

# SO\_GERICHTE VSBES.2019.265 vom 1. Juni 2021

SO Obergericht, 2021-06-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.265\\_d20210601](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.265_d20210601)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.265 du 1 juin 2021

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.265 del 1 giugno 2021

## Regeste

Invalidenrente

## 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 einzutreten.

1.2 Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab 1. Oktober 2018. Die Beschwerdegegnerin hat ihm eine halbe Rente zugesprochen, er beantragt eine ganze Rente.

1.3 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 17. Oktober 2019) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

2. 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.

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

2.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit dem 30. Oktober

2017 (IV-Nr. 2) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte frühestens nach Ablauf des Wartejahres im Oktober 2018 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 28. März 2018, IV-Nr. 7), was hier ebenfalls im Oktober 2018 der Fall wäre. Massgebend sind somit die in diesem Zeitraum gültig gewesenen Rechtssätze.

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).

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).

## **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2018 eine ganze Rente auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

## **E. 3**

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

Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.2 Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160).

3.3 Nach der Rechtsprechung weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen der medizinischen Experten ab (BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2 S. 282, 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweis).

4. Die Parteien begründen ihre Standpunkte im Wesentlichen wie folgt:

4.1 Die Beschwerdegegnerin hält in ihrer Verfügung vom 17. Oktober 2019 (A.S. 1 ff.) fest, ihre Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer seit dem 30. Oktober 2017 (Beginn der einjährigen Wartezeit) in seiner bisherigen Tätigkeit als Lastwagenchauffeur bei der Firma C.\_\_\_\_ in [...] aus gesundheitlichen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Diese Tätigkeit sei ihm ab diesem Zeitpunkt nicht mehr zumutbar. Der Arbeitgeber habe in der Folge das Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen per 31. August 2018 aufgelöst. Aus medizinisch-theoretischer Sicht seien dem Beschwerdeführer jedoch körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten in einem Pensum von 50 % zumutbar. Nach Ablauf des gesetzlichen Wartejahres bestehe ein Invaliditätsgrad von 51 %. Der Beschwerdeführer habe somit per 1. Oktober 2018 Anspruch auf eine halbe IV-Rente. Berufliche Massnahmen hätten nicht durchgeführt werden können, da sich der Beschwerdeführer dazu nicht in der Lage gefühlt habe.

4.2 Der Beschwerdeführer hält dem in seiner Beschwerdeschrift vom 14. November 2019 (A.S. 10 ff.) entgegen, die Einschätzungen des RAD beruhten auf ohne persönliche Untersuchung vorgenommenen Beurteilungen vom 8. Januar 2019 und 27. Mai 2019 [recte: 6. Juni 2019]. Bereits geringe Zweifel genüchten, um eine gutachterliche Abklärung mit persönlicher Untersuchung (wenn man den Einschätzungen den Behandlern nicht folgen wolle) zu rechtfertigen (A.S. 14). Der Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_ habe im Arztbericht vom 28. September 2018 für eine leidensangepasste Tätigkeit prognostisch zwei bis maximal vier Stunden Arbeitsfähigkeit bescheinigt. Werde in Einklang mit der Praxis auf den Mittelwert abgestellt, müsse von drei Stunden pro Tag ausgegangen werden. Im Vergleich zur hier relevanten durchschnittlichen statistischen Wochenarbeitszeit im Produktionsbereich von 41.7 Stunden entsprächen drei Stunden pro Tag (gerundet) 36 % und keineswegs 50 %. Die Stellungnahme des RAD zur nur vermeintlich neu deutlich geringeren hausärztlichen Folgenabschätzung überzeuge daher nicht. Der Einwand von Dr. med. D.\_\_\_\_ habe seiner ursprünglichen Einschätzung nicht wesentlich widersprochen.

Der Hausarzt sei mit seiner Einschätzung praktisch konstant geblieben, wobei diese Einschätzung vom RAD lediglich nicht richtig ausgelegt worden sei (A.S. 15).

Die Knieprobleme des Beschwerdeführers, welche auf einen Unfall vom 3. Januar 2017 zurückgingen, erwiesen sich als in den bisherigen Akten ungenügend dokumentiert. Mit der Beschwerde würden ein ärztliches Zeugnis des Spitals G.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2017, ein ärztliches Zeugnis des damaligen Hausarztes Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2017, eine MRT-Beurteilung von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 17. Februar 2017 und ein Arztzeugnis von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 6. März 2017 eingereicht (Beschwerdebeilagen Nrn. 3 ■ 6). Diese die Leistungsfähigkeit mitbeeinträchtigenden Befunde seien mangels hinreichender Dokumentation bei der Folgenabschätzung des RAD nicht miteinbezogen worden. Damit beruhe Letztere auf einer lückenhaften Datenlage, so dass nicht auf sie abgestellt werden könne. Dies umso weniger, als die vorerwähnten, 2017 festgestellten Befunde potentiell progredient sein dürften (A.S. 15 f.).

Im Sinne eines Gesamtfazits bestünden multiple und teilweise wohl zueinander in Wechselwirkung stehende gesundheitliche Störungen in Form akuter tieflumbaler Rückenschmerzen bei deutlicher Fazettengelenksarthrose L4/5 und L5/S1 beidseits bei segmentaler Diskopathie, eines mittelschweren Sulcus ulnaris-Syndroms links, eines essenziellen Tremors, eines Diabetes mellitus Typ II, einer arteriellen Hypertonie und einer medialen Gonarthrose / Femoropatellar-Arthrose im rechten Knie. Ferner bestünden offenbar insbesondere analgetikabedingte Leistungsminderungen bei längerer Beanspruchung. Allenfalls auch invaliditätsrelevant seien residuelle Einschränkungen der Schulterfunktion nach einer frozen shoulder. Ein Gutachten erscheine als zwingend, wenn nicht der (richtig verstandenen) hausärztlichen Beurteilung gefolgt werden wolle (A.S. 16 f.).

Ungeachtet des Vorgesagten müssten die unbestrittenen Einschränkungen (erst recht dann, wenn der hausärztlichen Folgenabschätzung gefolgt werde) zur Gewährung eines leidensbedingten Abzugs führen. Es rechtfertige sich ein leidensbedingter Abzug von 15 % (A.S. 17). Dass der Beschwerdeführer in vier Jahren das Pensionsalter erreichen werde, sei nicht genügend einbezogen worden. Das vorgerückte Alter sei als ein allgemeines arbeitsmarktliches Hemmnis bei der Invaliditätsbeurteilung zu berücksichtigen und auch deshalb sei eine ganze Rente auszurichten (A.S. 18).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit der angefochtenen Verfügung vom 17. Oktober 2019 (A.S. 1 ff.) zu Recht eine halbe Invalidenrente zugesprochen hat. Zur Beurteilung sind im Wesentlichen die folgenden Akten relevant:

5.1 Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Radiologie, L.\_\_\_\_, hielt aufgrund der am 2. November 2017 durchgeführten MRT der LWS und des ISG im Bericht vom 2. November 2017 (IV-Nr. 21 S. 11 f.) folgende Beurteilung fest: Rechtsbetonte leichte Bandscheibenprotrusion mit geringgradiger rezessaler Enge neben Facettendegeneration in L5/S1. Kleine dorsomediale Bandscheibenprotrusion und leichte Facettendegeneration L4/5. Insgesamt keine hochgradige Bedrängung neuraler Strukturen im Untersuchungsbereich.

5.2 Im Bericht vom 11. Dezember 2017 (IV-Nr. 5 S. 6 f.) betreffend die Sprechstunde vom 21. November 2017 stellten Dr. med. M.\_\_\_\_, Leitender Arzt, und Dr. med. N.\_\_\_\_, Chefarzt, Spital G.\_\_\_\_, Kompetenzzentrum für Wirbelsäulenchirurgie, folgende Hauptdiagnosen:

Befunde: Langsames schmerzgeplagtes Gangbild. Keine bedeutende Druckdolenz im tieflumbalen Bereich. Keine radikulären Beschwerden. Keine sensomotorischen Ausfälle der unteren Extremitäten. Normales Vegetativum.

Beurteilung: Der Beschwerdeführer präsentiere eine typische Fazettengelenkssymptomatik. Die Schmerzen stünden mit der fortgeschrittenen Fazettengelenksarthrose in Zusammenhang. Dem Beschwerdeführer seien die Bilder demonstriert und die verschiedenen Therapiemöglichkeiten erklärt worden. Als nächster Schritt sei dem Beschwerdeführer eine Infiltration der betroffenen Fazettengelenke empfohlen worden, dies wäre aber wegen Diabetes und Bluthochdruck nur mit etwas erhöhtem Risiko durchführbar. Momentan möchte der Beschwerdeführer von einer Kortisoninfiltration eher Abstand nehmen. Es sei ihm deswegen ein abwartendes Vorgehen empfohlen worden, der Beschwerdeführer solle die Schmerzmedikamente weiterhin einnehmen. Sollten sich die Schmerzen spontan reduzieren, müssten sie keine invasiven Massnahmen durchführen. Ansonsten könne er sich jederzeit für eine Infiltration melden.

