen Myelopathie». Beurteilung: Das permanente Taubheitsgefühl in Zeigefinger und Daumen der linken Hand sei als Residuum des cervicalen radikulären Syndroms anzusehen. Aktuell hätten sie aber keine weiteren Hinweise auf radikuläre Ausfälle, insbesondere seien die Reflexe an den Armen seitengleich, die Kraft erhalten. Für ein Carpaltunnelsyndrom seien keine weiteren Hinweise ersichtlich. Für eine cervicale Myelopathie gebe es keine weiteren Anhaltspunkte: Die Reflexe seien zwar lebhaft, aber nicht wirklich gesteigert, die stumme Sohle könne nicht sicher als Pyramidenzeichen interpretiert werden. Die Vibrationsempfindung sei normal. Auch zeigten sich normale somatosensorisch evozierte Potenziale.

6.12 Im Bericht vom 30. Mai 2014 (IV-Nr. 64 S. 2 ff.) führte Dr. med. X.\_\_\_\_, Innere Medizin Spez. Rheumatologie, folgende Diagnosen auf:

Zusammenfassend bestünden beim 47-jährigen Maler aus [...] chronifizierte lumbospondylogene und zervikospondylogenen Beschwerden. Diese seien seit 2009 anhaltend vorhanden, nachdem die Symptomatik früher jeweils nach teilweise sehr langer Behandlung wieder abgeheilt gewesen sei. Jedes Mal sei ein Unfallereignis auslösender Faktor gewesen. Klinisch bestehe zurzeit eine stark eingeschränkte lumbale Beweglichkeit (Kooperation?), die klinisch hauptsächlich auf das Segment L5 / S1 lokalisiert werden könne, korrespondierend zu der schwersten Segmentdegeneration L5 / S1, während keine neurologischen Ausfälle hätten objektiviert werden können. An der HWS bestehe ebenfalls ein chronisches cervikogenes Syndrom, intermittierend seien früher auch wahrscheinlich sekundäre Epicondylopathien behandelt worden. Zurzeit bestehe klinisch ebenfalls keine radikuläre Komponente jedoch eine starke Bewegungseinschränkung der unteren HWS-Segmente sowohl bei Flexion wie bei Rotation mit entsprechenden Tendomyosen der Schultergürtelmuskulatur. Radiologisch bestünden schwerste degenerative

HWS-Veränderungen, in der MR der HWS eine beginnende Spinalkanalstenose auf Höhe C5 / C6. Ohne Zweifel sei eine chronifizierte Situation vorhanden, ausgedehnte frühere Behandlungen seien erfolglos gewesen. Ein von der Beschwerdegegnerin eingeleitetes Arbeitstraining habe abgebrochen werden müssen. Nach Ausschluss einer cervicalen Myelopathie müssten interventionelle schmerzdiagnostische / -therapeutischen Massnahmen durchgeführt werden, um dem Beschwerdeführer «gerecht» zu werden. Dafür werde der Beschwerdeführer Dr. med. Y.\_\_\_\_ in der Klinik Z.\_\_\_\_ zugewiesen.

Zweifellos sei eine reduzierte Belastbarkeit vorhanden, der Beschwerdeführer sei in seinem früheren Beruf als Maler ebenso wenig einsetzbar wie in anderen körperlich belastenden Tätigkeiten. Ob in einer leichten Tätigkeit eine Teilarbeitsfähigkeit vorhanden sei, müsse aufgrund der weiteren Untersuchungen / Abklärungen noch festgelegt werden.

6.13 Im Bericht vom 26. Juni 2014 (IV-Nr. 64 S. 7 f.) stellte Dr. med. Y.\_\_\_\_, interventionelle Schmerzdiagnostik und -therapie, Abteilung für Wirbelsäulenmedizin und Schmerztherapie der Klinik Z.\_\_\_\_, folgende Diagnosen:

Procedere: Die Situation sei mit dem Beschwerdeführer gründlich besprochen worden. Im lumbalen Bereich bestehe eine monosegmentale Problematik L5 / S1. Klinisch bestehe mit grösster Wahrscheinlichkeit ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom. Somit sei der Beschwerdeführer gründlich über die Fazettengelenksinfiltration L5 / S1 beidseits als nächste diagnostische und therapeutische Massnahme informiert worden. Die Komplikationen seien erklärt und ein Termin sei vereinbart worden. Bei zufriedenstellendem Verlauf im lumbalen Bereich würden evtl. die Infiltrationen der cervikalen Gelenke C4 / 5 und C5 / C6 beidseits besprochen und durchgeführt. Langfristig solle eine Aufbau-therapie durchgeführt werden. Bei Auftreten von radikulären Ausfällen sei ein erneutes MRI und eine erneute neurologische Beurteilung zu tätigen.

6.14 Dr. med. AA.\_\_\_\_, Oberarzt, G.\_\_\_\_, hielt aufgrund der ambulanten Sprechstunde im Bericht vom 5. September 2014 (IV-Nr. 74 S. 3 ff.) folgende Diagnosen fest:

Die vorliegende Symptomatik sei mit einer bereits eingetretenen Chronifizierung kompatibel, welche unter einer Monotherapie kaum beeinflussbar sei. Demzufolge bedürfe es am besten eines frühzeitigen interdisziplinären Zugangs im Sinne einer stationären Rehabilitation. Diese Option lehne der Beschwerdeführer allerdings aus persönlichen Gründen ab, weswegen eine ambulante interdisziplinäre Rehabilitation eine gute Alternative sei. Der Beschwerdeführer sei für eine solche Massnahme sehr motiviert. Ziele seien eine intensiv begleitete Trainingstherapie, bei der der Beschwerdeführer an seine Leistungsgrenze herangeführt werde, um unter anderem die Arbeitsfähigkeit steigern zu können. Des Weiteren sollte auch auf eine adäquate psychologische Mitbetreuung Wert gelegt werden.

6.15 Im Bericht vom 31. Oktober 2014 (IV-Nr. 74 S. 1 f.) informierte Dr. med. AA.\_\_\_\_ über den Verlauf der durchgeführten intensiven interdisziplinären ambulanten Rehabilitation. Dank der durchgeführten aktiven und passiven Massnahmen habe die Back Performance Scale von 4 auf 3 reduziert werden können. Die vermittelten ergonomischen Massnahmen zu einem wirbelsäulenschonenden Verhalten könne der Beschwerdeführer gut umsetzen. Es bestehe allerdings eine fehlende Compliance v.a. gegenüber dem Pacing, wobei der Beschwerdeführer regelmässig seine Leistungsgrenze überschreite mit infolge invalidisierenden Schmerzexazerbationen. Limitierend seien auch Angstzustände, das vermeintlich Geforderte nicht erreichen zu können. Während des Verlaufes habe die im

Bericht vom 5. September 2014 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) beschriebene verspannte Muskulatur gut gelockert werden können. Der Beschwerdeführer sei auch von der Psychologin mitbetreut worden, auf das Ausloten von Ressourcen im Umgang mit Schmerzen sei Wert gelegt worden. Allerdings sei zu bemerken, dass der Beschwerdeführer sehr auf seine Schmerzproblematik fixiert sei und zurzeit das geplante IV-Berufseingliederungsprogramm als einzige Chance zum Lösen seiner Probleme sehe. Demzufolge hätten Coping- bzw. Schmerzbewältigungsstrategien nur ansatzweise vermittelt werden können. Gegenüber der Empfehlung einer ambulanten Psychotherapie sei der Beschwerdeführer zurzeit negativ eingestellt. Unter einer medikamentösen Analgesie mit Tramactil uno 100 mg 0-0-1-0 ordentliche Kontrolle der Schmerzen bis auf die oben beschriebenen Exazerbationen.

Zurzeit könne von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit (verteilt auf fünf Tage pro Woche) ausgegangen werden. Dabei sollte es sich um eine leichte bis maximal mittelschwere körperliche Arbeit handeln, welche abwechselnd sitzend wie auch stehend geleistet werden könne. Das regelmässige Heben von Lasten über 5 kg sollte aktuell über den Tag verteilt nicht mehr als 45 Minuten betragen.

6.16 Die den Beschwerdeführer seit Mai 2014 behandelnde Dr. med. AB.\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, stellte im Arztbericht vom 25. September 2015 (IV-Nr. 108 S. 7 f.) betreffend die letzte Untersuchung vom Mai 2015 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei:

Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Beschwerdeführers sei Maschinenführer gewesen. Er arbeite seit November 2014 in der Stiftung C.\_\_\_\_ in einem Pensum von 40 %. Sein Gesundheitszustand sei stationär. Die Arbeitsfähigkeit könne weder durch medizinische Massnahmen verbessert werden, noch seien berufliche Massnahmen angezeigt. Es würden Nacken- und Rückenschmerzen angegeben. Die weitere Behandlung erfolge bei der Psychiaterin Dr. med. M.\_\_\_\_. Es werde eine Physiotherapie durchgeführt.

6.17 Im in den Akten unvollständig dokumentierten und, da von Hand geschrieben, nicht gut lesbaren Arztbericht vom 11. November 2015 (IV-Nr. 117) hielt die den Beschwerdeführer seit April 2015 behandelnde Dr. med. M.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, wohl Diagnose(n) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest, welche jedoch nicht zu entziffern sind. Es finde zwei- bis dreimal im Monat eine psychodynamisch-orientierte supportive psychiatrische Psychotherapie statt. Die Pharmakotherapie werde optimiert. Einer innerpsychischen Verfestigung und drohenden Chronifizierung müsse dringend entgegengewirkt werden. Prognostisch günstig seien die positiven Erfahrungen während der aktuellen Praktikumstätigkeit in der Stiftung H.\_\_\_\_ als Aktivierungsunterstützung zu bewerten. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Dem Beschwerdeführer seien andere Tätigkeiten zumutbar. Dabei sei zu beachten, dass es sich um leichte wechselbelastende Tätigkeiten handeln müsse. In welchem zeitlichen Rahmen diese zumutbar seien, ergebe sich je nach Verlauf. Es bestehe eine um circa 40 ■ 60 % verminderte Leistungsfähigkeit. Die aktuelle Tätigkeit innerhalb der Altenpflege (Aktivierungsunterstützung) werde als sehr positiv erlebt.

6.18 Dr. med. AB.\_\_\_\_ bestätigte im Arztbericht vom 21. Mai 2016 (IV-Nr. 126) die bereits im Arztbericht vom 25. September 2015 (vgl. E. II. 6.16 hiervor) ausgewiesenen

Diagnosen und führte als zuletzt ausgeübte Tätigkeit jene als Pflegehelfer auf. Der Beschwerdeführer arbeite seit dem 1. März 2016 im Altersheim H.\_\_\_\_ zu 40 %. Diese Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer noch zumutbar. Er sei 40 % leistungsfähig pro Woche. Mehr als 40 % gehe indes nicht. Der Beschwerdeführer habe danach stärkere Schmerzen und müsse sich hinlegen. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Es seien dem Beschwerdeführer auch keine anderen Tätigkeiten zumutbar. In der jetzigen Tätigkeit bestehe eine bleibende Einschränkung von mindestens 20 %. Es seien weder medizinische Massnahmen noch berufliche Massnahmen angezeigt. Die letzte Untersuchung habe am 23. Februar 2016 stattgefunden. Der Beschwerdeführer klagt über persistierende Schmerzen im Nacken und Rücken. Es würden Physiotherapie, Psychotherapie und eine medikamentöse Therapie durchgeführt.

