

SO_GERICHTE VSBES.2020.128 vom 12. Mai 2020

SO Obergericht, 2020-05-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.128

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.128 du 12 mai 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.128 del 12 maggio 2020

Erwägungen

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 62 % auszurichten.

E. 2.2

2.2.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). 2.2.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur dann vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.2.3 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). Ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich grundsätzlich bei allen solchen Erkrankungen nach einem normativen Prüfungsraaster, dem sog. strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Anhand eines Kataloges von Indikatoren, welche sich auf den funktionellen Schweregrad des Leidens und die Konsistenz des Verhaltens beziehen, erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des (unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits) tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f. und E. 4.1.3 S. 297); liegt aber ein Ausschlussgrund in Form einer Aggravation o.ä. vor, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (a.a.O., E. 2.2.1 f. S. 287 f.). Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Amanda Wittwer, Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Zürich 2017, S. 109 Fn 615). Dies war hier am 23. Oktober 2015

der Fall (s. IV-Nrn. 15.5 + 15.6), womit die Wartezeit im Oktober 2016 endete. Der Rentenanspruch wiederum könnte frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG entstehen (s. Art. 29 Abs. 1 IVG). Dies wäre hier, angesichts der Anmeldung vom 19. April 2016 (s. E. I. 1 hiervor), ebenfalls im Oktober 2016 der Fall. 2.2.4 Nach dem hier massgeblichen bisherigen Recht (s. E. II. 2.1 hiervor) besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG, in Kraft bis 31. Dezember 2021). Bei erwerbstätigen versicherten Personen ist für die Bemessung der Invalidität ein Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG durchzuführen (Art. 28a Abs. 1 IVG, in der bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung). Danach 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). 2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137

V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Von einem Gerichtsgutachten darf nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3).

2.4 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die Tatsachen, welche für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlich sind, hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten der versicherten Person relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Ueli Kieser in: Kommentar zum ATSG, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 43 N 96). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1). 3.

E. 2.2.4

hiervor). Soweit die fraglichen Einkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, s. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30; Urteil des Bundesgerichts

9C_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.1). Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224), hier also das Jahr 2016 (s. E. II. 2.2.3 hiervor). Validen- und Invalideneinkommen sind dabei auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (BGE 129 V 222 E. 4.2 S. 224). Bei der Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte und nicht, was sie bestenfalls erzielen könnte (BGE 131 V 51 E. 5.1 S. 53). Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom – wenn nötig der Teuerung und der Einkommensentwicklung angepassten – letzten Verdienst auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Urteil des Bundesgerichts 9C_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.4.1). Geht die versicherte Person keiner Erwerbstätigkeit mehr nach, sind für das Invalideneinkommen die statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) heranzuziehen (s. BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.3). Abgestellt wird dabei regelmässig auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), bezogen auf den gesamten privaten Sektor (Urteil des Bundesgerichts 9C_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.3.1).

4.2 Der Einkommensvergleich in der angefochtenen Verfügung (A.S. 2) berücksichtigt die erwähnten Vorgaben. Die Beschwerdegegnerin knüpfte für das Valideneinkommen an den Verdienst beim letzten Arbeitsgeber, der H.____ AG, an. Beim Invalideneinkommen wiederum stellte sie in der LSE 2016 auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level (Kompetenzniveau 1 / einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art, Total) ab, mit Aufrechnung der Wochenstunden und der Nominallohnentwicklung. Der einzige Unterschied ist, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf das R.____-Gutachten noch von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ausging, während diese gemäss dem massgeblichen Gerichtsgutachten bei 100 % liegt. Vor diesem Hintergrund steht ein Valideneinkommen von CHF 65'003.00 einem Invalideneinkommen von CHF 67'124.00 gegenüber, was bedeutet, dass keine Erwerbseinbusse und damit auch keine rentenbegründende Invalidität besteht. Der Beschwerdeführer beanstandet die Grundlagen des Validen- und Invalideneinkommens zu Recht nicht, verlangt aber den maximalen leidensbedingten Abzug vom Invalideneinkommen von 25 % (A.S. 15). Selbst ein solcher Abzug mit einem Invalideneinkommen von CHF 50'343.00 würde aber am Ergebnis nichts ändern, da der Invaliditätsgrad mit 22,55 % zu tief für einen Rentenanspruch wäre.