5.3 Dr. med. D.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, führte im handschriftlich verfassten «ärztlichen Erstbericht» an die B.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2018 (IV-Nr. 5 S. 2 ff.) folgende Diagnosen auf:

Der Beschwerdeführer sei höchstwahrscheinlich bereits früher wegen der aktuellen Beschwerden schon in Behandlung gewesen, Dr. med. D.\_\_\_\_ habe aber keine Dokumente. Aktuell werde mittels Physiotherapie, Analgetika NSAR und Zaldiar behandelt. Zudem werde eine Reduktion der Belastung, insbesondere des Hebens, umgesetzt. Für eine Hospitalisation oder Operation gebe es aktuell keine Indikation. Seit November 2017 sei die Wirbelsäulenchirurgie des Spitals G.\_\_\_\_ involviert. Die aktuelle Tätigkeit in einer anderen Arbeitsumgebung sei dem Beschwerdeführer eher nicht zumutbar, weil es sich um eine rückenbelastende Tätigkeit handle. Eine dem Krankheitsverlauf angepasste Tätigkeit (Arbeiten, welche kein Heben von Lasten über 15 kg oder das Herumschieben von Lasten oder das Ziehen beinhalten würden) seien dem Beschwerdeführer zumutbar und möglich. Am aktuellen Arbeitsplatz sei der Beschwerdeführer voraussichtlich bis am 28. Februar 2018 zu 100 % arbeitsunfähig. Die Arbeitswiederaufnahme sei unsicher. Konsultationen hätten am 30. Oktober 2017, 6. November 2017, 22. November 2017 und 20. Dezember 2017 stattgefunden. Der nächste Termin sei am 15. Januar 2018.

5.4 In seinem an die B.\_\_\_\_ gerichteten Schreiben vom 13. Februar 2018 erklärte Dr. med. D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 5 S. 8), es sei zurzeit nicht sicher abzuschätzen, ob der Beschwerdeführer seine Tätigkeit im Stammeruf als Chauffeur wieder aufnehmen können, insgesamt schätze Dr. med. D.\_\_\_\_ die langfristige Arbeitsfähigkeit als eher nicht mehr gegeben ein, da die körperliche Belastung doch zu hoch sei im Verhältnis zur möglichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Beschwerdeführers. Im Prinzip sei medizinisch-theoretisch eine Arbeit ohne körperliche Belastung denkbar. Insbesondere dürften keine Lasten über 5 kg gehoben werden müssen und die Tätigkeit müsste mehrheitlich ohne körperliche Belastung sein. Die alternative Beschäftigung sei grundsätzlich denkbar, aber der Zeitpunkt sei zurzeit nicht sicher abschätzbar; zudem stelle sich natürlich die Frage ob im aktuellen Betrieb eine solche Arbeitsstelle zur Verfügung gestellt werden könnte.

5.5 Dr. med. O.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, wies im Bericht vom 26. Februar 2018 (IV-Nr. 21 S. 6 f.) betreffend die gleichentags erfolgte Konsultation des Beschwerdeführers folgende Diagnosen aus:

Aktuelle Anamnese: Seit einigen Jahren, im Verlauf eher zunehmend, bestehe ein Zittern der Hände, was den Beschwerdeführer vor allem rechts störe. Er müsse mittlerweile mit der linken Hand Zähne putzen, weil die Koordination so schlecht sei, dass er befürchte, sich zu verletzen. Auch beim Essen, Trinken und Schreiben sei er beeinträchtigt. Status nach Operation des Sulcus nervi ulnaris links. Diabetes mellitus mässig eingestellt, offenbar halte er sich nur ungenügend an die Diät. Schlaf beeinträchtigt wegen Rückenschmerzen. Seit dem 30. Oktober 2017 arbeitsunfähig wegen zwei Bandscheibenvorfällen, ausserdem Arthrose. Nikotinabusus von 1,5 ■ 2 Päckchen auf aktuell weniger als ein Päckchen reduziert. Kein Alkohol. Psychisches Befinden reduziert, insbesondere seit dem Tod des Bruders 2017. Wünsche keine Psychotherapie, da er sich davon nichts verspreche. Familienanamnese: Die Mutter habe im Alter ebenfalls gezittert. Die Mutter und der Vater hätten ausserdem Diabetes mellitus gehabt. Der Bruder sei an Krebs gestorben.

Beurteilung: Wie von Dr. med. Q. \_\_\_ vermutet, liege ein essenzieller Tremor vor. Es sei dem Beschwerdeführer im Beisein seiner Ehefrau ausführlich erklärt worden, dass kein idiopathisches Parkinson-Syndrom vorliege, und dass es sich beim essenziellen Tremor um eine Krankheit ohne Krankheitswert handle. Evtl. Therapieversuch mit Metoprolol, der Beschwerdeführer werde sich dies überlegen.

Procedere: Aktuell wünsche der Beschwerdeführer keine Therapie des Tremors. Ansonsten könnte ein Betablocker eingesetzt werden. Bei Dr. med. O. \_\_\_ seien keine weiteren Kontrollen vorgesehen.

5.6 In seinem Bericht vom 25. Juli 2018 (IV-Nr. 20 S. 3 ff.) hielt der Spezialist Leistungsaussendienst R. \_\_\_ der B. \_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe seit dem 1. April 2005 mit einem Beschäftigungsgrad von 100 % als Lastwagenchauffeur für die Firma C. \_\_\_ gearbeitet. Weil der Beschwerdeführer seine Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben könne, sei ihm unter Einhaltung der Sperrfrist von 180 Tagen per 31. August 2018 gekündigt worden. Der Beschwerdeführer sei ursprünglich im Bergbau ausgebildet worden und habe in der damaligen [...] unter Tage gearbeitet. Seitdem er in der Schweiz lebe, habe er immer als Lastwagenchauffeur gearbeitet.

Die medizinische Vorgeschichte sei bekannt. Aufgrund von Rückenschmerzen könne der Beschwerdeführer seinen Beruf als Lastwagenchauffeur nicht mehr ausüben. Man habe ihm von verschiedener ärztlicher Seite mitgeteilt, dass das Rückenleiden austherapiert sei. Gemäss seinem Hausarzt sei der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsfähig. Neben den starken Rückenschmerzen, die ihn ständig quälten, erwähne der Beschwerdeführer verschiedene andere körperliche Einschränkungen, u.a. Diabetes. Es falle auf, dass die rechte Hand des Beschwerdeführers während des Gespräches relativ stark zittere. Der Beschwerdeführer führe aus, dass man dies schon untersucht habe. Der Verdacht auf Parkinson habe sich aber zum Glück nicht bestätigt. Sein Hausarzt habe das Gefühl, dass das Zittern nervlich bedingt sei. Manchmal sei es stärker, manchmal weniger. Störend sei es aber immer. Der Beschwerdeführer benutze dadurch häufiger die linke Hand für Verrichtungen, die er früher mit der rechten Hand ausgeübt habe. Er erzähle, er sei ursprünglich Linkshänder gewesen, in der Jugend aber gezwungen worden, «auf rechts zu wechseln». Im Weiteren erwähne der Beschwerdeführer Knieschmerzen. Er habe in seinem Leben schon vier oder fünf Einrisse des Meniskus erlitten. Für eine Operation sei er nun aber zu alt.

Er nehme folgende Medikamente: Felden 10 mg (Schmerzmittel bei Rheuma-Erkrankungen), bei Notfällen, d.h. wenn die Rückenschmerzen kaum mehr erträglich seien, nehme er Inflammac 50 rapid ein. Von diesem Medikament, das ihn sehr müde mache, dürfe er aber nur alle 12 Stunden eine Tablette einnehmen. Das anfänglich verschriebene Schmerzmittel Zaldiar habe er aufgrund von Schwindel absetzen müssen. Aktuell sei er seit dem 30. Oktober 2017 zu 100 % arbeitsunfähig. Der Beschwerdeführer sei sich bewusst, dass er den Beruf des Lastwagenchauffeurs nicht mehr ausüben könne. Die aus diesem Grund erfolgte Kündigung könne er akzeptieren, obwohl er sich seither Sorgen betreffend seine Zukunft mache. Aus medizinisch-theoretischer Sicht liege eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit vor.

5.7 Im von Hand geschriebenen ärztlichen Bericht vom 28. September 2018 (IV-Nr. 21 S. 1, 3 ff.) hielt Dr. med. D.\_\_\_\_ fest, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 30. Oktober 2017 bis aktuell. Die letzte Kontrolle habe am 27. September 2018 stattgefunden. Gegenwärtig sei der Beschwerdeführer alle zwei bis drei Monate regelmässig in Behandlung. Seit dem 30. Oktober 2017 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten. Der Beschwerdeführer sei wegen den dauernden Rückenschmerzen nicht belastbar. Aktuelle Medikation sei Felden lingual 1 ■ 2 x täglich. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien:

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien:

Zur Prognose zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. D.\_\_\_\_ fest, sie sei «nicht mehr erreichbar». Es werde weiter mit Analgetika behandelt. Gegenwärtig übe der Beschwerdeführer keine Tätigkeit aus. Er habe 33 Jahre als LKW Chauffeur bei einem Chemiebetrieb mit viel Material Ein- und Ausladen gearbeitet. Dies sei eine körperlich strenge Arbeit. Sowohl das längere Sitzen als auch das Heben von Gewichten seien dem Beschwerdeführer nicht mehr möglich. Zurzeit gebe es keinen Zweifel an der Fahreignung. Dem Beschwerdeführer sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr möglich. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei zu zwei bis vier Stunden zumutbar. Die Prognose zur Eingliederung sei nicht so gut. Der Eingliederung stünden das Alter und die Ausbildung im Wege. Der Beschwerdeführer sei im Haushalt dadurch eingeschränkt, dass er keine Gewichte über 10 kg heben könne.