6.19 Die den Beschwerdeführer seit dem 25. Februar 2015 behandelnde Dr. med. M.\_\_\_\_ führte im handschriftlich ausgefüllten und daher nicht gut lesbaren Arztbericht vom 25. Juli 2016 (IV-Nr. 127) folgende Diagnosen (soweit lesbar) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

Der Beschwerdeführer sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit dem Anfang der Behandlung bis andauernd zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär und sich verschlechternd. Es finde circa zwei- bis dreimal monatlich eine supportive psychodynamisch orientierte Psychotherapie und Pharmakotherapie statt. Bei der bisherigen Tätigkeit wirke sich die gesundheitliche Störung dadurch aus, dass die Belastbarkeit nicht kontinuierlich gegeben sei. Es seien zudem ein Leistungsabbau, Müdigkeit, Erschöpfung, leichte Erschöpfbarkeit, Überforderungserleben und Konzentrationsstörungen vorhanden. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Dem Beschwerdeführer seien andere Tätigkeiten zumutbar. Er sei bereits in einem Altenpflegeheim als Altenpfleger / Pflegehelfer tätig. Diese Tätigkeit sei ihm zu circa 40 % zumutbar. In diesem Rahmen bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit.

6.20 Dr. med. AC.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, RAD, hielt in der Stellungnahme vom 6. September 2016 (IV-Nr. 130 S. 2 ff.) dafür, dass die Arbeit im Altenheim dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht optimal angepasst sei. Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien:

Funktionelle Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht: Die Belastbarkeit sei insofern Schwankungen unterworfen, als dass die Leistung und die Konzentrationsfähigkeit abnehmen würden. Das könne bis zur Erschöpfung und dem Gefühl der Überforderung führen. Somatisch seien nur leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten zumutbar. Dem Beschwerdeführer seien körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten irgendwelcher Art, die nicht besondere Anforderungen an das Durchhaltevermögen erforderten, zumutbar. Eine reduzierte Präsenzzeit erlaube durch eingelegte Erholungspausen, die Einbussen an Leistungsfähigkeit aufzufangen und drohende Rückenschmerzen, die trotz rüchenschonender Tätigkeit auftreten könnten, in erträglichem Mass zu halten. Die Arbeitsfähigkeit in einer dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers optimal angepassten Verweistätigkeit betrage seit dem 25. Februar 2015 0 %, seit dem 1. März 2016 50 %. Es seien keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig.

6.21 Im fachpsychiatrischen Bericht vom 17. Oktober 2016 (IV-Nr. 133 S. 2 ff.) hielt Dr. med. M.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 1. Juli 2015 bei ihr in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Zuvor habe er sich 2012 und 2013 mehrmals zur Stabilisierung / Entlastungsbehandlung in stationärer Behandlung in den AD.\_\_\_\_ befunden. Es werde mittels Cymbalta 90 mg/d und Pantozol 40 mg/d behandelt. Zusammenfassende Beurteilung: Aufgrund einer objektivierbaren Verschlechterung sei eine Intensivierung des aufsuchenden Angebotes (Psychiatrische Spitex) veranlasst worden. Diagnostisch sei das Zustandsbild als «rezidivierende depressive Störung mit ausgeprägter soziophober Symptombildung, mittelschwere- bis schwere depressive Störung» eingeordnet worden. Der Beschwerdeführer sei psychopharmakologisch im Sinne einer schwergradigen Erkrankung eingestellt und behandelt worden. Da psychische Störungen meist nicht monokausal auf ein «Trauma» zurückgeführt werden könnten, bleibe es häufig einer akademischen Diskussion vorbehalten, die relevanten Einflussfaktoren und Risikobedingungen, auf neurobiologischer, psychologischer und sozialer Ebene, welche mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit in diesem Sinne pathogen wirksam seien, zu benennen. Beim Beschwerdeführer liessen sich anamnestisch explorativ, im Sinne von Anhaltspunkten, biopsychologische Ursachen sowie biografische Entwicklungsparameter für strukturelle Vulnerabilität bzw. störungsspezifische Psychodynamik feststellen. Klinisch-phänomenologisch und psychopathometrisch liessen sich im Rahmen der heutigen Verlaufsbeurteilung und unter Würdigung der Aktenlage auch vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich gewonnenen Erkenntnisse kriterienlogisch Indizien für das Vorliegen folgender psychiatrischer Diagnosen feststellen:

Das aktuelle Beschwerdebild des Beschwerdeführers entspreche einer mittelgradigen (depressiven) psychischen Beeinträchtigung. Bei komorbiden psychischen Störungen erscheine das Beschwerdebild klinisch phänomenologisch und kriterienlogisch mit den oben genannten Diagnosen am besten erfasst, wobei es sich hier um eine syndromale Erfassung handle. Aufgrund des Verlaufs und der ausbleibenden namhaften Verbesserung trotz massiver Bemühungen sowohl therapeutisch als auch durch den mitwirkenden Beschwerdeführer, sei es in den letzten Monaten (erneut zu einer massiven Verschlechterung) zu einer progredienten Verschlechterung des Zustandsbildes gekommen. Die Verschlechterung des Zustandsbildes werde hiermit aus medizinisch-psychiatrischer Sicht objektiviert.

6.22 Dr. med. M.\_\_\_\_ führte im fachpsychiatrischen Bericht vom 27. April 2017 (IV-Nr. 137 S. 2 ff.) aus, der Beschwerdeführer befinde sich nach notfallmässiger Zuweisung seiner Hausärztin seit April 2015 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Zuvor hätten weder entsprechende ambulante noch stationäre fachärztliche Behandlungen stattgefunden. Es werde medikamentös mit Tramadol 200 mg/d, Lyrica 300 mg/d, Trittico 250 mg/d und Zoldorm 10 mg in Reserve behandelt. Zusammenfassende Beurteilung: Aufgrund einer objektivierbaren Verschlechterung sei eine Intensivierung des aufsuchenden Angebotes (Psychiatrische Spitex) veranlasst worden. Diagnostisch sei das Zustandsbild als «rezidivierende depressive Störung mit ausgeprägter soziophober Symptombildung, mittelschwere- bis schwere depressive Störung bei präorbider Strukturvulnerabilität (anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach systematischer Mehrfachtraumatisierung) bei Mehrfachtraumatisierung mit sexueller und physischer Gewalterfahrung in der Kindheit (was bei Erstellung des Arztberichtes für die Invalidenversicherung 2015 noch nicht im

Rahmen der Psychotherapie erarbeitet worden und deswegen noch nicht bekannt gewesen sei)» eingeordnet. Der Beschwerdeführer sei und werde psychopharmakologisch im Sinne einer schwergradigen Erkrankung eingestellt und behandelt. Dr. med. M.\_\_\_\_ bestätigte die bereits im Bericht vom 17. Oktober 2016 (vgl. E. II. 6.21 hiervor) festgestellten Diagnosen.

6.23 Dr. med. AE.\_\_\_\_, Spezialarzt für Neuroradiologie, Klinik Z.\_\_\_\_, hielt aufgrund der Zuweisung des Beschwerdeführers durch Dr. med. N.\_\_\_\_ (vgl. Bericht vom 26. Juli 2017, IV-Nr. 144.2 S. 1 f.) gestützt auf die am 25. Juli 2017 durchgeführten Röntgenaufnahmen der Hand dv beidseits, der Knie beidseits, des Beckens und des Fusses beidseits, folgende Befunde fest: An beiden Händen Ulna- Neutralvariante und initiale STT- und Rhizarthrose ohne Fehlstellung mit initialen marginalen osteophytären Anbauten. Initiale PIP- und DIP-Arthrosen, jeweils akzentuiert an Digitus 2 und 3 beider Hände. Etwas akzentuierte periartikuläre Osteopenie an den MCP-, PIP- und DIP-Gelenken, aktuell in den vorliegenden Projektionen keine erosiven Veränderungen. Keine Fehlstellung. Keine ossären Destruktionen.

Lumbosakraler Übergang und Symphyse unauffällig. Das rechte ISG zeige eine generalisierte geringfügige Verbreiterung und eine angedeutete lineare Sklerosierung entlang der ISG Spalte. Status nach ISG-Arthritis nicht auszuschliessen. Weiterabklärung mittels MRI (i.v. Kontrast) empfohlen.

Initiale bilaterale Koxarthrose mit geringer exzentrischer Verschmälerung der radiologischen Gelenkspalten und initialen subchondralen acetabulären Sklerosen in der jeweiligen Belastungszone beidseits. Keine wesentlichen kapitären Osteophyten. Angedeutet reduzierter Schenkelhals-Offset links, soweit in der a.p.- stehend-Aufnahme beurteilbar. Kein Beckenschiefstand, keine Beinlängendifferenz. Keine ossären Destruktionen.

In der vorliegenden Rosenberg-Aufnahme kein Hinweis auf ossäre Notchstenose beider Kniegelenke oder signifikante Verschmälerung der radiologischen Gelenkspalten bei normalen knöchernen Konturen und Strukturen. Keine gelenknahe Osteopenie.

Beide Füße mit normalen Stellungsverhältnissen. Geringfügige bilaterale Grosszehengrundgelenksarthrose mit Rechtsbetonung und mit initialer Verschmälerung der Gelenkspalten und Konturalterationen entlang derselben. Beidseits noch erhaltenes Fusslängsgewölbe (Calcaneus-eigungswinkel beidseits 20°). Keine ossären Destruktionen, keine gelenknahe Osteopenie. Etwas prominenter Processus posterior tali beidseits. Reizlose Entesen am Rückfuss und am Os metatarsale

#### **E. 4**

Anamnestisch Anfang 2014 provozierter epileptischer Anfall

#### **E. 5**

6.24 Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, stellte im rheumatologische Gutachten vom 11. September 2017, (IV-Nr. 144.1) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit (S. 14 f.):

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien:

In der angestammten Tätigkeit als Maschinist, sofern nur manchmal über 10 kg schwer gehoben werden müsse, sei der Explorand seit 2009 unverändert 100 % arbeitsfähig. Auch in der aktuellen Tätigkeit bestehe keine Arbeitsunfähigkeit, in dieser Tätigkeit wäre auch

ein volles Arbeitspensum von 100 % vorstellbar. In einer Tätigkeit, die mit repetitiv erfolgenden schwerem Heben von > 10 kg verbunden wäre, sei der Explorand aufgrund seines degenerativen Rückenleidens 40 % arbeitsunfähig, da aufgrund des degenerativen Rückens mit länger notwendigen Erholungszeiten zur rechnen wäre. Bei nicht ausreichend langen Erholungszeiten bestünde durch reduzierte Belastbarkeit und dem Entstehen von Rückenschmerzen eine erniedrigte Leistungsfähigkeit.

Bei der aktuellen Tätigkeit handle es sich bereits um eine leidensangepasste Tätigkeit. In dieser Tätigkeit müsse nicht schwer gehoben werden und Wechselbelastungen seien möglich. Ein 100%iges Arbeitspensum wäre aus rheumatologischer Sicht vorstellbar (S. 21).

6.25 Dr. med. O.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte im psychiatrischen Gutachten vom 7. Januar 2019 (IV-Nrn. 149.1 ■ 149.2) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 48):

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien:

In der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Pflegehelfer sei der Beschwerdeführer auf psychiatrischem Fachgebiet seit Beendigung der beruflichen Massnahmen als zu 80 % arbeitsfähig anzusehen. Die aktuelle Tätigkeit entspreche bereits einer Verweistätigkeit. Der Beschwerdeführer werde als Alterspflegehelfer beschäftigt. Diese Tätigkeit, ohne Ansprüche auf zu hohe kognitive Fertigkeiten oder kreative Fähigkeiten, könne durchaus als indiziert angesehen werden und entspreche dem Leistungsniveau des Beschwerdeführers, allerdings wäre ein höherprozentiger Arbeitsgrad grundsätzlich möglich und es werde medizinisch-theoretisch von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte seit der Beendigung der beruflichen Massnahmen und der Übernahme des Beschwerdeführers in einen festen beruflichen Kontext.