4.3 Die Beschwerdegegnerin lehnte berufliche Massnahmen ab, da sich der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig fühle (A.S. 2). Dies verdient Zustimmung: Eingliederungsmassnahmen setzen die subjektive Eingliederungsfähigkeit im Sinne eines Eingliederungswillens voraus. Fehlt es daran aus invaliditätsfremden Gründen, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung beziehungsweise Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor dem kantonalen Versicherungsgericht gemachten Ausführungen resp. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 8C_233/2021 vom 7. Juni 2021 E. 2.3). Der Beschwerdeführer gab selber mehrmals an, dass er sich nicht mehr in der Lage sehe, eine Arbeit aufzunehmen. Darüber hinaus bestätigte er durch sein

Verhalten, dass es ihm tatsächlich an der Motivation fehlte, sich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern: Gemäss Gerichtsgutachten hatte sich der Beschwerdeführer Anfang Juli 2016 von seiner Operation erholt. Ausserdem gingen die Dres. J.____ sowie M.____ und N.____ im Jahr 2017 davon aus, dass er zumindest teilzeitlich einer Arbeit nachgehen könnte (E. II. 3.1.3 + 3.1.5 hiervor). Dennoch unternahm der Beschwerdeführer bis zur angefochtenen Verfügung keine Anstrengungen, ins Erwerbsleben zurückzukehren. Das von der Beschwerdegegnerin veranlasste Belastbarkeitstraining musste wegen der geklagten subjektiven Beschwerden schon nach wenigen Tagen beendet werden (E. II. 3.1.7 hiervor). Wohl beantragte der Beschwerdeführer im Einwand gegen den Vorbescheid sowie in der Beschwerde berufliche Massnahmen (IV-Nr. 97 S. 2 + 10 f. / A.S. 7 + 16 f.). Auf die Frage der Eingliederungsbereitschaft ging er dabei nicht ausdrücklich ein. Entscheidend ist aber, dass er sich in der Folge jeweils selber widersprach, indem er sich sowohl anlässlich der R.____-Begutachtung als auch gegenüber den Gerichtsgutachtern als gänzlich arbeitsunfähig bezeichnete resp. jegliche Integrationsmassnahme ablehnte (IV-Nr. 76.1 S. 19 / A.S. 89, 152 und 314). In einer Gesamtwürdigung ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die erforderliche Eingliederungsbereitschaft abgeht, womit berufliche Massnahmen schon aus diesem Grund entfallen. 5. Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde stellt als unbegründet heraus und ist abzuweisen. 6. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

E. 3

Dem Beschwerdeführer seien berufliche Massnahmen zu gewähren.

E. 3.1

3.1.1 Der Beschwerdeführer erlernte in seiner Heimat Serbien den Beruf eines Bautechnikers (Gesprächsprotokoll Früherfassung vom 3. März 2016, IV-Nr. 3 S. 1). In der Schweiz arbeitete er seit dem 12. Februar 1996 vollzeitlich bei der H.____ AG (fortan: Arbeitgeberin) als Anlageführer (s. Arbeitgeberbericht, IV-Nr. 13 S. 1 Ziff. 2.1 + 2.2). Ab dem 26. Oktober 2015 war er zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (IV-Nrn. 15.4 + 15.6), da er unter immer stärkeren Gefühlsstörungen an der rechten Hand sowie an einer depressiven Symptomatik litt (IV-Nr. 3 S. 2 / Nr. 15.3). Nachdem das MRI der Halswirbelsäule (HWS) vom 26. November 2015 mehrere Bandscheibenprotrusionen nachgewiesen hatte (IV-Nr. 4), erfolgte am 21. März 2016 eine ventrale Dekompression und Fusion der Halswirbelkörper C3 bis C6.