5.8 Im «Sprechstundenbericht vom 22. November 2018», der vom 5. Dezember 2018 datiert (IV-Nr. 23), hielt Dr. med. S.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Spital G.\_\_\_\_, Departement für Orthopädie, folgende Diagnose fest:

Nebendiagnose:

Bildgebung: Schulter links ap / axial und Morrison: Unauffällig. Procedere / Vorschlag: Als erste Massnahme sanfte Therapie mit Miacalcic, Celebrex und Vitamin C für die nächsten drei Wochen, dann erneute Kontrolle. Bei fehlender Besserung der Symptomatik wäre der nächste Schritt die BV gesteuerte Infiltration gleno humeral mit einem Steroid. Stopp der Physiotherapie.

5.9 Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, RAD, beurteilte in ihrer Stellungnahme vom 8. Januar 2019 (IV-Nr. 24 S. 2 f.) die medizinische Situation (inkl. Verlauf / Prognose) wie folgt: Der Beschwerdeführer leide seit November 2017 an schweren Rückenschmerzen bei Fazettengelenksarthrose L4/5 und L5/S1, die sich auch unter Schmerzmitteleinnahme nur leicht besserten und die bisherige Tätigkeit als

LKW-Fahrer verunmöglichten. Klinisch sei ein schmerzgeplagtes, hinkendes Gangbild nachweisbar. Die Therapieoptionen seien jedoch hierbei wegen der Begleiterkrankungen (Arterieller Hypertonus und Diabetes) stark reduziert, so dass der Status als dauerhaft angesehen werden könne. Zusätzlich bestehe beim Beschwerdeführer seit Jahren ein im Februar 2018 diagnostiziertes zunehmendes Zittern der Hände, das die Arbeitsfähigkeit weiterhin reduziere. Die weiteren Begleiterkrankungen reduzierten die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers: So sollte bei einem Bluthochdruck Schichtarbeit und Stress reduziert bzw. vermieden werden, ebenso aufgrund des Diabetes, um Unterzuckerungen und somit Eigen- und Fremdgefährdungen – insbesondere als Chauffeur im Strassenverkehr – zu verhindern.

Der behandelnde Hausarzt beschreibe in seinem Bericht, dass mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr möglich seien, eine Verweistätigkeit maximal vier Stunden möglich sein könnte. Eine relevante Arbeitsfähigkeit sei «nicht mehr erreichbar» (Dr. med. D.\_\_\_\_, 28. September 2018, vgl. E. II. 5.7 hiervor). Der Einschätzung des Hausarztes könne sich der RAD anschliessen: Aufgrund der komplexen und sich negativ beeinflussenden Gesamtsymptomatik der orthopädischen Problematik (Facettenarthrose) mit sich bei Belastung / Stress negativ verstärkenden internistischen Erkrankungen (Diabetes und Arterieller Hypertonus, Tremor) und des sich hieraus entwickelnden zusätzlichen Eigen- und Fremdgefährdungspotentials sei die Arbeit als LKW Chauffeur nicht mehr ausführbar, für leichte, wechselbelastende Verweistätigkeiten sei ebenfalls maximal eine 50%ige Arbeitsfähigkeit anzusetzen.

Diagnosen (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) seien:

Aus medizinischer Sicht bestehe in der Tätigkeit als Lastwagenchauffeur seit November 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf Dauer. In einer Verweistätigkeit bestehe seit November 2017 auf Dauer eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Gemäss dem Arztbericht des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 28. September 2018 habe die Arbeitsfähigkeit am 30. Oktober 2017 begonnen.

5.10 In den Einwänden zum Vorbescheid vom 13. März 2019 (Eingang: 29. März 2019, IV-Nr. 31) hielt Dr. med. D.\_\_\_\_ fest, er gelange nach Besprechung mit dem Beschwerdeführer zur Auffassung, dass die Arbeitsunfähigkeit höher als 50 % bemessen werden sollte. Insbesondere bestünden mehrere relevante Erkrankungen des Bewegungsapparates, welche seine bisherige Arbeitstätigkeit als nicht mehr durchführbar erscheinen liessen, was auch im Vorbescheid festgehalten werde. Die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50 % erachte Dr. med. D.\_\_\_\_ als zu hoch gegriffen; insbesondere da der Beschwerdeführer weiterhin durch die Einnahme von sehr starken Schmerzmitteln in seiner Konzentrations- und Leistungsfähigkeit, sowie in der Durchhaltefähigkeit in einer Arbeitstätigkeit auch leichten Grades erheblich eingeschränkt bleibe. Zudem bestünden auch Einschränkungen in Bezug auf das Steuern von Maschinen oder Führen von Fahrzeugen aufgrund der Erkrankung und der einzunehmenden Medikamente. Daneben bestehe auch eine langjährige Stoffwechselerkrankung, welche zu Einschränkungen bezüglich feinmotorischer Arbeiten führen dürfte. Insgesamt schätze er, Dr. med. D.\_\_\_\_, die Arbeitsfähigkeit auf nicht höher als maximal 20 ■ 25 % auch in einer angepassten Tätigkeit.

5.11 Dr. med. E.\_\_\_\_, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 6. Juni 2019 (IV-Nr. 37 S. 2) fest, die medizinischen Rückpunkte in den Einwänden vom 29. März 2019 (vgl. E. II. 5.10

hiervor) hätten keinen Einfluss auf die Beurteilung vom 8. Januar 2019 (vgl. E. II. 5.9 hiervor). Der Einwand des Hausarztes erstaune den RAD doch sehr: So sei es ja die Beurteilung des Hausarztes (IV-Bericht September 2018) gewesen, auf die sich der RAD-Bericht in seiner Beurteilung gestützt habe. Weshalb diese Beurteilung nun nicht mehr zutreffend sein solle, werde durch den Hausarzt nicht begründet. Ebenso würden keine neuen Diagnosen benannt (bzw. Diagnosen überhaupt), die nicht berücksichtigt sein sollten. Die Rügepunkte bzgl. der Stoffwechselprobleme und deren negative Wechselwirkungen würden explizit in der Arbeitsunfähigkeits-Beurteilung des RAD erwähnt und berücksichtigt. Insofern sei der Einspruch des Hausarztes weder medizinisch fundiert noch nachvollziehbar, da er doch dessen eigener Beurteilung vom September 2018 widerspreche.

5.12 Im Rahmen der Aktennotiz vom 21. Januar 2020 (A.S. 29 f.) gab Dr. med. E.\_\_\_\_, RAD, an, sie habe sich auf den Bericht des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ vom September 2018 bezogen, wie sie es auch ausführlich in ihrer Stellungnahme vom Januar 2019 (vgl. E. II. 5.9 hiervor) geschrieben habe. Dieser habe eine maximal vierstündige Tätigkeit im Verweis, d.h. maximal 50 %, beschrieben. In ihrer Stellungnahme mit Bezug auf Dr. med. D.\_\_\_\_ habe sie einerseits auf das «hinkende Gangbild» (S. 2) aufgrund der Kniebeschwerden hingewiesen, andererseits berücksichtigt Dr. med. D.\_\_\_\_ dies auch in seinem Bericht vom September 2018 unter Punkt 2.5 «Gonarthrose», die er somit in seine maximal vier Stunden bzw. 50%ige Arbeitsfähigkeit miteinbeziehe. Auch mit dieser Einschränkung sehe der Hausarzt den Beschwerdeführer nur für «hohe körperliche Belastungen» «über 10 kg» (Punkt 4.5 und diverses) als 100 % arbeitsunfähig, so dass resultierend versicherungsmedizinisch auch für mittelschwere Belastungen noch eine Restarbeitsfähigkeit angenommen werden könne. Daher habe Dr. med. E.\_\_\_\_ sich an der oberen Beurteilungsskala der Einschätzungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ von «zwei bis vier Stunden» und somit an maximal vier Stunden orientiert, dies im Hinblick auf eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit (wie im Bericht S. 2 vermerkt).

In der Beurteilung habe Dr. med. E.\_\_\_\_ einerseits das Zittern der Hände (beidseits! «Zusätzlich bestehe bei dem Versicherten seit Jahren ein in Februar 2018 diagnostiziertes zunehmendes Zittern der Hände, das die Arbeitsfähigkeit weiterhin reduziere.»), andererseits das sulcus ulnaris Syndrom links (d.h. Schwäche und Sensibilitätsstörungen im linken Unterarm bis Klein- / Ringfinger links) berücksichtigt, so dass der eingeschränkte Einsatz des Arm- / Handbereichs bereits in der Arbeitsfähigkeits-Beurteilung durch Dr. med. E.\_\_\_\_ und Dr. med. D.\_\_\_\_ (durch Beilage der entsprechenden Befunde) berücksichtigt worden sei.