Aus psychiatrischer Sicht bestünden zurzeit weitere therapeutische Möglichkeiten, um das aktuell ermittelte Belastungsprofil des Beschwerdeführers grundsätzlich zu verbessern. So wären der Ausbau der medikamentösen Therapie sinnvoll mit einer antidepressiven, schmerzdistanzierenden Behandlung z.B. mit Duloxetin und die Einbindung in eine schmerzspezifische psychotherapeutische Behandlung zum Erarbeiten von Coping-Strategien, um einen besseren Umgang mit der Schmerzsymptomatik erzielen zu können. Möglich wäre z.B. die Behandlung in einer Schmerz-ambulanz (S. 53 f.).

6.26 Dr. med. P.\_\_\_\_, praktische Ärztin, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 18. Februar 2019 (IV-Nr. 152 S. 2 f.) dafür, das bidisziplinäre Gutachten sei durch den RAD gründlich gelesen und medizinisch gewürdigt worden. Es sei als in sich schlüssig, ausgewogen und die wesentlichen Sachverhalte erfassend zu bewerten. Es könne darauf abgestellt werden. Bidisziplinäres Fazit: Arbeitsfähigkeit von 80 % seit Beendigung der beruflichen Massnahmen. Laut dem Abschlussbericht / Berufliche Massnahmen sei dies der 1. März 2016.

7. Es ist nachfolgend auf die durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Teilgutachten von Dres. med. N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_ vom 11. September 2017 bzw. 7. Januar 2019 einzugehen und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 11. Juni 2019 zu Recht auf diese abgestellt hat (A.S. 1).

7.1 Die beiden von Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie und Dr. med. O.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im Rahmen eines bidisziplinären Gutachtens erstellten Teilgutachten (vgl. E. II. 6.24 f. hiervor) werden den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.2 hiervor) gerecht.

7.1.1 So wurde der Beschwerdeführer im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung einer ausführlichen rheumatologischen Exploration unterzogen (IV-Nr. 144.1 S. 8 f., 12 f.). Damit sind die durch den Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in die gutachterlichen Beurteilungen miteingeflossen. Zudem beruht das rheumatologische Teilgutachten auf allseitigen Untersuchungen. So wurden sowohl der rheumatologische Untersuchungsbefund als auch der Neurostatus erhoben (IV-Nr. 144.1 S. 9 ff.). Durch das Aufführen sowohl der medizinischen als auch den übrigen Vorakten ab dem 27. November 2007 unter dem Titel «Aktenzusammenfassung» in chronologischer Reihenfolge und den jeweiligen Auszügen aus den wichtigsten Vordokumenten (IV-Nr. 144.1 S. 5 ff.) wurde das rheumatologische Teilgutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt. Dabei wurden auch frühere bildgebende Befunde miteinbezogen. Ferner leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So führte Dr. med. N.\_\_\_\_ zusammenfassend aus (IV-Nr. 144.1 S. 16), es bestünden beim Beschwerdeführer an unterschiedlichen Stellen des Bewegungsapparates degenerative Veränderungen, welche bei eher wenig ausgeprägten Untersuchungsbefunden in der heutigen rheumatologischen Untersuchung Beschwerden verursachen und erklären könnten. Diese Ausführung leuchtet ein, da im Rahmen der gutachterlichen rheumatologischen Untersuchung weitgehend unauffällige Befunde festgestellt wurden (vgl. IV-Nr. 144 S. 9 ff.) und in den bildgebenden Untersuchungen der HWS und LWS sowie des ISG vom 21. Februar 2014 und 4. März 2014 (IV-Nr. 144.1 S. 6) degenerative Beeinträchtigungen objektiviert werden konnten. Gemäss Dr. med. N.\_\_\_\_ zeige die LWS eine schwere Segmentdegeneration L5 / S1 mit massiver Osteochondrose, mittelgrosser linksseitiger Hernierung und deutliche Spondylarthrose in der MRI-Bildgebung. Die MRI der HWS zeige ausgeprägte Osteochondrosen von C4 ■ C7 mit beginnender Spinalkanalstenose v.a. C4 / 5 und C5 / 6. Weiter führte die rheumatologische Gutachterin aus, dass bei der heutigen Untersuchung keine Hinweise für ein zervikoradikuläres oder lumboradikuläres Geschehen bestünden (IV-Nr. 144.1 S. 15). Dies erscheint plausibel, da die Gutachterin darlegte, dass der Spurling-Test negativ gewesen sei und es keine Dermatome- und / oder Myotom-spezifischen motorische oder sensible Einschränkungen an der oberen Extremität gebe. Hinsichtlich der LWS seien sämtliche Nervendehnungstests linksseitig (Lasègue-Zeichen) zur Identifizierung von lumboradikulären Störungen negativ ausgefallen. Darüber hinaus bestünden keine Dermatome- und / oder Myotom-spezifischen motorische Einschränkungen an den Beinen, die Muskeleigenreflexe seien beidseits schwach lebhaft und seitengleich gewesen. In Bezug auf die durch den Beschwerdeführer beklagten belastungsabhängigen Gelenkschmerzen mit zurzeit vorliegenden Überlastungstendinopathien führte die rheumatologische Gutachterin in nachvollziehbarer Weise aus, dass diese durch die radiologisch festgestellte Fingerpolyarthrose mit Rhiz- und STT-Arthrose erklärt werden könnten (IV-Nr. 144.1 S. 16 oben).

7.1.2 Der Beschwerdeführer wurde zudem im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung in Begleitung einer Mitarbeiterin der Psychiatrischen Spitex einer psychiatrischen Exploration unterzogen (IV-Nr. 149.1 S. 34 ff.), wobei auch die Angaben der Mitarbeiterin

der Psychiatrischen Spitex mitberücksichtigt worden sind (IV-Nr. 149.1 S. 42). Damit sind die durch den Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in die gutachterlichen Beurteilungen miteingeflossen. Zudem beruht das psychiatrische Teilgutachten auf allseitigen Untersuchungen. So wurden bei der psychiatrischen Begutachtung am 6. November 2017 zusätzlich eine labormedizinische Untersuchung (IV-Nrn. 149.1 S. 3, 47 f. und 149.2) durchgeführt und sowohl der psychopathologische Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien als auch die Parameter der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an den Mini-ICF-APP (IV-Nr. 149.1 S. 43 ff.) erhoben. Durch das Aufführen sowohl der medizinischen als auch den übrigen Vorakten ab dem 5. Juli 2004 unter dem Titel «Aktenauszug» in chronologischer Reihenfolge und den jeweiligen Auszügen aus den wichtigsten Vordokumenten (IV-Nrn. 149.1 S. 3 ff.) wurde das psychiatrische Teilgutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt. Ferner leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: Die psychiatrische Gutachterin Dr. med. O. \_\_\_ hielt aufgrund der durchgeführten Explorationen vom 6. und 20. November 2017 fest (IV-Nr. 149.1 S. 50 unten), aktuell imponiere der Beschwerdeführer v.a. durch eine bedrückte affektive Stimmungslage mit einer Verschiebung zum depressiven Pol. Diese gutachterlichen Beurteilungen überzeugen, da der Beschwerdeführer bei der Begutachtung als verunsichert, immer wieder zitternd und im Gesicht rot anlappend, schwitzend, mit monotoner Stimme sprechend und teilweise motorisch unruhig beschrieben wurde (IV-Nr. 149.1 S. 42). Zudem gab der Beschwerdeführer bei der Untersuchung selbst an, er sei bedrückt, depressiv, energie- und lustlos und es bestehe ständig eine innere Unruhe. Sein Antrieb sei herabgesetzt und es bestünden Suizidgedanken (IV-Nr. 149.1 S. 36). Auch die weitere Beurteilung der psychiatrischen Gutachterin, wonach beim Beschwerdeführer Ängste in Bezug auf soziale Kontakte und Existenzängste bestünden, erscheint aufgrund der Ausführungen des Beschwerdeführers während der Exploration schlüssig. So beklagte dieser verschiedene Ängste (Panikattacken, generalisierte Ängste, agoraphobische Ängste bezüglich des Fahrens von Zug und Bus nur mit Mühe und das Meiden von grösseren Menschenansammlungen, posttraumatische Ängste betreffend seine Kindheit und Jugend mit Gewalterfahrungen zuhause; IV-Nr. 149.1 S. 35 f.) und gab an, aufgrund der Schmerzen nicht richtig arbeiten und nicht richtig für sich selbst sorgen zu können. Er sei von Existenzängsten belastet, verunsichert in seinem Dasein, habe Ängste in Bezug auf andere Personen, Berührungsängste, Angst, sich mit Anforderungen auseinanderzusetzen. So öffne er z.B. keine Briefe, weise Blockaden auf und habe diffuse Ängste sowie Probleme mit sozialen Kontakten, weshalb er sich sozial zurückgezogen habe. In Bezug auf die durch den Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung beklagten Schmerzen (seit 2009 bestehende lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein, Muskelverhärtung im Nackenbereich mit Ausweitung in beide Schulterblätter, Gelenkschmerzen in beiden Handgelenken und an den Füßen mit schmerzenden Aussenkanten, zudem seien die Fingerkuppen links taub, IV-Nr. 149.1 S. 35), welche auf der VAS-Skala einen Wert von 9 / 10, im Nacken 7 ■ 8 / 10 und sonst 5 ■ 6 / 10 erreichten, ist die Einschätzung der psychiatrischen Gutachterin, wonach eine chronische Schmerzverarbeitungsstörung mit psychischen und somatischen Faktoren vorliege, nachvollziehbar. Da der Beschwerdeführer im Weiteren über einen ziehenden Schmerz berichtete, der sich jedoch nach der Arbeit in eine pochende Qualität wandeln könne und er auch in seiner Beweglichkeit eingeschränkt sei (IV-Nr. 149.1 S. 35), überzeugt ferner die gutachterliche Darlegung, wonach der Beschwerdeführer nicht in der Lage sei, diese Schmerzen manifest positiv zu beeinflussen

(IV-Nr. 149.1 S. 50 unten). Im Weiteren ging die psychiatrische Explorandin auf die akzentuierten Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers ein, wobei sie ausführte, dass diese die Ausprägung der gesamten Symptomatik erschwerten und verdeutlichten (IV-Nr. 149.1 S. 51). Die beschriebenen akzentuierten Persönlichkeitszüge sind nachvollziehbar, da der Beschwerdeführer u.a. angab (IV-Nr. 149.1 S. 36 f.), viel zu vergessen und Blockaden zu haben. Er könne «nichts auf die Reihe bringen», die Konzentration sei schlecht, wenn er etwas abgemacht habe, vergesse er es schnell wieder, auch könne er z.B. im Fernsehen nur einfache Sachen anschauen. Er grübele, habe diverse Angststörungen (vgl. oben), sei sehr auf Sauberkeit bedacht und müsse die Sachen immer wieder ordnen. Er sei reizbar, v.a. beim Autofahren. Er habe sowohl Ein- als auch Durchschlafstörungen und sei tagsüber müde. Der Appetit sei herabgesetzt, jedoch gebe es auch Essanfälle mit ungewollter Gewichtszunahme. Zudem sei er aggressiv, so fahre er im Verkehr vielen Leuten nach, wenn ihn diese vorgängig gereizt hätten, oder wenn es vorgängig zu irgendwelchen Zusammenstößen gekommen sei. Die gutachterliche Einschätzung, wonach jedoch keine Persönlichkeitsstörung im engeren Sinn diagnostiziert werden könne, leuchtet ein, da Dr. med. O.\_\_\_\_ in diesem Zusammenhang darlegte, dass bereits die Eingangskriterien nicht gänzlich verifiziert werden könnten. Daher sei eher davon auszugehen, dass diese den Umgang mit der Beschwerdesymptomatik erschwerten, insofern, dass der Beschwerdeführer ängstliche Züge und teilweise auch passiv-aggressive Züge aufweise und zu einem aggressiven Verhalten neige, indem er sich z.B. im Verkehr impulsiv verhalte (IV-Nr. 149.1 S. 51).