3.1.2 Dr. med. I.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, stellte im Bericht vom 19. November 2016 (IV-Nr. 22 S. 5 ff.) folgende Diagnosen:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Der Beschwerdeführer leide immer noch unter erheblichen Schmerzen in der HWS sowie Restsymptomen der präoperativen radikulären Ausfälle im rechten Arm. Der Verlust des Arbeitsplatzes per 30. November 2016 habe die depressive Verstimmung eher akzentuiert. Die Schmerzen würden schon bei leichten Belastungen auftreten, d.h. beim Heben von Gewichten über 5 kg. Die HWS sei nicht mehr voll belastbar wie vor der Operation. Die bisherige Arbeit sei nicht mehr zumutbar, eine angepasste Tätigkeit komme frühestens ab Januar 2017 zu 50 % in Frage.

3.1.3 Dr. med. J.____, Leitender Arzt Neurologie am K.____, diagnostizierte im Bericht vom 15. März 2017 (IV-Nr. 35) folgende Leiden:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Er habe den Beschwerdeführer zuletzt am 29. November 2016 untersucht. Hinsichtlich der operativ behandelten zervikalen Myelopathie bestünden residuell eine chronisch schmerzhaft eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und an der rechten Hand eine leichte Hypästhesie im Spatium interosseum Dig I / II. Falls das Heben schwerer Lasten vermieden werden könne und die Tätigkeit wechselnde Arbeiten im Sitzen und Stehen beinhalte, sollte eine Wiederaufnahme der bisherigen Arbeit mit einem Pensum von mindestens 70 % möglich sein. In diesem Rahmen sei die Leistungsfähigkeit um 20 % eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit lasse sich durch einen ergonomischen Arbeitsplatz und regelmässige kurze Pausen verbessern. Körperlich nicht zu belastende Arbeiten, welche auch sitzende Tätigkeiten einschlossen, seien acht Stunden pro Tag zumutbar. Die Leistungsfähigkeit sei dabei eingeschränkt, was sich aber nicht genau quantifizieren lasse.

3.1.4 Der Austrittsbericht der L.____ vom 20. März 2017 (IV-Nr. 38 S. 2 ff.) enthielt folgende Diagnosen:

Der Beschwerdeführer habe vom 31. Januar bis 28. Februar 2017 am interdisziplinären Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Schmerzen teilgenommen. Die Beweglichkeit im Schulter-Nacken-Bereich und die Schmerzsituation hätten sich bis zum Austritt nicht verändert.

3.1.5 Die Dres. M.____ und N.____, Oberarzt bzw. Chefarzt Wirbelsäulenchirurgie am K.____, nannten im Bericht vom 3. April 2017 (IV-Nr. 37 S. 5 f.) folgende Diagnosen:

Der Beschwerdeführer sei vom 21. März bis 31. August 2016 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Anschliessend müsse die Arbeitsfähigkeit vom Hausarzt reevaluiert werden. Nach wie vor klage der Beschwerdeführer über Schmerzen im Nackenbereich mit Ausstrahlung in den rechten Arm und Vorderarm, welche sich nach der Operation etwas gebessert hätten. Objektiv bestehe im gesamten rechten Arm im Vergleich zum linken Arm eine diffuse Kraftminderung. Für eine Radikulopathie oder neurologische Ausfälle gebe es keine sicheren Anzeichen. Man empfehle eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Tragen von Gegenständen über 10 Kg und ohne häufige Extension des Nackens.