Zur «frozen shoulder» (Oktober 2018) sei zu bemerken, dass im Bericht hierzu eine unauffällige Bildgebung vorliege, d.h. die Diagnose auf rein klinischen und somit zum Teil subjektiven Untersuchungsergebnissen beruhe, da der Beschwerdeführer die Schulter offensichtlich nicht über die Horizontale heben könne. Zudem würden hier rein «sanfte» Therapien (Vitamine etc.) verordnet, eine Indikation für eine «echte Medikation» geschweige denn invasive Massnahmen (Infiltration etc.) habe auch bei fehlender Klinik für den Behandler damals nicht bestanden, so dass Dr. med. E.\_\_\_\_ diesen ■ durch die Bildgebung nicht objektivierten ■ Befund als nicht relevant für die Beurteilung angesehen habe, da die Einschränkungen im Arm- / Handbereich aufgrund der anderen Diagnosen – wie ja bereits oben beschrieben ■ berücksichtigt worden seien.

6. Mit der Beschwerde vom 14. November 2019 (A.S. 10 ff.) liess der Beschwerdeführer die folgenden medizinischen Akten einreichen:

6.1 Der diensthabende Arzt (Name nicht lesbar) des Spitals G.\_\_\_\_ wies im ärztlichen Zeugnis vom 4. Januar 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 3) aufgrund der ambulanten Behandlung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 4. bis 18. Januar 2017 aus.

6.2 Der damalige Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ hielt im ärztlichen Zeugnis vom 17. Januar 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 4) fest, der Beschwerdeführer stehe seit dem 4. Januar 2017 wegen eines Unfalls in seiner Behandlung. Der Beschwerdeführer sei vom 4. bis 27. Januar 2017 zu 100 % arbeitsunfähig.

6.3 Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Radiologie, L.\_\_\_\_, hielt aufgrund der am 17. Februar 2017 durchgeführten MRT des rechten Kniegelenks im Bericht vom 17. Februar 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 5) folgende Beurteilung fest: Komplex eingerissener medialer Meniskuskorpus mit Fragmentverlagerung nach aussen und über den medialen Tibiaplateauerker, zusätzlich tibialseitiger Einriss des medialen Meniskushinterhornes, wahrscheinlich begleitendes dorsomediales Meniskusganglion. Zusätzlich Knorpeldestruktion der medialen Femurkondyle mit beginnendem subchondralem Knochenmarksödem. Chondropathia patellae Grad II und ulzerative Knorpeldefekte in der Trochlea.

6.4 Im vom 9. März 2017 datierten «Sprechstundenbericht vom 6. März 2017» (Beschwerdebeilage Nr. 7) hielt Dr. med. J.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Spital G.\_\_\_\_, Departement für Orthopädie, die folgenden Hauptdiagnosen fest:

Status nach Kniekontusion DD traumatisierte beginnende mediale Gonarthrose / Femoropatellar-Arthrose rechts (Unfall vom 3. Januar 2017)

Anamnese: Bereits vor über zehn Jahren Episoden von Kniebeschwerden rechts. In der damals durchgeführten MRI-Diagnostik sei bereits eine mediale Meniskus-Läsion beschrieben worden. Unter konservativer Therapie damals Beruhigung der Beschwerden. Dann sei am 3. Januar 2017 bei der Arbeit als LKW-Chauffeur beim Entladen eine Palette auf den Boden gefallen und anterior gegen das rechte Knie geschlagen. Konsekutiv anhaltende Schmerzen unterhalb der Patella und z.T. poplietal bei Belastung, aber auch in Ruhe mit Nachtschmerzen. Selten Einnahme eines Analgetikums. Lokal Salbenbehandlung. Nach initialer Arbeitsunfähigkeit sei die Arbeit am 6. Februar 2017 wieder aufgenommen worden. Darunter vermehrte Beschwerden. Zwei- bis dreimal ein Einsacken mit dem rechten Knie.

Befunde: Diskretes rechtsseitig hinkendes Gangbild. Deutliche Varus-Achse links mehr als rechts. Rechtes Knie: Unauffälliges Integument. Kein Erguss. Flexion / Extension symmetrisch 140/0/5 °. Leichte Druckdolenz des medialen Gelenkspaltes. Der Patella-Unterpole, das Ligamentum patellae und die Tuberositas sowie die proximale Tibia indolent. Keine poplietale Schwellung. Ap und mediolateral stabil. Angedeutet positive mediale Meniskus-Zeichen, wobei die dann auslösbaren Schmerzen nicht den beklagten Beschwerden entsprächen. Deutliche Verkürzung der Quadriceps-Muskulatur beidseits.

Procedere / Vorschlag: Anhaltende Knieschmerzen nach Kontusions-Trauma am 3. Januar 2017. Die Schmerzen würden vor allem anterior angegeben. Aktuell sehe Dr. med. J.\_\_\_\_ keine Indikation zur Operation (Knie-Arthroskopie mit medialer Teilmeniskektomie). Die mediale Meniskus-Läsion sei wahrscheinlich schon vorbestehend. Im ersten Schritt sei dem

Beschwerdeführer eine diagnostisch-therapeutische Knie-Infiltration angeboten worden. Diese werde zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gewünscht. Somit zunächst eine Verordnung von Optifen 600 mg 3 x täglich unter Pantozol 40 mg 1 x täglich Magenschutz, für mindestens zwei Wochen. Daneben Verordnung ambulanter Physiotherapie mit lokal antalgisch / antiphlogistischen Massnahmen und insbesondere Dehnung der verkürzten Quadriceps-Muskulatur und Instruktion zur täglichen Eigetherapie. Sollte darunter keine Besserung der Beschwerden eintreten, würde sich der Beschwerdeführer zur angesprochenen Knie-Infiltration melden. Es sei eine Arbeitsunfähigkeit 100 % vom 6. bis zum 12. März 2017 attestiert worden (vgl. ärztliches Zeugnis vom 6. März 2017, Beschwerdebeilage Nr. 6).

7. Da die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 17. Oktober 2019 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2019 und 6. Juni 2019 (vgl. E. II. 5.9, 5.11 hiervor) abgestellt und Letztere gar zum integrierenden Bestandteil erklärt hat, ist nachfolgend auf diese einzugehen und zu prüfen, ob diese eine hinreichende Entscheidungsgrundlage bilden.

7.1 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 5b/ee S. 353 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_52/2017 vom 6. März 2017 E. 2). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

7.2 Die RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_, auf deren medizinischer Beurteilung die angefochtene Verfügung basiert, hat den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen. Eine entsprechende Beurteilung kann beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_651/2019 vom 18. Februar 2020 E. 4.3 mit Hinweis). Diese Voraussetzungen sind hier insofern gegeben, als ausführliche Berichte des Hausarztes sowie zu sämtlichen gesundheitlichen Problemen fachärztliche Stellungnahmen vorlagen. Was die Diagnosestellung und die Beurteilung des Beschwerdebildes anbelangt, waren die Voraussetzungen für eine Aktenbeurteilung grundsätzlich erfüllt. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die darauf basierende Einschätzung der längerfristigen Arbeitsfähigkeit, zu der sich zwar der Hausarzt geäußert hatte, nicht aber (mit Ausnahme einzelner begrenzter Zeitabschnitte) die behandelnden Fachärzte, als beweiskräftig gelten kann.

7.3

7.3.1 Die Ausführungen und die Einschätzung von Dr. med. E.\_\_\_\_ bezüglich der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers stimmen mit der Beurteilung des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ überein: So führte dieser aus, die bisherige strenge körperliche Tätigkeit als LKW-Chauffeur sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar, da ihm

sowohl ein längeres Sitzen als auch das Heben von Gewichten nicht mehr möglich seien. In diesem Sinn äusserte sich Dr. med. D.\_\_\_\_ bereits in seinem Bericht vom 4. Januar 2018 (vgl. E. II. 5.3 hiervor), wobei er die aktuelle Tätigkeit des Beschwerdeführers in einer anderen Arbeitsumgebung als «eher nicht zumutbar» bezeichnete, da es sich um eine rückenbelastende Tätigkeit handle. Auch im an die B.\_\_\_\_ gerichteten Schreiben vom 13. Februar 2018 (vgl. E. II. 5.4 hiervor) legte Dr. med. D.\_\_\_\_ dar, es sei zurzeit noch nicht sicher abzuschätzen, ob der Beschwerdeführer seine Tätigkeit im Stammberuf als Chauffeur wieder aufnehmen können, wobei die langfristige Arbeitsfähigkeit als «eher nicht mehr gegeben» erachtet werde. Die körperliche Belastung sei im Verhältnis zur möglichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Beschwerdeführers zu hoch. Es vermag daher einzuleuchten, wenn Dr. med. E.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 8. Januar 2019 (vgl. E. II. 5.9 hiervor) darlegte, dass die schweren Rückenschmerzen die bisherige Tätigkeit als LKW-Fahrer verunmöglichten und aufgrund der komplexen und sich negativ beeinflussenden Gesamtsymptomatik der orthopädischen Problematik (Facettenarthrose) mit sich bei Belastung / Stress negativ verstärkenden internistischen Erkrankungen (Diabetes und Arterieller Hypertonus, Tremor) und des sich hieraus entwickelten zusätzlichen Eigen- und Fremdgefährdungspotentials die Arbeit als LKW-Chauffeur nicht mehr ausführbar sei. Dieser Einschätzung stehen keine anderslautenden fachärztlichen Beurteilungen gegenüber.