7.1.2.1 Dr. med. O.\_\_\_\_ stellte in ihrem psychiatrischen Teilgutachten vom 11. September 2017 (vgl. E. II. 6.25 hiervor) unter anderem die Diagnose einer «chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.4)». Das Bundesgericht hat mit Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 seine Praxis zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und den vergleichbaren unklaren Beschwerdebildern (Fibromyalgie, Schleudertrauma, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, etc.) geändert. Diese neue Rechtsprechung ist auch auf alle hängigen Fälle anwendbar. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. 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). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, 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)

7.1.2.2 Die Beweiskraft des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. O.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 6.25 hiervor) setzt somit voraus, dass es auch den Anforderungen der neuen Rechtsprechung entspricht, indem es sämtliche für die Beurteilung der Indikatoren relevanten Informationen enthält. Dies ist vorliegend ■ wie nachfolgend aufgezeigt wird ■ der Fall:

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» hielt Dr. med. O.\_\_\_\_ hinsichtlich des Indikators «Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde» nachvollziehbar fest (IV-Nr. 149.1 S. 51), es könne von einer chronischen Schmerzverarbeitungsstörung ausgegangen werden, die als chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren imponiere, neben einer depressiven und ängstlich konnotierten Symptomatik, die chronifiziert sei. Die Ausprägung der gesamten Symptomatik werde durch die akzentuierten Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers erschwert und verdeutlicht, wobei hier nicht von einer Persönlichkeitsstörung per se ausgegangen werden könne. Es sei davon auszugehen, dass diese den Umgang mit der Beschwerdeproblematik erschweren, insofern als dass der Beschwerdeführer ängstliche Züge und teilweise auch passiv-aggressive Züge aufweise und zu einem aggressiven Verhalten neige, indem er sich z.B. im Verkehr impulsiv verhalte. Diese gutachterlichen Einschätzungen leuchten ein, da der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Exploration u.a. angab, als Kind Tiere gequält zu haben, öfters in Schlägereien einbezogen gewesen und öfters in Polizeigewahrsam genommen worden zu sein (IV-Nr. 149.1 S. 39). Der Beschwerdeführer bejahte zudem die Aggressivität, indem er ausführte, im Verkehr bspw. Leuten nachzufahren, die ihn vorgängig gereizt hätten oder mit denen es vorgängig zu irgendwelchen Zusammenstössen gekommen sei. Er sei sehr gereizt (IV-Nr. 149.1 S. 37). Weiter führte Dr. med. O.\_\_\_\_ zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» aus (IV-Nr. 149.1 S. 51 f.), der Beschwerdeführer befinde sich seit 2015 in psychiatrischer Behandlung. Diese könne in Bezug auf die Schlafstörungen und die Angstsymptomatik grundsätzlich als leitliniengerecht betrachtet werden. Eine medikamentöse konsequente antidepressive Behandlung werde nicht durchgeführt, obwohl von einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werde. Der Beschwerdeführer könnte voraussichtlich von der Gabe eines schmerzdistanzierenden Antidepressivums wie z.B. Duloxetin oder eines trizyklischen Antidepressivums profitieren, ebenfalls wäre eine Behandlung in einer Schmerzambulanz indiziert. Es bestünden daher aus psychiatrischer Sicht zurzeit weitere therapeutische Möglichkeiten um das aktuell ermittelte Belastungsprofil des Beschwerdeführers grundsätzlich zu verbessern (IV-Nr. 149.1 S. 54). Zum Komplex «Persönlichkeit» führte Dr. med. O.\_\_\_\_ aus (IV-Nr. 149.1 S. 51, es lägen beim Beschwerdeführer akzentuierte Persönlichkeitszüge vor, wobei eine Persönlichkeitsstörung im engeren Sinn nicht diagnostiziert werden könne, da bereits die Eingangskriterien nicht gänzlich verifiziert werden könnten. In Bezug auf den Komplex «sozialer Kontext» wies Dr. med. O.\_\_\_\_ darauf hin (IV-Nr. 149.1 S. 53), dass hinsichtlich

des psychosozialen Kontextes mehrere Faktoren zu erwähnen seien, die sich als relevant zeigten, jedoch als invaliditätsfremd eingeschätzt werden müssten. So bestehe z.B. keine Berufsausbildung und die möglicherweise limitierte Motivation werde als verursachend angeführt. Andererseits weise der Beschwerdeführer auch ein Ressourcenpotential auf. Der Beschwerdeführer verfüge zurzeit über eine angepasste Tätigkeit, es bestünden stabile psychosoziale Faktoren wie eine feste Wohnsituation und die Unterstützung durch die Partnerin, die ebenfalls erwerbstätig sei. Der Beschwerdeführer beschäftige sich auch in seiner Freizeit z.B. mit Motorradfahren und gehe auch sonst Freizeittätigkeiten nach. Zudem weise er soziale Kontakte auf und sei auch im Haushalt nicht manifest eingeschränkt. Diese Einschätzungen sind nachvollziehbar, da der Beschwerdeführer angab, in seiner Freizeit einen Hund zu halten, drei- bis viermal pro Monat während einer Stunde Motorrad zu fahren, und je nach Befindlichkeit auf einer Playstation zu spielen (IV-Nr. 149.1 S. 40 unten). Schliesslich führte Dr. med. O. \_\_\_ zur Kategorie «Konsistenz» schlüssig aus (IV-Nr. 149.1 S. 51 Mitte), die gutachterliche Konsistenzprüfung habe Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben: So bestünden Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden sowie zwischen der schweren subjektiven Beeinträchtigung und dem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung. Zudem seien Inkonsistenzen zwischen der subjektiven Beschwerdeschilderung und den objektiven Befunden und Diskrepanzen zwischen den als zeitnah zur Untersuchung als eingenommen angegebenen Medikamenten und deren Spiegelnachweis im Blutserum gegeben. Zusammenfassend bestehe der Eindruck einer leichten Symptomverdeutlichung und Symptomausweitung sowie einer Dekonditionierung.

7.1.3 Damit kommt den beiden Teilgutachten vom 11. September 2017 bzw. 7. Januar 2019 grundsätzlich voller Beweiswert zu. Das bidisziplinäre Gutachten beruht zudem ■ entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 12) ■ auf einer Konsensbeurteilung. Diese ist im psychiatrischen Teilgutachten vom 7. Januar 2019 enthalten (IV-Nr. 149.1 S. 54 f.). Die rheumatologische Gutachterin Dr. med. N. \_\_\_ wies in ihrem Teilgutachten vom 11. September 2017 bereits darauf hin, dass die mit dem Psychiater [recte: der Psychiaterin] gemeinsam erarbeitete Konsensbeurteilung im psychiatrischen Teilgutachten aufgeführt sei (IV-Nr. 144 S. 21 unten). Darin ist nicht eine tatsachenwidrige Behauptung zu sehen, sondern ein Hinweis darauf, dass die Konsensbeurteilung noch folgen werde.

7.2 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob der Beweiswert der beiden Teilgutachten durch die zeitlich vorangehenden Arztberichte allenfalls geschmälert wird. Es ist diesbezüglich zunächst auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. N. \_\_\_ vom 11. September 2017 (vgl. E. II. 7.3 hiernach) und danach auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. O. \_\_\_ vom 7. Januar 2019 (vgl. E. II. 7.4 hiernach) einzugehen.

7.3 Bezüglich des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. N. \_\_\_ vom 11. September 2017 (vgl. E. II. 6.24 hiervor) ergibt sich Folgendes:

7.3.1 Aufgrund der sich präsentierenden medizinischen Akten sind keine vom rheumatologischen Gutachten von Dr. med. N. \_\_\_ wesentlich abweichende Einschätzungen oder Befunderhebungen zu eruieren. So ist den vorliegenden Akten im Wesentlichen übereinstimmend zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer seit Jahren erhebliche degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule mit entsprechenden Schmerzen bestehen. Bereits im Austrittsbericht der Klinik R. \_\_\_ vom 5. Juli 2004 (vgl. E. II. 6.1 hiervor)

wurden eine seit ein bis zwei Jahren bestehende Lumboischialgie L5 / S1 links sowie eine bekannte Zervikalstenose C5 ■ C7 diagnostiziert. Der Rheumatologe Dr. med. S. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 16. Oktober 2007 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) sodann fest, es bestünden degenerative Veränderungen in Form von medianen Diskusprotrusionen / Hernien auf Höhe C6 / 7. Der Beschwerdeführer sei hauptsächlich durch Schmerzen geplagt. Diese Diskusprotrusionen (C5 / C6 und C6 / C7) liessen sich sodann bildgebend im Rahmen der durchgeführten MRI der HWS vom 23. Februar 2009 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) objektivieren, wobei zusätzlich auf Spondylarthrosen anterior C5 ■ C6 und C6 ■ C7, eine kleine Diskushernie C4 ■ 5 sowie eine beginnende Diskusdegeneration im Segment C7 / D1 hingewiesen wurde. Entsprechende Befunde zeigten sich auch bei der MRT der HWS und LWS vom 22. Juni 2009 bzw. vom 21. Februar 2014 und 4. März 2014 (vgl. E. II. 6.5 und 6.9 f. hiervor). Diese Befunde wurden von Dr. med. F. \_\_\_ im Rahmen seiner rheumatologischen Begutachtung vom 27. Oktober 2011 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) unter die Diagnose «chronisches cervico- und lumbospondylogenes Syndrom» subsumiert. Die Diagnosen eines «chronischen lumbospondylogenen Syndroms beidseits» sowie eines «chronischen spondylogenen Syndroms rechts» wiesen auch der Rheumatologe Dr. med. X. \_\_\_ im Bericht vom 30. Mai 2014 sowie Dr. med. Y. \_\_\_ im Bericht vom 26. Juni 2014 (vgl. E. II. 6.12 f. hiervor) aus, wobei Dr. med. X. \_\_\_ darauf aufmerksam machte, dass das chronisch spondylogene Syndrom rechts grösser sei als links und Dr. med. Y. \_\_\_ auf eine Therapieresistenz hinwies, ohne indes weiter darauf einzugehen. Auch der Rheumatologe Dr. med. AA. \_\_\_ bestätigte im Bericht vom 5. September 2014 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) das Vorliegen eines «chronisch lumbospondylogenen Syndroms beidseits» und hielt betreffend das «chronische zervikospondylogene Syndrom» fest, dieses sei beidseits, aber «überwiegend links» vorhanden. Entsprechende Diagnosestellungen sind auch den Berichten der behandelnden Hausärztin Dres. med. AB. \_\_\_ vom 25. September 2015 und 21. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.16 und 6.18 hiervor) zu entnehmen. So wies sie ein chronisch rezidivierendes, therapieresistentes, lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits und ein chronisch rezidivierendes, therapieresistentes, cervikospondylogenes Schmerzsyndrom aus. In Bezug auf diese beiden Berichte ist indes festzuhalten, dass es sich bei Dr. med. AB. \_\_\_ um eine auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinen Inneren Medizin spezialisierte Fachärztin handelt und der durch sie ausgewiesenen rheumatologischen Diagnosestellungen daher kaum Beweiswert zukommt. Die vorangegangenen Ausführungen zeigen jedoch insgesamt auf, dass die durch Dr. med. N. \_\_\_ im rheumatologischen Gutachten vom 11. September 2017 ausgewiesenen Hauptdiagnosen von «chronisch lumbospondylogenen Schmerzen, ICD-10 M54» und «chronisch cervikovertebrale Schmerzen, ICD-10 M54.12» durch die zeitlich zuvor verfassten medizinischen Akten gestützt werden.