3.1.6 Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte im Bericht vom 19. April 2020 (recte: 2017, IV-Nr. 39) folgende Diagnosen, alle mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

mit / bei

Die Konzentration sei herabgesetzt und es gebe subjektiv mittelschwere kognitive Einbussen. Der formale Gedankengang zeige sich geordnet, grübelnd und inhaltlich weitgehend um die somatischen und psychischen Beschwerden sowie die Lebenssituation kreisend. In der Grundstimmung wirke der Beschwerdeführer gedrückt und in der affektiven Schwingungsfähigkeit eingeschränkt. Er zeige sich im Affekt labil, im Antrieb reduziert sowie psychomotorisch innerlich unruhig und leicht gereizt. Ausserdem beklage er Angstzustände und Zukunftsängste. Eine akute Suizidalität liege nicht vor. Für die angestammte Tätigkeit als Stanzer bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Der

Beschwerdeführer sei nur eingeschränkt leistungsfähig und gering belastbar. In einer angepassten Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit vor allem deshalb reduziert, weil schon in geringen Belastungssituationen mit einer psychischen Dekompensation mit verstärkt depressiven Symptomen zu rechnen sei. Es komme immer wieder zu depressiven Einbrüchen mit Antriebslosigkeit und Angst sowie auch somatischen Beschwerden wie Schlafstörungen, Magenbeschwerden, Rückenschmerzen, Erschöpfung und Müdigkeit. Eine Unterstützung im Sinne einer teilweisen Wiedereingliederung mit einem anfänglichen Pensum von 20 % und einer schrittweisen Steigerung wäre sinnvoll.

3.1.7 Der Beschwerdeführer trat am 30. August 2017 bei der Durchführungsstelle P.____ ein Belastbarkeitstraining an. Gemäss Bericht vom 13. September 2017 (IV-Nr. 59) brach die Durchführungsstelle das Training per 6. September 2017 ab, da sich der Beschwerdeführer wegen Schmerzen und Nervosität nicht in der Lage sah, die Arbeit zu erledigen.

3.1.8 Dr. med. Q.____, Assistenzärztin Allgemeinmedizin, bestätigte im Bericht vom 5. Oktober 2017 (IV-Nr. 60) die bekannten somatischen Diagnosen, wobei sie von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 2015 ausging. Trotz der Operation bestünden persistierende Schmerzen im HWS-Bereich mit Taubheitsgefühl und Kraftminderung in beiden Armen. Die Feinmotorik sei beidseits betroffen. Hinzu kämen Konzentrationsstörungen und eine psychische Sensitivität mit Reizbarkeit. Es sei keine Arbeitstätigkeit mehr zumutbar.

3.1.9 Gemäss Bericht von Dr. med. O.____ vom 6. November 2017 (IV-Nr. 62) hätten sich die Diagnosen nicht geändert. Der Verlauf sei nach wie vor durch Schwankungen bzw. immer wieder auftretende Krisen gekennzeichnet. Jegliche Veränderung oder Belastung wirke sich destabilisierend aus. Die vermehrten somatischen Gesundheitsprobleme wirkten sich zusätzlich belastend aus. Belastbarkeit, Anpassungsfähigkeit, Tempo und Ausdauer seien in allen Lebensbereichen vermindert. Zunehmend manifestierten sich Niedergeschlagenheit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, eingeschränkter Antrieb, Einschlafstörungen und psychomotorische Unruhe. Es bestehe eine depressive Stimmungslage mit Ratlosigkeit und phasenweisen Gefühlen der Verzweiflung. Zudem leide der Beschwerdeführer kontinuierlich unter mangelnder Impulskontrolle, Vermeidung sozialer Interaktionen, vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sowie einer pessimistischen Zukunftssicht. Da ihm funktionale Bewältigungsmuster nicht zur Verfügung stünden, reagiere er zunehmend mit Vermeidungsverhalten. Die Stimmung sei unterschiedlich und hänge meist von den Schmerzen ab. Es fänden eine supportive Einzelpsychotherapie, eine Behandlung mit Psychopharmaka sowie flankierend eine kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie statt. Dadurch könne mittelfristig mit einer gewissen Verbesserung der depressiven Symptomatik und der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Der Beschwerdeführer zeige sich motiviert, aktiv an seinen Beschwerden zu arbeiten, wirke aber gleichzeitig stark verunsichert in Bezug auf die Belastbarkeit. Die Prognose sei ungünstig bis offen.