7.3.2 Zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ist dem ärztlichen Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 28. September 2018 (vgl. E. II. 5.7 hiervor) zu entnehmen, eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zu zwei bis vier Stunden pro Tag zumutbar. Ihm seien weder ein längeres Sitzen noch ein Heben von Gewichten zumutbar. Die RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ äusserte sich diesbezüglich in ihrer Stellungnahme vom 8. Januar 2019 (vgl. E. II. 5.9 hiervor) wie folgt: Der behandelnde Hausarzt beschreibe in seinem IV-Bericht, dass mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr möglich seien, eine Verweistätigkeit maximal vier Stunden möglich sein könnte und eine relevante Arbeitsfähigkeit «nicht mehr erreichbar» sei. Der RAD könne sich der Einschätzung des Hausarztes anschliessen. Es bestehe für leichte, wechselbelastende Verweistätigkeiten ebenfalls maximal eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Allerdings lässt sich diese Aussage dem Bericht des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ so nicht entnehmen (rechtsprechungsgemäss wäre, wenn eine Bandbreite [hier: zwei bis vier Stunden] angegeben wird, in der Regel vom Mittelwert auszugehen). Die Erläuterung von Dr. med. E.\_\_\_\_, der Hausarzt habe in seine Einschätzung auch mittelschwere Tätigkeiten einbezogen, was es rechtfertige, sich für leichte Tätigkeiten am oberen Ende der durch ihn genannten Bandbreite zu orientieren (vgl. Aktennotiz vom 21. Januar 2020, A.S. 22), weist zwar eine gewisse Plausibilität auf. Sie ändert aber nichts daran, dass es sich um ungesicherte Annahmen handelt, welche keine volle Beweiskraft beanspruchen können, wenn sie getroffen werden, ohne dass eine persönliche Untersuchung stattgefunden hätte. Es kommt hinzu, dass Dr. med. D.\_\_\_\_ im Einwandschreiben vom 13. März 2017 (vgl. E. II. 5.10 hiervor) u.a. festhielt, er erachte die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50 % als «zu hoch gegriffen», und diese neu auf 20 bis 25 % bezifferte. Diese neue Stellungnahme des Hausarztes bildet zwar ihrerseits keinesfalls eine zuverlässige Entscheidungsbasis, sie macht aber deutlich, dass die massgebende Arbeitsfähigkeit nicht gestützt auf seine Angaben, ohne ergänzende Untersuchung, beurteilt werden kann. Unter diesen Umständen kann die durch Dr. med. E.\_\_\_\_ geschätzte Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit von 50 % nicht als beweiskräftig gelten, denn sie beruht nicht auf hinreichend verlässlichen

Grundlagen. Dasselbe gilt für die angefochtene Verfügung. Das Gericht war deshalb gehalten, diese Abklärungslücke zu schliessen. Aus diesem Grund wurde ein Gerichtsgutachten eingeholt.

## **E. 8**

8.1 Das Gerichtsgutachten der Begutachtungsstelle F. \_\_\_ vom 27. November 2020 (A.S. 56 ff.) basiert auf den vollständigen Vorakten und auf persönlichen Untersuchungen durch die Gutachter in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie und Rheumatologie. Auf dieser Basis nennen die Gutachter als Diagnosen insbesondere (Gutachten S. 4) ein chronisches lumbovertebragenes Schmerzsyndrom (Fehlstatik mit fixierter thorakaler Hyperkyphose bei Zustand nach Morbus Scheuermann sowie Haltungsinsuffizienz mit muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung; Segmentdegeneration L3-S1: Osteochondrose L3/4, L4/5 und L5/S1 sowie Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1; degenerativ bedingte, leichte segmentale Gefügelockerung L5/S1), eine manifeste Varusgonarthrose und Femoropatellararthrose rechts (komplexe mediale Meniskuläsion; Status nach Kniekontusion rechts am 3. Januar 2017; Status nach Knie Trauma rechts ca. 2000; Status nach Innenbandzerrung Knie rechts [Sportverletzung] ca. 1972), einen Status nach Diabetes-assoziiertes Kapsulitis Schulter links 2018, eine Diabetes-assoziierte sekundäre Kapsulitis Schulter rechts sowie einen essentiellen Tremor.

8.2 Der internistische Teilgutachter Dr. med. T. \_\_\_ diagnostiziert aus der Sicht seiner Fachrichtung insbesondere eine arterielle Hypertonie und einen Diabetes mellitus Typ 2, welchen er jedoch keinen Einfluss auf die funktionelle Leistungsfähigkeit beimisst (A.S. 80). Dies leuchtet ein und wird zu Recht nicht beanstandet.

## **E. 8.3**

8.3.1 Der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. U. \_\_\_ nennt aus Sicht seiner Fachrichtung die folgenden Diagnosen (A.S. 97 f.):

Chronisches lumbovertebragenes Schmerzsyndrom

Manifeste Varusgonarthrose und Femoropatellararthrose rechts

Diabetes-assoziierte sekundäre Kapsulitis Schulter rechts

Coxarthrose beidseits rechtsbetont

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nennt der Gutachter einen Status nach Claviculafraktur rechts ca. 1976, einen Status nach Ulnafraktur links ca. 1990 und einen Status nach Vorverlagerung des Nervus ulnaris links bei Ulnarisrinnensyndrom 2010.

8.3.2 Zu den Auswirkungen der gestellten Diagnosen legt der Gutachter dar (A.S. 99), festzustellen seien eine schmerzhaft eingeschränkte Rumpfbeweglichkeit im Lendenwirbelsäulenabschnitt mit reaktivem Muskelhartspann paralumbal, Irritationen lumbal und präsakral sowie eine Reizung des hinteren Lendenwirbelsäulenpfeilers ohne aber objektivierbare radikuläre Symptomatik und ohne Hinweise für eine Segmentinstabilität. Damit korrelierten einerseits die posturale Problematik mit fixierter thorakaler Hyperkyphose und Haltungsinsuffizienz bei muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung und andererseits die bildgebend nachgewiesenen, leicht bis mittelgradig ausgeprägten, degenerativen Befunde im Bereich des mittleren unteren Lendenwirbelsäulenabschnitts im Sinne von Osteochondrosen und Spondylarthrosen mit

kernspintomografisch erkennbarer Aktivierung auf Höhe L5/S1 mit sich nicht neurokompressiv auswirkenden Diskusläsionen L4/L5 und L5/S1 und einer leichten, degenerativ bedingten sentimentalen Gefügelockerung L5/S1 mit diskreter Retroposition L5 gegenüber S1. Auffällig erscheine dabei im zeitlichen Verlauf der Umstand einer therapeutisch und durch die anhaltende Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 2017 unbeeinflusst gebliebene globale Schmerzsymptomatik. Aufgrund der nicht schwerwiegenden Befundausprägung wäre ein Abflauen der Schmerzsymptomatik auf die erhebliche Reduktion der Belastungen infolge der attestierten Arbeitsunfähigkeit als Lastwagenchauffeur sowie unter der Therapie zu erwarten gewesen. Weshalb eine Schmerzlinderung gemäss Angaben des Beschwerdeführers auch nicht andeutungsweise eingetreten sei, lasse sich somatisch abgestützt auf die strukturellen Befunde nicht hinreichend erklären. Diskrepanz zu den gemachten Angaben wirke auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer während der ganzen Anamneseerhebung ohne verbale oder averbale Schmerzäusserung, ohne sich zwischendurch zur Entlastung erheben zu müssen, auf seinem Stuhl habe sitzen bleiben können und mit dem Auto auch grössere Strecken bewältigen könne. Der Beschwerdeführer sei von seinem Wohnort mit seinem Auto nach [...] zur rheumatologischen Begutachtung gereist (Strecke 87 km, Zeitbedarf rund eine Stunde bei freier Fahrt), gebe aber gleichzeitig erhebliche Einschränkungen in den Alltagsverrichtungen an.

8.3.3 Bezüglich des rechten Kniegelenks korreliere der klinische Befund mit der Bildgebung, wo eine leicht bis höchstens mittelgradige Varusgonarthrose und bilateral betonte Femoropatellararthrose festzustellen seien (A.S. 99 f.). Klinisch-diagnostisch bestehe eine manifeste, nicht aber eine aktivierte Varus- und Femoropatellararthrose rechts. Zudem liessen sich aktuell klinische Zeichen für eine mediale Meniskusläsion erheben, die bildgebend bereits in der Kernspintomografie vom 17. Februar 2017 objektiviert worden sei. Die angegebenen bewegungs- und vor allem belastungsabhängigen antero-medialen Knieschmerzen fänden insgesamt damit eine Erklärung. Einen Monat nach dem Unfallereignis vom 3. Januar 2017 habe der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage wieder seiner Arbeit nachgehen können. Bei fehlender Beschwerdeangabe sei im klinischen Untersuchung der Hüftgelenke beidseits rechtsbetont eine Bewegungseinschränkung mit provozierbarem Leistenschmerz rechts aufgefallen. Die veranlasste nativ-radiologische Untersuchung habe zu den mit der Klinik korrelierenden Befunden einer leichten, rechts betonten Coxarthrose beidseits und eines femoroazetabulären Impingement rechts bei Offsetstörung mit vermindert tailliertem Schenkelhals (Typ CAM) geführt.