Da bei der gutachterlichen rheumatologischen Untersuchung wenig ausgeprägte Befunde festgestellt wurden (vgl. E. II. 7.1 hiervor), hielt Dr. med. N. \_\_\_ dafür, dass das durch den Beschwerdeführer empfundene subjektive Ausmass der beklagten Beschwerden durch die diagnostizierten degenerativen Veränderungen nicht erklärt werden könne. Auch diese gutachterliche Einschätzung ist mit den zeitlich vorangehenden medizinischen Akten vereinbar. So hielt bereits die RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 28. Juni 2011 (vgl. E. II. 6.6 hiervor) fest, die vom Beschwerdeführer geklagte Schmerzsymptomatik könne anhand der Befunde nicht nachvollzogen werden und empfahl daher die Durchführung einer neurologischen und rheumatologischen Begutachtung. Im anschliessend in Auftrag gegebenen rheumatologischen Gutachten vom 27. Oktober 2011

(vgl. E. II. 6.8 hiervor) stellte Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden seien bezüglich Umfang und Intensität partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. Auch Dr. med. AA.\_\_\_\_ gab im Bericht vom 5. September 2014 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) bezüglich des diagnostizierten «chronischen Schmerzsyndroms» an, es sei eine «Somatisierungstendenz» gegeben, ging dann jedoch nicht näher darauf ein. Während der anschliessend durchgeführten Rehabilitation in der G.\_\_\_\_ wurde der Beschwerdeführer dann aber auch psychologisch betreut und es wurde im entsprechenden Bericht vom 31. Oktober 2014 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) festgehalten, dass der Beschwerdeführer sehr auf seine Schmerzproblematik fixiert sei.

7.3.2 Das durch den Rheumatologen Dr. med. S.\_\_\_\_ im Bericht vom 16. Oktober 2007 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) aufgrund von HWS-Veränderungen diagnostizierte «sensible cervicoradikuläre Ausfall- und Reizsyndrom der Wurzel C6 links», liess sich im weiteren zeitlichen Verlauf nicht (mehr) bestätigen. So wurde gestützt auf die durchgeführten bildgebenden Abklärungen mittels MRI der HWS vom 23. Februar 2009 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) u.a. lediglich ausgeführt, es bestünden foraminale Stenosen C5-C7 beidseits mit «möglicher Beeinträchtigung» der Wurzeln C6 und C7. Zusätzlich wurde auf eine «mögliche Irritation» der Wurzeln L5 und S1 links hingewiesen. Auch anlässlich der durchgeführten MRT der HWS und LWS vom 22. Juni 2009 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) wurden foraminale Stenosen C5-C7 beidseits «mit möglicher Beeinträchtigung» der Wurzeln C6 und C7 beschrieben. Somit liess sich eine radikuläre Symptomatik auch durch die bildgebenden Untersuchungen nicht bestätigen. Der Neurologe Dr. med. E.\_\_\_\_ konnte sodann in seinem neurologischen Gutachten vom 6. September 2011 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) weder eine relevante zervikale bzw. lumbale Nervenwurzelläsion noch ein peripheres Nervenkompressionssyndrom nachweisen und führte aus, die in der spinalen Bildgebung beschriebenen degenerativen Veränderungen seien nicht mit neurologischen Ausfällen verbunden und daher müssten diese rheumatologisch beurteilt werden. Im anschliessend erstatteten rheumatologischen Gutachten vom 27. Oktober 2011 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) hielt Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, es gebe keinen Hinweis auf eine radikuläre Reiz- oder Ausfallkomponente. Anlässlich der am 21. Februar 2014 durchgeführten MRT der LWS und ISG (vgl. E. II. 6.9 hiervor) konnte im Segment LWK5 / SWK1 eine beidseitige Einengung der Neuroforamina mit kurzstreckiger Kompression der beiden foraminalen L5-Wurzeln, linksbetont, objektiviert werden. Eine mögliche Irritation der Nervenwurzeln C6 und C7 beidseits sowie der Nervenwurzel C5 links und möglicherweise auch rechts, brachte sodann die am 4. März 2014 durchgeführte MRT der HWS (vgl. E. II. 6.10 hiervor) zum Vorschein. Der Neurologe Dr. med. W.\_\_\_\_ führte sodann im Bericht vom 23. Mai 2014 aus (vgl. E. II. 6.11 hiervor), das permanente Taubheitsgefühl im Zeigefinger und Daumen der linken Hand sei als Residuum des cervicalen radikulären Syndroms anzusehen. Es gebe aktuell keine Hinweise auf weitere radikuläre Ausfälle. Ähnliches ist dem Bericht des Rheumatologen Dr. med. X.\_\_\_\_ vom 30. Mai 2014 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) zu entnehmen. So gab er an, an der HWS bestehe aktuell keine radikuläre Komponente, jedoch eine starke Bewegungseinschränkung der unteren HWS-Segmente sowohl bei Flexion als auch bei Rotation mit entsprechenden Tendomyosen der Schultergürtelmuskulatur. Dies bestätigte die rheumatologische Gutachterin Dr. med. N.\_\_\_\_ (IV-Nr. 144.1 S. 15), indem sie darlegte, es bestünden in der heutigen Untersuchung keine Hinweise für ein zervikoradikuläres oder lumboradikuläres Geschehen und in Bezug auf die diagnostizierten chronischen lumbosponylogene Schmerzen (ICD-10 M54) ausführte, eine belastungsabhängige intermittierende radikuläre Reizung sei möglich, aber zurzeit nicht

vorliegend. Folglich ist auch diese gutachterliche Einschätzung aufgrund der vorangehenden medizinischen Akten nachvollziehbar.

7.3.3 Der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. O.\_\_\_\_ wird durch die vorangehenden medizinischen Akten nicht geschmälert.

7.4 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 7. Januar 2019 (IV-Nr. 149.1) ergibt sich Folgendes:

7.4.1 Einzugehen ist im Wesentlichen auf die Berichte der den Beschwerdeführer behandelnden Psychiaterin Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 11. November 2015, 25. Juli 2016, 17. Oktober 2016 und 27. April 2017 (vgl. E. II. 6.17, 6.19, 6.21 f. hiervor). Es ist augenfällig, dass in diesen Berichten die Angaben betreffend den Behandlungsbeginn und die bereits durchgeführten Behandlungen des Beschwerdeführers nicht übereinstimmen. So hielt die behandelnde Psychiaterin im Bericht vom 11. November 2015 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) fest, der Beschwerdeführer befinde sich seit April 2015 in Behandlung. Entsprechende Angaben sind auch dem Bericht vom 27. April 2017 zu entnehmen (vgl. E. II. 6.22 hiervor). Im Bericht vom 25. Juli 2016 (vgl. E. II. 6.19 hiervor) wurde hingegen als Behandlungsbeginn der 25. Februar 2015 und im Bericht vom 17. Oktober 2016 (vgl. E. II. 6.21 hiervor) der 1. Juli 2015 angegeben. Im Weiteren wies Dr. med. M.\_\_\_\_ im fachpsychiatrischen Bericht vom 17. Oktober 2016 (vgl. E. II. 6.21 hiervor) darauf hin, der Beschwerdeführer habe sich zwischen 2012 und 2013 zur Stabilisierung und Entlastungsbehandlung mehrmals in den AD.\_\_\_\_ in stationärer Behandlung befunden. Im anschliessend am 27. April 2017 verfassten fachpsychiatrischen Bericht (vgl. E. II. 6.22 hiervor) hielt sie dann jedoch fest, es hätten vor der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung weder ambulante noch stationäre fachärztliche Behandlungen stattgefunden. Es ist daher nachvollziehbar, dass die psychiatrische Gutachterin Dr. med. O.\_\_\_\_ diesbezüglich festhielt (IV-Nr. 149.1 S. 52), es ergebe sich beim Erwähnen einer stationären Behandlung ein Widerspruch. Sie führte im Weiteren aus, in den Berichten von Dr. med. M.\_\_\_\_ werde davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer ein mittelgradig ausgeprägtes depressives Zustandsbild sowie eine Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung aufweise. Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. So diagnostizierte Dr. med. M.\_\_\_\_ bereits im Arztbericht vom 25. Februar 2015 (vgl. E. II. 6.19 hiervor) sowohl eine seit 2014 bestehende «rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradig» als auch eine «anhaltende Persönlichkeitsstörung nach psychischer Erkrankung bzw. Persönlichkeitsakzentuierung». Im fachpsychiatrischen Bericht vom 17. Oktober 2016 (vgl. E. II. 6.21 hiervor) bestätigte Dr. med. M.\_\_\_\_ die Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung mit ausgeprägter soziophober Symptombildung, mittelschwere- bis schwere depressive Störung» und führte aus, es liessen sich beim Beschwerdeführer im Sinne von Anhaltspunkten biopsychologische Ursachen sowie biografische Entwicklungsparameter für eine strukturelle Vulnerabilität bzw. störungsspezifische Psychodynamik feststellen. Das aktuelle Beschwerdebild des Beschwerdeführers entspreche einer mittelgradigen (depressiven) psychischen Beeinträchtigung. Ähnliche Angaben finden sich auch im Bericht vom 27. April 2017 (vgl. E. II. 6.22 hiervor). In diesem bestätigte Dr. med. M.\_\_\_\_ die bereits im Bericht vom 17. Oktober 2016 gestellten Diagnosen und stellte das diagnostische Zustandsbild einer «rezidivierende depressive Störung mit ausgeprägter soziophober Symptombildung, mittelschwere- bis schwere depressive Störung bei präorbider Strukturvulnerabilität (anhaltende Persönlichkeitsänderung nach systematischer Mehrfachtraumatisierung) bei

Mehrfachtraumatisierung mit sexueller und physischer Gewalterfahrung in der Kindheit (was bei Erstellung des Arztberichtes für die Invalidenversicherung 2015 noch nicht im Rahmen der Psychotherapie erarbeitet worden und deswegen noch nicht bekannt gewesen sei)» fest. Gemäss gutachterlicher Einschätzung von Dr. med. O. \_\_\_ könne eine depressiv-ängstliche Symptomatik durchaus nachvollzogen werden. So weise der Beschwerdeführer derzeit ein depressiv konnotiertes Zustandsbild und eine ängstliche Symptomatik auf, welche durch die akzentuierten, ängstlich vermeidenden Persönlichkeitszüge verstärkt würden. Der Beschwerdeführer befinde sich in regelmässiger psychiatrischer Behandlung in Verbindung mit der Betreuung durch die Psychiatrische Spitex. Diese gutachterlichen Einschätzungen werden durch die Berichte von Dr. med. M. \_\_\_ bestätigt. So hielt sie im Bericht vom 17. Oktober 2016 (vgl. E. II. 6.21 hiervor) fest, aufgrund der objektivierbaren Verschlechterung sei eine Intensivierung des aufsuchenden Angebots durch die Psychiatrische Spitex veranlasst worden. In diesem Zusammenhang wies die psychiatrische Gutachterin Dr. med. O. \_\_\_ darauf hin, dass anhand der Berichte nicht ersichtlich sei, weshalb keine konsequente antidepressive medikamentöse Therapie verabreicht werde. Zur durch Dr. med. M. \_\_\_ ebenfalls ausgewiesene Diagnose einer «Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung» hielt Dr. med. O. \_\_\_ fest (IV-Nr. 149.1 S. 52), eine solche sei nicht eruierbar. So weise der Beschwerdeführer keinerlei diesbezügliche Kriterien auf. Auch wenn biographisch traumatische Ereignisse zu explorieren seien, seien traumatische Symptome nicht feststellbar. Die gutachterliche Einschätzung betreffend das Vorliegen von traumatischen Ereignissen lässt sich aufgrund der vorliegenden Akten nachvollziehen. So wies bereits die behandelnde Psychiaterin in ihrem Bericht vom 27. April 2017 (vgl. E. II. 6.22 hiervor) auf Mehrfachtraumatisierungen des Beschwerdeführers mit sexueller und physischer Gewalterfahrung in seiner Kindheit hin. Auch im Rahmen der psychiatrischen gutachterlichen Exploration gab der Beschwerdeführer an, eine traumatisch verlaufende Kindheit gehabt zu haben. So sei der Vater Alkoholiker und gewalttätig gewesen und es sei zu sexuellen Übergriffen gegenüber der Schwester des Beschwerdeführers gekommen. Auch die Mutter habe einen verstärkten Alkoholkonsum aufgewiesen. Im Kindergarten sei es auch zu sexuellen Übergriffen gekommen (IV-Nr. 149.1 S. 39 oben).