E. 3.2

3.2.1 Die Gutachterstelle R.____ erstattete der Beschwerdegegnerin am 12. Juli 2018 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-Nr. 76.1), das folgende Diagnosen enthielt (S. 11):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

3.2.2 Der Experte Dr. med. S.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin / Gastroenterologie, hielt fest, aus allgemeininternistischer Sicht lägen keine für die Arbeitsfähigkeit relevanten Komorbiditäten vor (S. 30).

3.2.3 Der Experte Dr. med. T.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, erklärte in seinem Teilgutachten (S. 32 ff.), es liege ein regelrechter Zustand nach operativer Versteifung der cervicalen Segmente C3 bis C6 vor. Die hochgradige Bewegungslimitierung der HWS sei angesichts der deutlichen Diskrepanz zwischen der Beschwerdeschilderung und dem objektivierbaren Befund somatisch nicht nachvollziehbar. Die leichte Epicondylopathia humeri radialis rechts sowie der leichte Reizzustand am thoracolumbalen Übergang seien der Fehlhaltung und insuffizienten muskulären Stabilisierung zuzuschreiben. Die betreffende Symptomatik sei minim und beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit nicht (S. 39 f.). Die bisherige Tätigkeit, wie sie der Arbeitgeberfragebogen darstelle, könne geleistet werden. Angepasste leichte, kurzzeitig auch mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Körperposition kämen nach der operativen Versorgung in Frage (S. 40).

3.2.4 Der Experte Dr. med. U.____, Facharzt für Neurologie FMH, führte in seinem Teilgutachten (S. 42 ff.) aus, die Untersuchung lasse sich wegen der ausgeprägten Schmerzäusserungen nicht vollständig durchführen und beurteilen (S. 50). Rechtsseitig liege ein ausgeprägtes chronisches cervicobrachiales Schmerzsyndrom vor bei Status nach Eingriff am 21. März 2016. Ein dermatombezogenes radikuläres, motorisches oder sensibles Ausfallsyndrom rechts lasse sich, angesichts der diffusen Angaben bei der Sensibilitätsprüfung am rechten Arm sowie des Giving-way bei der Prüfung der gesamten Armmuskulatur rechts, nicht objektivieren (S. 49 f.). Hinweise für eine cervicale Myelopathie fehlten. Die stark fluktuierenden Kraftverhältnisse im rechten Arm seien nicht nachvollziehbar. Die Schmerzäusserungen und das giving-way, die auch bei der Untersuchung der Beinmuskulatur bemerkt würden, liessen eine erhebliche Schmerzausweitung und Selbstlimitierung vermuten. Die Kopfschmerzen seien durch die ausgeprägte Fehlhaltung und Verspannung der beidseitigen Nacken- und Schultermuskulatur bedingt. Die Schwindelsymptomatik entspreche am ehesten einem orthostatischen Schwindel (S. 50). Für die bisherige Tätigkeit als Stanzer in der Metallbranche bestehe gemäss Arbeitsprofil der Arbeitgeberin weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit. Dasselbe gelte für leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangspositionen und Überkopparbeiten (S. 51).

3.2.5 Der Experte Dr. med. V.____, Augenarzt FMH, erklärte in seinem Teilgutachten (S. 52 ff.), ophthalmologisch bestehe sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit keinerlei Einschränkung (S. 55).