Weiter sei im Dezember 2018 die Diagnose einer «Frozen shoulder» links gestellt worden, welche zwischenzeitlich spontan abgeheilt sei. Mit hoher Wahrscheinlichkeit stehe diese Schultererkrankung in Zusammenhang mit dem nicht optimal eingestellten Diabetes mellitus Typ 2. Man spreche in diesem Zusammenhang von einer diabetesassoziierten, sekundären Kapsulitis der Schulter. Bei einer bilateralen Beteiligung seien nur selten gleichzeitig beide Seiten betroffen. Die kontralaterale Schulter erkrankte zumeist mit einer zeitlichen Verschiebung von einigen Monaten bis höchstens einigen Jahren. So leide nun der Explorand seit etwa einem halben Jahr unter denselben Beschwerden wie zuvor links mit Entwicklung einer kapsulären Schultersteife, wiederum hoch wahrscheinlich in Zusammenhang stehend mit dem vorbestehenden, therapeutisch nicht optimal eingestellten Diabetes mellitus. Zu erwarten sei auch hier eine spontane Ausheilung nach voraussichtlich Monaten.

8.3.4 Die erhobenen Befunde an der Lendenwirbelsäule, am rechten Knie und an beiden Hüftgelenken rechtsbetont sowie an der rechten Schulter implizierten, so der Gutachter Dr. med. U.\_\_\_\_, eine Minderbelastbarkeit der Lendenwirbelsäule sowie der genannten Gelenke auf höhere Kräfteinwirkungen innerhalb und insbesondere ausserhalb der Körperachse. Abgestützt auf die Befundebene könnten dem Beschwerdeführer von rheumatologischer Seite her keine körperlich schweren oder ständig mittelschweren Arbeiten, wie auch keine den Rücken, das rechte Kniegelenk, die Hüftgelenke und die rechte Schulter belastenden Arbeitspositionen zugemutet werden. Es bestünden damit von rheumatologischer Seite her Einschränkungen hinsichtlich Arbeitspositionen mit gehäuft vorgeneigtem oder abgedrehtem Oberkörper; für Tätigkeiten mit repetitiver Rumpfrotation im Sitzen mit fixiertem Becken; für Tätigkeiten, welche verbunden seien mit einer sitzenden oder stehenden Zwangshaltung, ohne Möglichkeit, zwischendurch zur Entlastung die Körperposition zu wechseln. Ebenfalls ungeeignet seien ausschliesslich stehende oder gehende Tätigkeiten, Tätigkeiten im Kauern und / oder Knien, Tätigkeiten mit dem rechten Arm an oder über der Schulterhorizontalen, sowie Tätigkeiten, welche verbunden seien mit Schlägen oder Vibrationen oder mit längerer dauernder, nass kalter Witterungsexposition. Auch Tätigkeiten auf Dächern, Leitern oder Gerüsten sowie Arbeiten, welche verbunden seien mit hinunter- oder hochspringen, könne der Beschwerdeführer nicht ausüben.

8.3.5 Der rheumatologische Teilgutachter führt weiter aus (A.S. 100 f.), aufgrund der erhobenen Befunde sei die letzte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur mit regelmässigem Beladen und Entladen von Stückgut als bleibend nicht mehr zumutbar zu beurteilen. Einschränkend wirkten sich bei dieser Tätigkeit einerseits die vorwiegend sitzende Arbeitsposition und das Hinunterspringen von der Fahrerkabine auf den Boden sowie andererseits das regelmässige Beladen und Entladen von Stückgut aus. Die Arbeitsfähigkeit liege diesbezüglich von rheumatologischer Seite her unter 30 %. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit umfasse körperlich leichte, nur gelegentlich mittelschwere Arbeiten mit einer Gewichtsbelastung zwischen 5 ■ 10 kg (nur selten 15 kg), durchgeführt in Wechselbelastung (stehend, sitzend, gehend) und unter Beachtung der erwähnten Einschränkungen (d.h. Vermeiden bestimmter Körperhaltungen, von Schlägen und Vibrationen sowie von nasskalter Witterungsexposition). Eine angepasste Tätigkeit wäre dem Beschwerdeführer abgestützt auf die Befundebene medizinisch-theoretisch ganztags (8.2 Stunden pro Tag) zumutbar. In diesem zumutbaren zeitlichen Umfang werde die Leistungsfähigkeit von rheumatologischer Seite her aufgrund des schmerzbedingten Bedarfs an vermehrten Pausen und des schmerzbedingten langsameren Arbeitstempos um 20 % vermindert beurteilt. Integral resultiere aus pathologischer Sicht für eine optimal dem Leiden angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Diese Einschätzung gelte seit Oktober 2017.

#### **E. 8.4**

8.4.1 Das neurologische Teilgutachten wurde am 9. Oktober 2020 durch Dr. med. V.\_\_\_\_ verfasst (A.S. 106 ff.). Dieser nennt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom und einen essentiellen Tremor (A.S. 110). Weiter erwähnt er ohne solche Auswirkung einen Diabetes mellitus Typ 2, eine koronare Herzkrankheit sowie einen Status nach Operation einer Ulnaris-Neuropathie links. Der Gutachter führt aus, der Beschwerdeführer beklage vor allem seine Rückenschmerzen als «Hauptbeschwerdepunkt» und gebe an, er sei dadurch beim Gehen und in der Beweglichkeit stark eingeschränkt. Im Weiteren bestünden Schmerzen durch die Arthrose

am rechten Knie und Einschränkungen durch das Zittern.

8.4.2 Zu den erhobenen Befunden erklärt der Gutachter, seitens des Bewegungsapparates und vor allem im Bereich der beklagten Rücken- und Beinschmerzen bestünden keine neurologischen Symptome oder pathologischen neurologischen Befunde (A.S. 110). Es handle sich hier um eine orthopädische oder rheumatologische Erkrankung. An neurologischen Befunden bestehe ein erheblicher Tremor vor allem der Hände und Unterarme, rechtsbetont. Im Weiteren könne der Gutachter Residuen älterer neurologischer Erkrankungen erkennen, so eine verheilte Operation des Nervus ulnaris links und eine Sensibilitätsstörung nach einer alten Handverletzung rechts. Zu diagnostizieren seien ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne neurologische Beteiligung, ein essentieller Tremor, ein Status nach Sulcus ulnaris Syndrom links sowie ein Status nach Schnittverletzung der rechten Hand vor Jahren. Die hauptsächliche neurologische Diagnose sei, so der Gutachter weiter, der essenzielle Tremor (A.S. 111). Dieser sei erheblich. Er stelle eine Beeinträchtigung der Fein- und Grobmotorik der Arme dar. Schriftliche Arbeiten, feinmotorische Arbeiten seien für den Beschwerdeführer nicht ausführbar. Die früheren neurologischen Diagnosen (Sulcus ulnaris Syndrom links, Schnittverletzungen mit Sensibilitätsstörung der rechten Hand) beeinträchtigten den Beschwerdeführer nicht. Bezüglich des tieflumbalen Schmerzsyndroms sei das Fachgebiet der Neurologie nicht symptomatisch betroffen.

8.4.3 In der angestammten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur bestehe bis anhin durch den Tremor (Zittern) keine relevante Einschränkung der Leistungsfähigkeit (A.S. 111). Aufgrund der neurologischen Störung des Zitterns dürfe der Arbeitsplatz keine besonderen feinmotorischen Tätigkeiten erfordern; darunter falle auch das Schreiben von Hand oder mit Tastatur, sofern es über einzelne Worte oder Unterschriften hinausgehe. Zu erwähnen sei auch, dass der Beschwerdeführer keine Computerkenntnisse habe, womit eine weitere Ressource weg falle. Der Tremor sei am 26. Februar 2018 von Dr. med. O. \_\_\_ erstmals neurologisch beurteilt worden. Die damalige Beurteilung habe auf eine Diagnose ohne Krankheitswert gelaute. In der heutigen Untersuchung sehe er, der Gutachter, einen erheblichen Tremor, so dass er davon ausgehe, dass mittlerweile ein Krankheitswert bestehe. Dieser Verlauf sei bei einem essenziellen Tremor, der langsam aber stetig fortschreite, zu erwarten. Ein essenzieller Tremor sei oft unbefriedigend therapierbar (A.S. 112). Die gängige medikamentöse Therapie bestehe in der Abgabe eines Betablockers. Aus internistischen Gründen habe der Beschwerdeführer bereits einen Betablocker (Nebivolol), trotzdem sei der Tremor erheblich. Der essenzielle Tremor spreche oft schlecht auf medikamentöse Therapien an. Bei schwerem Verlauf, also wenn der Patient infolge Tremor hilflos werde, könne man die Implantation eines Neurostimulators (Hirnschrittmacher) erwägen oder dann eine ultraschallgesteuerte Verödung der zuständigen Hirnnervenkerne. Dies seien invasive Massnahmen, die Arbeitsfähigkeit werde dadurch in der Regel nicht wieder erreicht. In Bezug auf die Prognose sei davon auszugehen, dass sich der essenzielle Tremor langsam verschlechtern werde, entsprechend dem natürlichen Verlauf.