Bezüglich der im Bericht vom 25. Juli 2016 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) durch Dr. med. M. \_\_\_ ausgewiesene Diagnose einer «chronifizierten Schmerzproblematik, ICD-10 M54, ICD-10 F54» führte die psychiatrische Gutachterin Dr. med. O. \_\_\_ in einleuchtender Weise aus, es sei nicht ersichtlich, weshalb keine schmerzspezifische Behandlung durchgeführt werde. So werde die Schmerzproblematik im Bericht vom 25. Juli 2016 als chronische Schmerzstörung zwar erwähnt, es werde aber im weiteren Verlauf nicht weiter darauf eingegangen. Diese Ausführungen erweisen sich als korrekt, da die behandelnde Psychiaterin in ihrem Bericht vom Juli 2016 nicht weiter auf die diagnostizierte chronifizierte Schmerzproblematik einging und diese sodann in den darauffolgenden Berichten vom 17. Oktober 2016 und 27. April 2017 (vgl. E. II. 6.21 f. hiervor) dann auch nicht mehr erwähnte.

7.4.2 Der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. O. \_\_\_ wird durch die Berichte von Dr. med. M. \_\_\_ somit nicht geschmälert.

7.5 Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die übrigen medizinischen Akten den Beweiswert der beiden Teilgutachten von Dr. med. N. \_\_\_ und Dr. med. O. \_\_\_ vom 11. September 2017 und 7. Januar 2019 nicht zu schmälern vermögen.

8. Einzugehen ist auf die gegen das bidisziplinäre Gutachten von Dres. med. N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_ vom 11. September 2017 bzw. 7. Januar 2019 (IV-Nrn. 144.1 – 144.2 und 149.1 – 149.2) gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 4.2 hiervor).

8.1 Der Beschwerdeführer lässt im Wesentlichen vorbringen (A.S. 11), dass eine interdisziplinäre Erstbegutachtung polydisziplinär unter Zufallsvergabe hätte erfolgen müssen und die vorliegend erfolgte Direktvergabe zur beweisrechtlichen Nichtverwertbarkeit des bidisziplinären Gutachtens führen müsse.

8.1.1 Dazu lässt sich festhalten, dass das Bundesgericht im Urteil BGE 137 V 210 vom 28. Juni 2011 diverse Vorgaben formuliert hat, welche die Invalidenversicherung bei der Einholung eines Administrativgutachtens zu beachten hat: Polydisziplinäre Gutachten, d.h. solche mit drei oder mehr Fachdisziplinen, haben bei einer Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) zu erfolgen (Art. 72bisAbs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]), welche nach dem Zufallsprinzip bestimmt wird (Abs. 2), d.h. über die webbasierte Plattform SuisseMED@P (s. Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], Einleitung zu Anhang V, BGE 139 V 349 E. 5.2.2.1 S. 355). Bei mono- oder bidisziplinären Gutachten findet Art. 72bisAbs. 1 IVV keine Anwendung. Im Falle von zulässigen formellen oder materiellen (fachbezogenen) Einwendungen ist vielmehr konsensorientiert vorzugehen, d.h. es hat zwingend ein Einigungsversuch zu erfolgen. Wenn eine Einigung ausbleibt und die IV-Stelle die Einwände für unbegründet hält, ergeht eine Zwischenverfügung über die Beweisvorkehr an sich (Notwendigkeit einer Begutachtung, Beschränkung auf eine oder zwei Fachdisziplinen, Bezeichnung der Disziplinen) und die Person der Gutachter (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.3 S. 356 und E. 5.4 S. 357; Urteil des Bundesgerichts 9C\_560/2013 vom 6. September 2013 E. 2.3).

8.1.2 Es existieren keine festen Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen. Die grosse Vielfalt von Begutachtungssituationen erfordert Flexibilität. In groben Zügen lassen sich jedoch die jeweiligen Einsatzbereiche wie folgt umreissen: Die umfassende administrative Erstbegutachtung wird regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sein; eine direkte Auftragserteilung soll die Ausnahme bleiben. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Diese Voraussetzungen werden vor allem bei Verlaufsbeurteilungen erfüllt sein (BGE 139 V 349 E. 3.2 S. 352).

8.1.3 Aufgrund der internen Fallbesprechung zwischen Dr. med. AF.\_\_\_\_, RAD, und dem Teamleiter Leistungen 3 vom 27. September 2016 (vgl. Protokolleintrag), wurde festgehalten, dass beim «jungen» Mann mit angeblicher Schmerzstörung und rezidivierender Depression eine medizinische Abklärung (auch im Hinblick auf zukünftige Ansprüche bzw. Revisionen) angezeigt sei. In dieser Situation scheine ein Abstellen auf die (wohlwollende) Beurteilung der behandelnden Psychiaterin Dr. med. M.\_\_\_\_ und der Hausärztin sowie auf die Ergebnisse der Eingliederung nicht suffizient, zumal sich die

beiden Behandlerinnen ja auch nur auf das Ergebnis der Eingliederung stützten und somit die subjektive Arbeitsunfähigkeit in den Vordergrund stellten. Daher sei eine bidisziplinäre Begutachtung (Rheumatologie / Psychiatrie) angezeigt. Die Beschwerdegegnerin informierte den Beschwerdeführer daher mit Mitteilung vom 29. September 2016 (IV-Nr. 132) über die Notwendigkeit einer umfassenden medizinischen bidisziplinären Abklärung. Es wurden die Begutachtungsstelle J.\_\_\_\_ sowie die Begutachtungspersonen inkl. Fachdisziplinen ■ Dres. med. K.\_\_\_\_ (Psychiatrie) und L.\_\_\_\_ (Rheumatologie) ■ vorgeschlagen und darauf aufmerksam gemacht, dass der Beschwerdeführer innert Frist schriftliche Einwendungen gegen die Begutachtungspersonen geltend machen könne. Zudem wurde ihm der «Fragenkatalog Erstanmeldung» zugestellt (IV-Nr. 131). Daraufhin teilte die den Beschwerdeführer behandelnde Psychiaterin Dr. med. M.\_\_\_\_ der Begutachtungsstelle J.\_\_\_\_ am 31. Oktober 2016 mit, es sei eine alternative Begutachtungsstelle und dort tätige Kolleginnen zu benennen (IV-Nr. 133). Die Begutachtungsstelle J.\_\_\_\_ versuchte den Beschwerdeführer in der Folge mehrmals erfolglos zu kontaktieren. Nach telefonischen Rücksprachen mit der Psychiaterin Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 17. November 2016 und 28. April 2017 (vgl. Protokolleinträge) und gestützt auf den fachpsychiatrischen Bericht vom 27. April 2017 (IV-Nr. 137) wurden dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 17. Mai 2017 (IV-Nr. 138) weibliche Gutachterpersonen ■ Dres. med. O.\_\_\_\_ (Psychiatrie) und N.\_\_\_\_ (Rheumatologie) ■ vorgeschlagen. Ausserdem wurde ihm erneut der «Fragenkatalog Erstanmeldung» übermittelt und Frist gesetzt, triftige Einwendungen gegen eine oder mehrere Gutachterpersonen schriftlich geltend zu machen. Davon machte der Beschwerdeführer indes in der Folge keinen Gebrauch.

8.1.4 Es gilt somit als erstellt, dass sich der Beschwerdeführer in Bezug auf die ihm durch die Beschwerdegegnerin vorgeschlagene bidisziplinäre Begutachtung innert Frist einzig zu den ihm unterbreiteten Begutachtungspersonen vernehmen liess. So ist dem fachpsychiatrischen Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 27. April 2017 (IV-Nr. 137 S. 2 ff.) u.a. zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der systematischen Mehrfachtraumatisierung zwingend quasi störungsspezifisch durch eine Psychiaterin in Begleitung der Psychiatrischen Spitex und therapeutisch vorbereitet begutachtet werden sollte, da andernfalls eine Re-traumatisierung und konsekutive depressive bzw. suizidale Exazerbation drohten (S. 3). Der Beschwerdeführer liess sich jedoch weder zu den vorgesehenen medizinischen Fachdisziplinen der Rheumatologie und Psychiatrie noch zum Fragenkatalog oder zur vorgeschlagenen Begutachtungsstelle vernehmen. Somit wurde die Durchführung der durch die Beschwerdegegnerin vorgesehenen bidisziplinären medizinischen Abklärung innert Frist nicht beanstandet, insbesondere wurde keine umfassende polydisziplinäre Begutachtung beantragt. Das entsprechende Vorbringen, wonach die interdisziplinäre Erstbegutachtung polydisziplinär unter Zufallsvergabe hätte stattfinden müssen, wird somit erstmals im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens geltend gemacht.

Gestützt auf die sich vorliegend seit 2007 präsentierenden medizinischen Akten (vgl. E. II. 6 hiernach) ist davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer im Wesentlichen rheumatologische und psychiatrische gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen. In diesem Sinn hielt auch der neurologische Gutachter Dr. med. E.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 6. September 2011 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) fest, es sei kein neurologischer Gesundheitsschaden ausgewiesen. Dies bestätigte sodann der Neurologe Dr. med. W.\_\_\_\_

im Bericht vom 23. Mai 2014 (vgl. E. II. 6.11 hiervor), indem er ausführte, es bestehe kein Nachweis einer cervicalen Myelopathie. Damit kann der durch den Vertreter des Beschwerdeführers anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 26. August 2020 (vgl. Protokoll vom 27. August 2020) insbesondere ins Feld geführte gutachterliche Miteinbezug der medizinischen Fachrichtung der Neurologie nicht gefolgt werden. Es ist daher nicht ersichtlich, welche medizinischen Abklärungen zusätzlich notwendig gewesen wären. Für den Beizug weiterer medizinischer Fachdisziplinen bestand somit keine Notwendigkeit. Die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers bezieht sich ausschliesslich auf die medizinischen Fachgebiete der Rheumatologie und der Psychiatrie. Es kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer seit dem 1. März 2016 als Pflegehelfer SRK in der Stiftung H.\_\_\_\_ zu 40 % angestellt ist (IV-Nr. 121). Jedenfalls sind in den Akten keine dieser Annahme widersprechenden Angaben enthalten bzw. es werden auch durch den Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens keine solchen vorgebracht. Daher ist auch nicht von einem besonderen arbeitsmedizinischen bzw. eingliederungsbezogenen Klärungsbedarf auszugehen, der bei der Gutachtensvergabe hätte berücksichtigt werden müssen. Folglich gab es für die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung keine Anhaltspunkte. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin betreffend die Auftragsvergabe einer bidisziplinären rheumatologisch-psychiatrischen Begutachtung ist daher nicht zu beanstanden. Es ist zudem darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin bereits im Jahr 2011 eine bidisziplinäre Begutachtung (Rheumatologie und Neurologie) durchführen liess und es sich somit bei der im Jahr 2017 in Auftrag gegebenen gutachterlichen Abklärung daher nicht um eine eigentliche «Erstbegutachtung» handelt. Bei dieser ging es vielmehr um eine rheumatologische Verlaufsbeurteilung, welche ■ aufgrund der im zeitlichen Verlauf hinzugetretenen psychischen Gesundheitsprobleme des Beschwerdeführers ■ durch eine psychiatrische Komponente ergänzt wurde.