3.2.6 Der Experte Dr. med. W.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Teilgutachten (S. 57 ff.) fest, akzentuierte Persönlichkeitszüge oder eine Persönlichkeitsstörung seien nicht nachweisbar (S. 73). Der Beschwerdeführer sei leichtgradig depressiv verstimmt. Ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz sei nicht zu belegen, weshalb sich weder eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40) noch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) diagnostizieren liessen. Es bestünden deutliche psychosoziale Faktoren (S. 75). Bei der aktuell Exploration zeige der Beschwerdeführer eine deutliche Somatisierung und formal eine gewisse Einengung des Gedankenganges auf die somatischen Probleme. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen der Intensitätsschilderung der Beschwerden und der

beklagten, fast vollständigen Leistungsinsuffizienz sowie den erhobenen Befunden und Aktivitäten. Der Antrieb sei entsprechend der leichten Verstimmung gemindert, ebenso die Psychomotorik. Kognitive Störungen könnten nicht nachgewiesen werden. Eine Angst- oder Zwangsstörung sei nicht nachweisbar (S. 76). Der Abbruch des Belastbarkeitstrainings sei nur ansatzweise verständlich. Was die Indikatorenprüfung angehe, so sei die rezidivierend depressive Störung leichtgradig und die Schmerzverarbeitungsstörung mittelgradig ausgeprägt (S. 78). Die Ressourcenlage sei gut. Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch sei ein Leidensdruck ausgewiesen. Die Persönlichkeit sei gut bis mässig integriert. Der soziale Kontext habe sich gegenüber der Zeit vor der Krankschreibung nur insofern geändert, als die berufsbezogenen Kontakte weggefallen seien und der Beschwerdeführer sich zur Trennung resp. Scheidung entschlossen habe. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen lasse sich bei beschränkter Kooperation nicht in relevantem Ausmass nachweisen (S. 79). Das Rendement sei in der bisherigen wie in einer adaptierten Tätigkeit ab Behandlungsbeginn bei Dr. med. O.____ am 19. Februar 2016 um 20 % vermindert. Der Beschwerdeführer sollte nicht unter zu starkem Leistungsdruck geraten und in verständnisvoller Umgebung arbeiten (S. 81).

3.2.7 Dr. med. O.____ hielt in seinem Bericht vom 7. August 2018 (IV-Nr. 80) dafür, er könne das Gutachten nicht gutheissen. Seit 2016 sei es nie zu einer Remission der depressiven Störung gekommen. Diese habe sich im Rahmen der Persönlichkeitsstruktur mit Gefühlen von ausgeprägter Besorgtheit und der belastenden psychosozialen Situation nach Verlust der Arbeitsfähigkeit entwickelt. Zur Depression sei es nicht nur wegen der Schmerzen, sondern vor allem wegen der wegbrechenden beruflich-sozialen Stabilität gekommen. Seit Beginn des Jahres habe sich sein Zustand weiter verschlechtert, hin zu einer deutlich ausgeprägten mittelgradigen depressiven Episode an der Grenze zur schweren Episode. Hinzu komme eine Schmerzproblematik. Die Verschlimmerung zeige sich durch innere Unruhe, Gereiztheit, Freud- und Interessenlosigkeit, Störung der Vitalgefühle, Angstzustände, Insuffizienzgefühle, sozialen Rückzug, Ein- und Durchschlafstörungen, Albträume, Früherwachen, Appetitmangel sowie Nacken- und Rückenbeschwerden. Der Beschwerdeführer sei in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt und vermindert belastbar. Auch für leichte Arbeiten sei die Leistungsfähigkeit auf mindestens 50 % reduziert, dies wegen der depressiven Apathie mit Energiemangel und Konzentrationsstörungen sowie der latenten Suizidalität.

Die Experten der Gutachterstelle R.____ hielten daraufhin in ihrer Stellungnahme vom 19. November 2018 (IV-Nr. 86) am Gutachten fest, da der Bericht von Dr. med. O.____ keine neuen Erkenntnisse bringe.

3.2.8 In einem weiteren Bericht vom 21. Mai 2019 (IV-Nr. 97 S. 15 ff.) bemerkte Dr. med. O.____, dass gegenwärtig eine schwergradige depressive Episode ohne psychotische Symptome mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit vorliege (F33.21). Er verwies dazu einerseits auf seine Beurteilung nach IFC, andererseits darauf, dass 2016 im Becks Depression Inventory 39 Punkte erreicht worden seien, aktuell aber 51 Punkte. Die Experten äusserten sich dazu am 4. November 2019 (IV-Nr. 102) und hielten nach wie vor am Gutachten fest.