8.5 In ihrer Gesamtbeurteilung (A.S. 57 ff.) fassen die Gutachter die Ergebnisse aus den Teilgutachten zusammen. Zur Arbeitsfähigkeit führen sie aus, die angestammte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur sei dem Beschwerdeführer aus interdisziplinärer Sicht im Herbst 2019 (und bleibend) nicht mehr zumutbar. Einschränkend wirkten sich die vorwiegend sitzende Arbeitsposition, das Herunterspringen von der Fahrerkabine auf den Boden, das

Besteigen der Fahrerkabine sowie das regelmässige Be- und Entladen von Stückgut aus. Diese Beurteilung gelte ab Oktober 2017. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer im interdisziplinären Konsens eine vollzeitliche Arbeitsfähigkeit (z.B. 8.2 Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche) mit einer Verminderung der Leistungsfähigkeit um 20 % (schmerzbedingt erhöhter Pausenbedarf und schmerzbedingt langsames Arbeitstempo) zu attestieren. Geeignet sei eine körperlich leichte, nur gelegentlich mittelschwere Tätigkeit mit einer Gewichtsbelastung bis 10 kg (nur selten 15 kg), durchgeführt in Wechselbelastung (Stehen, Sitzen, Gehen), wobei dem Beschwerdeführer keine besonderen feinmotorischen Tätigkeiten, inkl. Schreiben von Hand oder mit Tastatur ■ soweit es über einzelne Worte oder Unterschriften hinausgeht ■, zumutbar seien.

## **E. 9**

9.1 Das Gerichtsgutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ wird den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II. 3.2 hiervoor) gerecht: Es basiert auf vollständigen Vorakten und eigenen spezialärztlichen Untersuchungen in den relevanten Disziplinen. Auf dieser Basis gelangen die Gutachter zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Inhaltlich vermag die Argumentation in den drei Teilgutachten wie auch in der Gesamtbeurteilung zu überzeugen.

9.2 Aus den Einwänden des Beschwerdeführers ergeben sich keine zwingenden Gründe für ein Abweichen von den Ergebnissen des Gerichtsgutachten oder für ergänzende Fragen an die Experten (vgl. E. II. 3.3 hiervoor):

9.2.1 Was den Tremor anbelangt, der insbesondere an den Händen und Unterarmen, rechtsbetont, auftritt, lassen sich dem Gutachten alle notwendigen Angaben entnehmen. Betroffen ist vorwiegend die rechte Hand; der Beschwerdeführer war ursprünglich Linkshänder, wurde aber in der Folge «umtrainiert», so dass die rechte, vom Tremor stärker betroffene Hand tendenziell zur dominanten wurde. Der neurologische Teilgutachter Dr. med. V.\_\_\_\_ spricht von einer Beeinträchtigung der Fein- und Grobmotorik der Arme und erklärt anschliessend, schriftliche Arbeiten und feinmotorische Arbeiten seien nicht mehr ausführbar (neurologisches Teilgutachten, Antwort auf Frage 4; Gesamtbeurteilung, Antwort auf Frage 5). Daraus ergibt sich, dass sich der Tremor auch ungünstig auf die Grobmotorik auswirkt, allerdings nicht in einer Weise, welche die Arbeitsfähigkeit ernsthaft beeinträchtigt. So hält der Gutachter ausdrücklich fest, in der angestammten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur führe der Tremor «bis anhin» zu keiner relevanten Einschränkung der Leistungsfähigkeit (neurologisches Teilgutachten, Antwort auf Frage 5; damit vereinbar ist auch die Antwort auf Frage 6). Von einer inneren Widersprüchlichkeit oder Unklarheit des Gutachtens kann diesbezüglich nicht gesprochen werden.

9.2.2 Der Beschwerdeführer weist auf einen Widerspruch zwischen dem neurologischen Teilgutachten und der Gesamtbeurteilung in Bezug auf die Frage hin, ob Eingliederungsmassnahmen angezeigt seien. Die Aussage im Teilgutachten lautet: «Angesichts der Kombination der orthopädischen und neurologischen Erkrankung erachte ich berufliche Massnahmen als nicht sinnvoll» (neurologisches Teilgutachten, Antwort auf Frage 9). In der Gesamtbeurteilung (Antwort auf Frage 9) steht dagegen: «In Anbetracht einer andauernden Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einer 80 % Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit scheinen uns berufliche Massnahmen angezeigt, um eine Re-Integration des Versicherten zu gewährleisten». Diese Diskrepanz

lässt sich dadurch erklären, dass der neurologische Teilgutachter aufgrund der ihm vorliegenden Akten davon ausging, die orthopädische oder rheumatologische Komponente führe auch in einer geeigneten Verweistätigkeit zu einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (immerhin war die RAD-Ärztin von einer solchen von 50 % ausgegangen). Als das Gesamtgutachten verfasst wurde, war aber bekannt, dass es sich nicht so verhielt. Es leuchtet daher ein, dass man in der gemeinsamen Beurteilung Eingliederungsmassnahmen nun (aus gesamtmedizinischer Sicht) als sinnvoll erachtete. Der Sinn der Gesamtbeurteilung besteht auch und nicht zuletzt darin, dass ein Gutachter seine Einschätzungen, soweit sie auf Annahmen über Aspekte aus anderen Fachdisziplinen beruhen, überprüfen und gegebenenfalls revidieren kann. Die Beweiskraft des Gerichtsgutachtens wird dadurch nicht infrage gestellt.

9.2.3 Der Umstand, dass der Hausarzt und auch die RAD-Ärztin von einer höheren Einschränkung ausgingen, steht der Beweiskraft des Gerichtsgutachtens nicht entgegen. Die hausärztlichen Feststellungen bilden in den meisten Fällen ■ und wie dargelegt auch hier ■ keine hinreichende Grundlage für die abschliessende Anspruchsbeurteilung. Die RAD-Ärztin stützte sich ihrerseits auf die vorhandenen Berichte ab und nahm keine eigenen Untersuchungen vor. Das Gerichtsgutachten wurde notwendig, weil die vorhandenen medizinischen Unterlagen nicht ausreichten.

9.3 Zusammenfassend kann in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt vollumfänglich auf das Gerichtsgutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 27. November 2020 abgestellt werden. Danach ist der Beschwerdeführer seit Oktober 2017 in der angestammten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur zu 100 % arbeitsunfähig. In einer leidensangepassten Tätigkeit besteht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (volles Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung wegen schmerzbedingt erhöhtem Pausenbedarfs und schmerzbedingt reduziertem Arbeitstempo). Geeignet ist eine körperlich leichte, nur gelegentlich mittelschwere Tätigkeit mit einer Gewichtsbelastung bis 10 kg (nur selten über 15 kg), durchgeführt in Wechselbelastung (Stehen, Sitzen, Gehen), wobei dem Beschwerdeführer keine besonderen feinmotorischen Tätigkeiten inkl. Schreiben von Hand oder mit Tastatur ■ sofern es über einzelne Worte oder Unterschriften hinausgeht ■ zumutbar sind. Einschränkend wirken sich aus rheumatologischer Sicht die Probleme am Rücken und am Knie sowie in geringerem Ausmass an der rechten Schulter aus. Weiter ergeben sich aus neurologischer Sicht erhebliche qualitative Einschränkungen aus dem essentiellen Tremor, dem die Gutachter mehr Gewicht beimessen als zuvor die untersuchende Neurologin.

10. Mit dem Vorliegen des Gerichtsgutachtens kann die medizinische Situation als geklärt gelten. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die festgestellte Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar ist.

10.1 Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind. Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige

Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459 f. mit Hinweisen).

10.2 Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Der Beschwerdeführer ist im Mai 1958 geboren. Für die Frage, ob die festgestellte Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter noch verwertbar sei, ist derjenige Zeitpunkt massgebend, zu dem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbsfähigkeit feststeht. Dies ist der Fall, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben. Muss wegen bestehender Unklarheiten ein medizinisches Gutachten eingeholt werden, ist in aller Regel massgebend, wann das Gutachten erstattet wird (BGE 138 V 457 E. 3.3 und 3.4 S. 461 f.). Dies gilt auch dann, wenn ein Gerichtsgutachten eingeholt werden muss, weil der medizinische Sachverhalt zuvor nicht rechtsgenügend geklärt war (Urteil des Bundesgerichts 9C\_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.1.2 und 3.2). Als die durch das Gericht beauftragte Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ im November 2020 ihr Gutachten ablieferte, war der Beschwerdeführer 62 ½ Jahre alt und wies somit eine verbleibende Aktivitätsdauer von 2 ½ Jahren auf. Dem Beschwerdeführer kann nicht vorgeworfen werden, er habe sich bewusst mit Verzögerung angemeldet, so dass kein Grund besteht, von der Massgeblichkeit dieses Zeitpunktes abzuweichen.