8.2 Es ist auf das weitere Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen, wonach es sich bei dem durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Gutachten bei Dres. med. O.\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_ nicht um ein bidisziplinäres Gutachten, sondern um zwei monodisziplinäre Gutachten handle. So lägen die beiden Teilgutachten circa 16 Monate auseinander. Der zeitliche Abstand zwischen den beiden Teilgutachten ist im vorliegenden Fall in der Tat relativ gross. So wurde das rheumatologische Gutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ am 11. September 2017 (IV-Nr. 144.1) und das psychiatrische Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ am 7. Januar 2019 (IV-Nr. 149.1) erstattet. Trotz dieser rund 16 Monate auseinanderliegenden Teilgutachten wurden die rheumatologischen und psychiatrischen Explorationen nur in einer zeitlichen Distanz von ungefähr 3,5 Monaten durchgeführt. So fand die rheumatologische Untersuchung am 25. Juli 2017 (IV-Nr. 172) und die psychiatrischen Explorationen am 6. und 20. November 2017 (IV-Nr. 149.1 S. 1) statt. Die psychiatrische Gutachterin Dr. med. O.\_\_\_\_ hielt in Bezug auf die Begutachtungstermine ausserdem fest, der Beschwerdeführer sei zu mehreren, vorgängig anberaumten Terminen nicht erschienen (IV-Nr. 149.1 S. 1). Diese gutachterliche Darlegung kann anhand der vorliegenden Akten verifiziert werden. So erschien der Beschwerdeführer nicht zum Begutachtungstermin vom 14. August 2017 und der neu angesetzte Termin vom 30. Oktober 2017 musste auf den 6. November 2017 verschoben werden (vgl. IV-Nrn. 145 f.). Demnach lag der Grund der verzögerten psychiatrischen Exploration beim Beschwerdeführer. Es ist zudem darauf hinzuweisen, dass im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens vom 7. Januar 2019 eine «Konsensbeurteilung (bidisziplinäres Gutachten)» erfolgte (vgl. E. II. 7.1 hiervor). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die beiden

Gutachterinnen Dres. med. N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_ über die jeweils andere gutachterliche Beurteilung informiert waren und diese aus dem Blickwinkel ihres eigenen medizinischen Fachgebiets entsprechend würdigten. Doch selbst wenn keine entsprechende Konsensbeurteilung erfolgt wäre, würde dies ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 4.2 hiervor) ■ dem Beweiswert eines Gutachtens nicht zwingend entgegenstehen (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.4). Es handelt sich somit beim Gutachten von Dres. med. N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_ um ein bidisziplinäres Gutachten.

8.3 Die vom Beschwerdeführer weiter vorgebrachte Argumentation, wonach der zeitliche Abstand von 16 Monaten zwischen dem rheumatologischen und psychiatrischen Gutachten auch deshalb höchst problematisch sei, da im Vergleich zum psychiatrischen Gutachten keine zeitnahen rheumatologischen Abklärungen vorlägen (A.S. 13), greift nicht. So sind in den vorliegenden Akten weder medizinische Berichte noch entsprechende Anhaltspunkte dokumentiert, die seit der Erstattung des rheumatologischen Teilgutachtens vom 11. September 2017 auf eine allfällige Veränderung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers hinweisen würden und daher Anlass zu erneuten Abklärungen gegeben hätten. Solche werden auch durch den Beschwerdeführer nicht geltend gemacht.

8.4 Zum Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach sich die rheumatologische Gutachterin nicht einmal die Mühe gemacht habe, eigene Bilder anzufertigen (A.S. 13), kann zum einen festgehalten werden, dass es stets im Rahmen des Ermessens der jeweiligen Gutachterperson liegt, ob und welche Untersuchungen sie durchführen will (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_516/2014 vom 6. Januar 2015 E. 6.2). Angesichts der durch die Gutachterin erhobenen klinischen Befunde leuchtet es zum anderen ein, dass sie erneute bildgebende Abklärungen als nicht notwendig erachtete. Es kann ergänzend darauf hingewiesen werden, dass Dr. med. N.\_\_\_\_ die vor dem Verfassen des rheumatologischen Teilgutachtens in der Klinik Z.\_\_\_\_ am 25. Juli 2017 durchgeführten neuroradiologischen Untersuchungen (vgl. E. II. 6.23 hiervor) selbst veranlasst hatte. So bedankte sich der zuständige Neuroradiologe Dr. med. AE.\_\_\_\_ im entsprechenden Bericht vom 26. Juli 2017 (IV-Nr. 144.2) bei Dr. med. N.\_\_\_\_ für die Zuweisung des Beschwerdeführers. Die Gutachterin hat demnach durchaus ergänzende bildgebende Untersuchungen veranlasst, soweit ihr dies als angezeigt erschien. Der Beschwerdeführer dringt daher auch mit diesem Vorbringen nicht durch.

8.5 Der Beschwerdeführer stellt sich im Weiteren auf den Standpunkt (A.S. 11), da das Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ erst fast zwei Jahre nach der Auftragserteilung durch die Beschwerdegegnerin erstellt worden sei, könne die Gutachterperson für sich nicht mehr beanspruchen, neutral und unbefangen zu sein. Befangenheit ist anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die objektiv geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit zu erwecken (BGE 137 V 210 E. 6.1.2 S. 267, 132 V 93 E. 7.1 S. 109 m.H.; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_726/2012 vom 31. Oktober 2012 E. 1 m.H.). Solche sind im vorliegenden Fall nicht ersichtlich und werden durch den Beschwerdeführer auch nicht vorgebracht. Zudem bedeutet eine längere Zeitdauer zwischen der Exploration und dem Abfassen des Gutachtens für sich allein noch nicht, dass am Gutachten zu zweifeln ist (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C\_125/2016 vom 4. November 2016 E. 4.3.1, eine Dauer von rund zehn Monaten zwischen der psychiatrischen Untersuchung und der Abfassung des Gutachtens sagt für sich allein nichts über die Zuverlässigkeit oder Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen).

8.6 In Bezug auf das weitere Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach Dr. med. N.\_\_\_\_ im Zeitpunkt der Erstattung ihrer Expertise gemäss dem Medizinalberuferegister über keine Berufsausübungsbewilligung verfügt habe (vgl. E. II. 4.3 hiervor), kann festgehalten werden, dass selbst wenn dies zuträfe, es nicht zu einem Beweisverwertungsverbot führt. Denn das Bundesrecht schreibt mit Blick auf die Begutachtung keine solche Bewilligung vor. Es genügt, wenn die Voraussetzungen für deren Erteilung erfüllt waren (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_526/2014 vom 3. Dezember 2014 E. 5.5, 8C\_436/2012 vom 3. Dezember 2012 E. 3.4).

8.7 Dem Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach sich die beiden Gutachterinnen nicht mit anderslautenden Einschätzungen in den Abklärungsberichten während den Belastbarkeit- und Aufbautrainings auseinandergesetzt hätten (vgl. E. II. 4.2 hiervor), kann entgegengehalten werden, dass sich zum einen Dr. med. N.\_\_\_\_ unter dem Titel «Würdigung nichtmedizinischer Akten, z.B. Arbeitstrainings, Haushaltabklärungen» (IV-Nr. 144.1 S. 13) mit den durchgeführten Integrations- und Eingliederungsmassnahmen der Beschwerdegegnerin befasste. Zum anderen führte Dr. med. O.\_\_\_\_ die entsprechenden Berichte der durchgeführten Massnahmen unter dem Titel «Aktenauszug» (IV-Nr. 149.1 S. 27 ff.) auf. Zudem äusserte sich anlässlich der Exploration auch der Beschwerdeführer dazu (IV-Nr. 149.1 S. 39 f.). Es ist daher davon auszugehen, dass beide Gutachterinnen von den durchgeführten Eingliederungsmassnahmen zumindest Kenntnis hatten und deren Ergebnisse in ihre Beurteilung einbeziehen konnten. Inwiefern eine ausdrückliche Auseinandersetzung mit diesen Akten stattzufinden hat, liegt indes im Ermessen der jeweiligen Gutachter. Es handelte sich auch nicht um medizinische Akten. Eine Schmälerung des Beweiswertes des bidisziplinären Gutachtens lässt sich aus diesem Vorbringen jedenfalls nicht ableiten.

9. Dem bidisziplinären Gutachten von Dres. med. N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_ vom 11. September 2011 bzw. 7. Januar 2019 ist somit voller Beweiswert zuzusprechen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 11. Juni 2019 (A.S. 1 f.) auf dieses abgestellt hat. Es kann somit in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von den Einschätzungen in diesem Gutachten ausgegangen werden. Demzufolge ist dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Maschinist, sofern nur manchmal über 10 kg schwer gehoben werden müsse, aus rheumatologischer Sicht seit 2009 unverändert zumutbar (A.S. 149 S. 54). Auch in der aktuellen Tätigkeit als Pflegehelfer SRK, die einer leidensangepassten Tätigkeit entspricht, besteht aus somatischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit und es ist dem Beschwerdeführer ein volles Arbeitspensum zumutbar. In einer Tätigkeit, die mit repetitiv erfolgenden schweren Heben von > 10 kg verbunden ist, ist der Beschwerdeführer aufgrund seines degenerativen Rückenleidens zu 40 % arbeitsunfähig, da mit länger nötigen Erholungszeiten zu rechnen ist. In einer angepassten Tätigkeit, wie die aktuelle Tätigkeit als Alterspflegehelfer, besteht seit Beendigung der beruflichen Massnahmen (ab 1. März 2016, vgl. E. II. 6.26 hiervor) aufgrund der depressiv-konnotierten und ängstlichen Symptomatik eine Arbeitsfähigkeit von 80 %.

10. Nachfolgend ist der Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. II. 2.4 hiervor) und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den berechneten IV-Grad von 20 % korrekt errechnet hat (A.S. 1 f.).

10.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit

Hinweis) ■ hier: ab März 2017 ■ nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1).

10.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2 m.H., 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]).