E. 3.3

3.3.1 Das Gerichtsgutachten der Gutachterstelle B.____ gelangte in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 20. Januar 2022 (A.S. 276 ff.) zu folgenden Diagnosen (A.S. 282 f.):

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

3.3.2 Der Experte Dr. med. D.____ erklärte in seinem neurologischen Teilgutachten vom 22. März 2021 (A.S. 73 ff.), der Beschwerdeführer leide nach eigenen Angaben seit der Operation vom 21. März 2016 verstärkt unter Schmerzen im Nacken, mit Ausstrahlung über die rechte Schulter in den ganzen Arm bis zu den Fingerspitzen von Daumen, Zeige- und Mittelfinger, sowie unter Gefühlsstörungen in den drei genannten Fingern. Es gehe ihm schlechter als vor dem Eingriff. Die Schmerzen seien permanent vorhanden und schwankten in der Stärke von mittel bis stark. Der Beschwerdeführer vermöge weder eine vorgegebene Zahl auf einer Schmerzskala von eins bis zehn anzugeben, noch könne er sagen, von welchen Faktoren die Schmerzstärke abhängen (A.S. 87 f.).

Mangels relevanter pathologischer Befunde (s. A.S. 92 f. + 98) lasse sich keine neurologische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die Akten zum Eingriff sowie zur prä- und postoperativen Situation dokumentierten nirgends eine neurologische Ausfallsymptomatik, welche auf eine relevante Rückenmarksbedrängung (Myelonkompression) auf Höhe des Halsmarks hinweisen würde, ebenso wenig eine Reflexsteigerung, spastische Gangstörung oder Blasenentleerungsstörung. Die folgenden Untersuchungen durch Dr. med. J.____ und den R.____-Experten Dr. med. U.____ hätten ebenfalls keine funktionell relevanten neurologischen Ausfälle ergeben (A.S. 94). Bereits im Vorgutachten seien weder ein dermatombezogenes Ausfallssyndrom noch konstant reproduzierbare Sensibilitätsstörungen oder eine zervikale Myelopathie festgestellt worden. Bei der Muskelfunktionsprüfung / Kraftgradprüfung zeige sich damals wie heute ein generalisiertes giving-way, entsprechend einer willkürlichen Wechsel- und Minderinnervation, ohne Nachweis manifester Paresen. Dies spreche für eine inkonsistente, nicht organisch-neurologisch erklärbare Symptomatik. Bei einem manifesten radikulären Syndrom wäre auch ein seitendifferenter Reflexbefund, bei einer zervikalen Myelopathie gar eine generalisierte Reflexsteigerung mit weiteren spastischen Zeichen zu erwarten gewesen. Schon im Vorgutachten habe der Verdacht auf eine Schmerzausweitung und Selbstlimitierung bestanden (A.S. 95). Das postoperativ festgestellte Horner-Syndrom sei im Verlauf spontan deutlich rückläufig gewesen. Die residuellen Befunde seien ohne relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die im Bericht des K.____ vom 28. Oktober 2015 erwähnten Drehschwindelattacken seien im weiteren Verlauf nicht mehr thematisiert und weder im Vorgutachten der Gutachterstelle R.____ noch bei der aktuellen Begutachtung angegeben worden. Weiter habe das Vorgutachten die Kopfschmerzen vom Spannungstyp als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt. Dies sei auch aus heutiger Sicht nachvollziehbar, handle es sich dabei um ein in aller Regel gut behandelbares Krankheitsbild; zudem seien bei der aktuellen neurologischen Begutachtung keinerlei Kopfschmerzen mehr geklagt worden. Die geklagten diffusen Kribbelparästhesien im gesamten rechten Arm seien nicht als reproduzierbare Sensibilitätsstörungen objektivierbar (S. 96). Der seitengleiche, eher schwache Reflexbefund an den oberen Extremitäten spreche sowohl gegen eine manifeste zervikale Nervenwurzelschädigung als auch gegen eine relevante Rückenmarksläsion im Rahmen einer zervikalen Myelopathie. Die aktuelle Laboruntersuchung ergebe in Bezug auf das Antikonvulsivum (Lyrica) und das