10.3 In einer neueren Publikation wurde die jüngere Praxis zur Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit in fortgeschrittenem Alter analysiert, und dies mit dem folgenden Ergebnis (Thomas Gächter / Philipp Egli / Michael Meier / Martina Filippo: Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, Rechtsgutachten zuhanden der Coop Rechtsschutz AG, Zürich/Winterthur 2021 [abrufbar unter [www.wesym.ch](http://www.wesym.ch); nachfolgend: Gächter e.a.], S. 45 N 154 f.). Eine mögliche Relevanz wird dem Kriterium «fortgeschrittenes Alter» bei Männern ab dem 61. Altersjahr zuerkannt. Als allein ausschlaggebendes Kriterium wird das Alter aber erst ab dem Alter 64 anerkannt. Wenn die verbleibende Erwerbsdauer nur noch einige Monate beträgt, wird die Verwertbarkeit einzig aufgrund des Alters definitiv verneint. Bei Männern über 60 Jahre geht die Rechtsprechung dann von einer Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aus, wenn sie nur noch zwei bis drei Jahre Aktivitätszeit vor sich haben, ihre Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich ■ stark eingeschränkt ist, ein grosser Umschulungs- oder Einarbeitungsaufwand anfallen würde und kaum mit einer gewissen Anpassungsfähigkeit gerechnet werden darf. Im Altersspektrum von 60 ■ 64 Jahren bedarf es somit (mehrerer) zusätzlich qualifizierender Elemente, damit eine Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit verneint wird.

10.4 Vor diesem Hintergrund ist die Verwertbarkeit der gutachterlich ermittelten Arbeitsfähigkeit wie folgt zu beurteilen:

10.4.1 Die bisherige Tätigkeit ist dem Beschwerdeführer aufgrund des von rheumatologischer Seite festgestellten Beschwerdebildes nicht mehr zumutbar, eine berufliche Umstellung daher unumgänglich. Diesbezüglich verfügt der Beschwerdeführer insofern über relativ günstige Voraussetzungen, als er in einer geeigneten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (volles Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung) aufweist. Diese vergleichsweise hohe Arbeitsfähigkeit lässt eine Anstellung für einen potenziellen Arbeitgeber auch bei einer verbleibenden Aktivitätsdauer von 2 ½ Jahren nicht von vornherein als unwirtschaftlich erscheinen. Tendenziell günstig ist auch, dass der Beschwerdeführer bis im Oktober 2017 erwerbstätig war und damit eine im Quervergleich eher kurze Abwesenheit vom Arbeitsmarkt verzeichnet. Weiter ist er deutscher Muttersprache. Was die berufliche Ausbildung angeht, absolvierte der Beschwerdeführer in jungen Jahren in der DDR, wo er aufgewachsen ist, eine Ausbildung zum Facharbeiter Bergbau-Technologie. Nach der Übersiedlung in die Schweiz im Jahr 1977 arbeitete er zunächst in einer Metzgerei, als Mitarbeiter bei der [...] und als Staplerfahrer. Er erwarb die Zulassung als Lastwagenchauffeur und war ab 1985 ausschliesslich in diesem Beruf tätig, zunächst 20 Jahre lang im internationalen Transport und zuletzt ab 2005 beim letzten Arbeitgeber, der Firma C.\_\_\_\_.

10.4.2 Das durch die Gutachter formulierte Zumutbarkeitsprofil lässt die Arbeit als Lastwagenchauffeur nicht mehr zu. Ansonsten enthält es eine Reihe von Einschränkungen. Insbesondere die Kombination einer leichten bis zeitweise mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit mit der starken Erschwerung feinmotorischer Arbeiten und grundsätzlichem Ausschluss (auch kurzer) Schreibarbeiten schränkt das Feld möglicher Tätigkeiten ein. Ungünstig wirkt sich weiter aus, dass der Beschwerdeführer seit 1985 (er war damals 27-jährig) ausschliesslich als Lastwagenchauffeur erwerbstätig war und diese Tätigkeit nun nicht mehr infrage kommt. Der Beschwerdeführer ist demnach nicht mit beruflichen Umstellungen, wie sie nunmehr notwendig wären, vertraut. Diese Umstände begründen im Quervergleich mit anderen Fällen eine gewisse Erschwerung. Eine besondere Konstellation ergibt sich aus dem Tremor. Das starke Zittern fällt, wie sich den Akten entnehmen lässt, in der sozialen Interaktion sofort auf und wird in sämtlichen Berichten über Gespräche mit dem Beschwerdeführer ausdrücklich und mit einer gewissen Betonung erwähnt (vgl. z.B. E. II. 5.6 hiervor oder das Intake-Protokoll, IV-Nr. 14 S. 4). Auch der neurologische Gerichtsgutachter Dr. med. V.\_\_\_\_ spricht wie erwähnt von einem erheblichen Tremor, vor allem an den Händen und Unterarmen, rechtsbetont, und misst diesem, anders als die zuvor untersuchende Neurologin Dr. med. O.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.5 hiervor), einen relevanten Krankheitswert bei. Weiter beurteilt er die Behandlungsmöglichkeiten sehr skeptisch; insbesondere ist nach seiner Einschätzung von einer Behandlung mittels Betablockern keine namhafte Verbesserung zu erwarten, zumal der Beschwerdeführer aus internistischen Gründen bereits ein Mittel aus der Gruppe der Betablocker (Nebivolol) einnahm, ohne dass sich die Tremor-Symptomatik reduziert hätte. Ein derart ausgeprägter, ins Auge springender Tremor von Händen und Unterarmen schränkt nicht nur die Leistungsfähigkeit spürbar ein, sondern schmälert auch die Aussichten auf eine Anstellung zusätzlich. In Verbindung mit der Berufsbiographie des Beschwerdeführers, dem vergleichsweise engen Feld zumutbarer Tätigkeiten und der geringen verbleibenden Aktivitätsdauer von 2 ½ Jahren begründet er eine derjenigen Konstellationen, in der davon ausgegangen werden muss, die verbleibende Arbeitsfähigkeit lasse sich auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten. Eine Anstellung wäre nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen

Arbeitgebers möglich.

10.5 Zusammenfassend kann die gutachterlich ermittelte Arbeitsfähigkeit nicht mehr als verwertbar gelten. Verantwortlich sind neben dem fortgeschrittenen Alter des Beschwerdeführers, dessen Erwerbsbiographie und dem aus rheumatologischer Sicht formulierten Zumutbarkeitsprofil, die für sich allein wohl noch nicht diesen Schluss zuliessen, insbesondere der ausgeprägte krankheitswertige Tremor, der als weiteres qualifizierendes Element im Sinne der Rechtsprechung anzusehen ist.

## **E. 11**

11.1 Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass die durch das Gerichtsgutachten ermittelte Arbeitsfähigkeit mit Blick auf das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers und angesichts der gesundheitlichen Einschränkungen, namentlich des vergleichsweise engen Zumutbarkeitsprofils und des ausgeprägten Tremors, auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwertet werden kann.

11.2 In einem neueren Urteil hat das Bundesgericht die Rechtsprechung gemäss BGE 138 V 457 präzisiert und festgehalten, damit werde doch nicht die Frage beantwortet, ab wann eine ganze Rente wegen Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit zu gewähren ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_702/2020 vom 1. Februar 2021 E. 5.2.1). Insbesondere dann, wenn von einer Verschlechterung auszugehen ist, folgt aus einer festgestellten Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit keineswegs zwingend, dass seit dem frühestmöglichen Rentenbeginn Anspruch auf eine ganze Rente besteht. Hier liegt jedoch eine andere Konstellation vor. Anders als im zitierten Urteil (vgl. a.a.O., E. 5.2.2) kann nicht gesagt werden, aufgrund der Aktenlage habe ohne Zweifel eine hohe Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit festgestanden. Vielmehr wurde vonseiten des Hausarztes eine Arbeitsfähigkeit von 2 ■ 4 Stunden, vonseiten der RAD-Ärztin eine solche von 50 % attestiert. Laut den gutachterlichen Ausführungen hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach Oktober 2017 nicht erheblich verändert. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich, dem Beschwerdeführer analog zum Leiturteil BGE 138 V 457 eine ganze Invalidenrente ab 1. Oktober 2018 zuzusprechen. Die Beschwerde ist demgemäss gutzuheissen.

## **E. 12**

12.1 Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG).

12.2 Rechtsanwalt Gressly macht in seiner Honorarnote vom 17. Februar 2021 (A.S. 128 ff.) ein Honorar von CHF 5'020.75 à CHF 250.00 nebst Auslagen und Mehrwertsteuer geltend. Der Aufwand von 20 Stunden kann mit Blick auf die Weiterungen durch das Gerichtsgutachten sowie die etwas ungewöhnliche Fragestellung als angemessen gelten. Mit den Auslagen von CHF 230.90 und der Mehrwertsteuer von 7,7 % resultiert eine Parteientschädigung von CHF 5'656.05.

12.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach

dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 (vgl. A.S. 22) zurückzuerstatten.

12.4 Das Gerichtsgutachten wurde erforderlich, weil die angefochtene Verfügung auf keinen beweiskräftigen medizinischen Grundlagen basierte. Dementsprechend sind die Kosten des Gutachtens der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 27. November 2020 in der Höhe von CHF 13'003.95 der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. BGE 143 V 269, 139 V 396).

Demnach widerkannt:

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Küng

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