10.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 13, 72, 81, 149.1 S. 39 f.) besuchte der Beschwerdeführer von 1972 bis 1977 in [...] die Primarschule und von 1977 bis 1982 die Oberstufe. Anschliessend begann er die Anlehre zum Maler, welche er jedoch 1986 abbrach. Danach war er von 1986 bis 1987 als Zimmermann im Hoch- und Tiefbau tätig. Es folgten diverse Anstellungen als Chauffeur (1987 bis 1988 bei einer Grossschlachtere; 1988 bis 1989 bei der Firma AG.\_\_\_\_; 1989 bis 1990 bei der Firma AH.\_\_\_\_). Von 1990 bis 1995 arbeitete der Beschwerdeführer im Versand und Messebau bei der Firma AI.\_\_\_\_. Zwischen 1995 und 1999 war er alleinerziehend von der Sozialhilfe abhängig. Von 1999 bis 2000 war er als Mitarbeiter Partyservice eines Pilspubs in [...] und von 2001 bis 2002 befristet als Allrounder / Aushilfskraft in einem Trockenbaubetrieb in [...] beschäftigt. Von 2002 bis 2004 arbeitete der Beschwerdeführer sodann als Lagerist und Beifahrer beim Getränkehandel AJ.\_\_\_\_ in [...]. Von 2005 bis 2006 war er in der Verteilzentrale der Firma AK.\_\_\_\_ in [...] als Lagermitarbeiter tätig, wo er mit dem Etikettieren von Kleidern, Kommissionieren von Kundenaufträgen und Sortierung des Lagers beschäftigt war. Es folgte eine einjährige Tätigkeit als Mitarbeiter Recycling in [...] und als Hilfsarbeiter Gipser in [...]. Vom 2. Juli 2007 bis 31. Dezember 2009 war der Beschwerdeführer bei der Firma B.\_\_\_\_ in [...] zu 100 % als Maschinenführer im 3-Schichtbetrieb angestellt (IV-Nrn. 14, 7), wo er v.a. mit dem Bedienen von Bandschneidemaschinen beschäftigt war. Die Kündigung erfolgte aufgrund der wirtschaftlichen Situation durch den Arbeitgeber (vgl. Kündigungsschreiben vom 7. April 2009, IV-Nr. 14 S. 2). Das voraussichtlich für die Zeit vom 11. Oktober 2010 bis 14. Januar 2011 andauernde Belastbarkeitstraining bei der Stiftung C.\_\_\_\_ wurde aufgrund der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers per 5. Januar 2011 vorzeitig abgebrochen (IV-Nrn. 24 ff., 31 f.). Vom 24. November 2014 bis 28. Februar 2015 erfolgte ein erneutes Belastbarkeitstraining und vom 2. März 2015 bis 31. Mai 2015 ein Aufbaustraining in der Stiftung C.\_\_\_\_ in einem Arbeitspensum von 50 % (IV-Nrn. 78, 80, 86 f., 100), welches in der Folge bis am 29. November 2015 verlängert wurde (IV-Nrn. 98, 101, 104, 109, 119). Vom 30. November 2015 bis 29. Februar 2016 konnte der Beschwerdeführer in der Stiftung H.\_\_\_\_ einen Arbeitsversuch absolvieren (IV-Nrn. 115, 122). Während dieser Zeit wurde in der Stiftung C.\_\_\_\_ ein Coaching durchgeführt (IV-Nr. 116, 123). Seit dem 1. März 2016 ist der Beschwerdeführer in einem

Arbeitspensum von 40 % bei der Stiftung H.\_\_\_\_ als Pflegehelfer angestellt (vgl. Arbeitsvertrag, IV-Nr. 121). Seit Februar 2017 beträgt das Arbeitspensum probeweise 50 % (IV-Nr. 144.1 S. 14 unten).

10.1.3 Da dem ungelerten Beschwerdeführer, der über Jahre hinweg verschiedenste Hilfsarbeitertätigkeiten ausübte, die letzte unbefristete Arbeitsstelle als Maschinenführer bei der Firma B.\_\_\_\_ aus wirtschaftlichen Gründen per 31. Juli 2009 gekündigt wurde, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass er die Arbeit bei der Firma B.\_\_\_\_ auch im Gesundheitsfall nicht mehr ausgeübt hätte. Daher hat die Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des Valideneinkommens zu Recht auf die LSE 2016 abgestellt und ist in Anwendung von TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1 («einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»), Männer, von einem monatlichen Gehalt von CHF 5'340.00 ausgegangen. Aufgerechnet auf 41,7 Wochenstunden pro Jahr (x 12 [: 40 x 41,7]) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im Jahr 2017 bei Männer (: 104,1 x 104,6; vgl. T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 ■ 2018), beträgt das Valideneinkommen gerundet insgesamt CHF 67'124.00.

In Bezug auf das Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 4.2 hiervor), es sei beim Valideneinkommen auf das zuletzt bei der Firma AL.\_\_\_\_ erzielte Einkommen abzustellen, kann mit Blick auf die vorliegenden Akten (vgl. E. II. 10.1.2 hiervor) festgehalten werden, dass aus diesen nicht hervorgeht, dass der Beschwerdeführer je für diese Firma tätig war.

10.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG).

10.2.1 Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 10.1.2 hiervor), ist davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer möglich ist, ab März 2016 eine körperlich leichte bis mittelschwere, leidensadaptierte Tätigkeit zu 80 % auszuüben. Deshalb muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss LSE 2016, TA1\_tirage\_skill\_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'340.00 auszugehen (LSE 2016 TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochzurechnen ( $\text{CHF } 5'340.00 \times 12 [: 40 \times 41,7] = \text{CHF } 66'803.40$ ) und an den Nominallohnindex für das Jahr 2017 anzupassen (: 104,1 x 104,6). Damit ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 80 % ein Invalideneinkommen von gerundet CHF 53'699.00.

10.2.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. 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 (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der

Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 52 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer wohl auch weiterhin über eine Aufenthaltsbewilligung B EU/EFTA verfügt (vgl. IV-Nr. 61, gültig bis 31. Juli 2015). So ist den Akten jedenfalls nichts Gegenteiliges zu entnehmen. Im Gegensatz zu einer Aufenthaltsbewilligung B für Drittstaaten besteht bei einer Aufenthaltsbewilligung B EU/EFTA ein gefestigter Anspruch von fünf Jahren. Zudem hat der Beschwerdeführer mit dieser Bewilligung in der Schweiz bereits während mehreren Jahre gearbeitet und es sind keine lohnsenkenden Gründe ersichtlich. Weiter stellt sich beim Beschwerdeführer auch die Frage von mangelnden Sprachkenntnissen nicht, welche im Übrigen auch nicht geeignet wären, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Damit ist kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen. Das Invalideneinkommen beträgt total CHF 53'699.00.

10.3 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 67'124.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 53'699.00 eine Erwerbseinbusse von CHF 13'425.00, die einem IV-Grad von 20 % entspricht. Somit hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. II. 2.1 hiervor).

11. In Bezug auf das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach nicht ersichtlich sei, warum die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Leistungen beruflicher Art resp. auf Umschulung abgewiesen habe (vgl. E. II. 4.2 hiervor), lässt sich festhalten, dass dem Beschwerdeführer gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten vom 11. September 2017 / 7. Januar 2019 (vgl. E. II. 9 hiervor) angepasste Tätigkeiten (ohne repetitives Heben von Gewichten über 10 kg) in einem Arbeitspensum von 80 % zumutbar sind. Dazu gehört u.a. auch die durch den Beschwerdeführer zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maschinenführer. Es besteht somit die Möglichkeit, dass der Beschwerdeführer wieder in seine frühere berufliche Tätigkeit zurückkehren kann. Zudem ist es dem Beschwerdeführer in der Vergangenheit stets aus eigener Initiative heraus gelungen, neue berufliche Tätigkeiten zu finden (vgl. E. II. 10.1.2 hiervor). Einer Umschulung stehen überdies mit Blick darauf, dass der Beschwerdeführer über keine berufliche Ausbildung verfügt, die Prinzipien der Gleichwertigkeit und der Verhältnismässigkeit entgegen. Es kommt hinzu, dass sich der Beschwerdeführer selbst nicht mehr als 40 % arbeitsfähig schätzt. So gab er im Rahmen der Selbsteinschätzung in der psychiatrischen Begutachtung vom 7. Januar 2019 an, er sei «an seine Grenzen angelangt», mehr als das, was er jetzt arbeite, gehe nicht (IV-Nr. 149.1 S. 42). Es ist daher insgesamt nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Antrag auf weitere berufliche Massnahmen abgewiesen hat.

12. Es ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 11. Juni 2019 (A.S. 1 f.) zu Recht abgewiesen hat. Die Beschwerde ist daher abzuweisen und die Verfügung vom 11. Juni 2019 zu bestätigen.

13. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

13.1 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 5 hiervor).

13.2 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Rechtsanwalt Claude Wyssmann hat am 29. November 2019 (Eingang: 2. Dezember 2019, A.S. 48 ff.) eine Kostennote eingereicht, welche er anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 26. August 2020 ergänzte (A.S. 61). Darin macht er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'924.70 (CHF 3'583.95 + CHF 1'340.75) geltend. Dabei werden ein Aufwand von 17,52 Stunden (12,75 Stunden + 4,77 Stunden) und Auslagen von CHF 192.60 (CHF 140.20 + CHF 52.40) ausgewiesen. Darin ist ein Kanzleiaufwand für zehn Klientenbriefe (18., 25. Juli 2019, 20., 22., 29. August, 24. September, 13. November 2019, 15., 24. April und 29. Mai 2020) enthalten, wovon acht à je 0,17 Stunden (total: 1,36 Std.) und zwei à je 0,33 Stunden (0,66 Stunden), total 2,02 Stunden, die im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und daher nicht gesondert zu entschädigen sind. Bei dem am 8. Juni 2020 mit 0,08 Stunden geltend gemachten Versuch, den Klienten zu erreichen, handelt es sich um Kanzleiaufwand, der nicht zu entschädigen ist. Beim Brief an die Beschwerdegegnerin, Frau AM.\_\_\_\_, vom 25. Juli 2019 ist nicht ersichtlich, um was es sich dabei gehandelt hat. Daher ist der diesbezüglich geltend gemachte Aufwand von 0,33 Stunden ebenfalls nicht zu entschädigen. Nach Abzug von insgesamt 2,43 Stunden beträgt der Aufwand noch total 15,09 Stunden. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 8. März 2016, in Kraft seit 15. Juli 2016 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GebT, BGS 615.11) CHF 180.00. Damit ergibt sich eine Entschädigung CHF 2'716.20.

Was die Auslagen von CHF 192.60 anbelangt, so sind die 113 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GebT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 56.50 auf CHF 136.10. Die Fahrtspesen für die Hin- und Rückfahrt zur öffentlichen Verhandlung vom 26. August 2020 von 45,4 km werden anstelle dem in der Kostennote geltend gemachten Ansatz von CHF 1.00 mit CHF 0.70 entschädigt (vgl. § 157 Abs. 3 GT i.V.m. § 161 Gesamtarbeitsvertrag [GAV, BGS 126.3]) und betragen daher CHF 31.78. Damit betragen die Auslagen total CHF 122.50. Somit beläuft sich die Kostenforderung des Rechtsbeistandes unter Einzug der MwSt von 7,7 % auf total CHF 3'057.30. Unter Berücksichtigung der mit Verfügung vom 14. April 2020 bereits erfolgten Akonto-Zahlung von CHF 1'645.30 an das amtliche Honorar (vgl. E. I. 8 hiervor) beträgt die Kostenforderung des Rechtsbeistandes noch CHF 1'411.40. Diese ist zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Vorbehalten bleibt auch der Nachforderungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 1'137.65, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier von einem Stundenansatz von CHF 250.00 auszugehen ist, da im vorliegenden Fall eine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird (A.S. 51), die

einen höheren Ansatz als in § 160 Abs. 2 GebT vorsieht.

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

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheidungen (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

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Küng

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