Neuroleptikum (Seroquel) keine wirksamen Medikamentenspiegel. Dies spreche ■ entgegen der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ■ gegen eine regelmässige Einnahme sowie gegen einen höhergradigen und authentischen Leidensdruck, zumal derzeit auch keinerlei Schmerzmedikation angesetzt sei (A.S. 97). Die im neurologischen Vorgutachten der Gutachterstelle R.____ attestierte volle Arbeitsfähigkeit sei überwiegend wahrscheinlich auch heute und im Bezugszeitraum der angefochtenen Verfügung vom 12. Mai 2020 massgeblich, da sich bei der aktuellen neurologischen Begutachtung ein gleichartiges klinisches Bild zeige (A.S. 98).

3.3.3 Die Expertin Dr. med. C.____ hielt in ihrem Teilgutachten vom 25. April 2021 (A.S. 101 ff.) fest, aktuell klage der Beschwerdeführer über starke Schmerzen und Missempfindungen im Bereich der rechten oberen Extremität sowie des rechten Schultergürtels, wobei erst im zeitlichen Verlauf der Exploration auch Schmerzen im Nacken angegeben würden. Weder Schmerzintensität noch Schmerzcharakter könnten benannt werden. Die Schmerzen hätten Durchschlafstörungen zur Folge und seien nicht modulierbar. Erst auf gezieltes Nachfragen würden zudem Kopfschmerzen und ein linksbetonter Tinnitus geschildert (A.S. 164 f.).

In der Begutachtung imponierten eine erhebliche Selbstlimitation und Inkonsistenz. Die demonstrierten Beschwerden sowie die teilweise massive Bewegungsverminderung im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparats seien deutlich variabel und klinisch in diesem Ausmass nicht plausibel. Der Beschwerdeführer klage über sehr starke, topographisch weit ausgebreitete (Ruhe-) Schmerzen, das Schmerzmuster sei undifferenziert und teilweise würden die Schmerzen ohne Bezug zu einer Bewegung bzw. Aktivität angegeben. Im Verhalten demonstrierte der Beschwerdeführer wiederholt eine starre, abnorme Haltung sowie eine häufige Schmerzmimik und verbale Schmerzáusserungen (A.S. 165). Wenn er neu berichte, wegen seiner Schmerzen teils den Kopf gegen die Wand zu schlagen, so sei darauf hinzuweisen, dass keine entsprechenden Hautaffektionen objektivierbar seien (A.S. 166). Die Laboruntersuchung lasse Zweifel daran aufkommen, dass der Beschwerdeführer Venlafaxin, Quetiapin, und Pregabalin / Lyrica tatsächlich in der ärztlich verordneten bzw. von ihm angegebenen Dosierung und Regelmässigkeit einnehme (A.S. 166 ff.). Die Handkraftmessung mit einem beidseits submaximalen Krafteinsatz spreche für eine deutliche Selbstlimitation (A.S. 168 ff.). Was die angegebene Schlafdauer von nur vier Stunden angehe, so liessen sich beim Beschwerdeführer während der aktuellen Begutachtung keine Anzeichen einer vermehrten Müdigkeit wie Gähnen oder erhöhte Tagesschläfrigkeit objektivieren (A.S. 170 f.). Bereits bei der Berührung oberflächlicher Strukturen ohne wesentliche Druckausübung bzw. als die Expertin mit Abstand hinter den Beschwerdeführer trete, ohne ihn zu berühren, führe er Ausweichbewegungen durch, grimassiere und äussere verbal Schmerzen, welche zudem über das Ausbreitungsgebiet des Ramus-posterior-Spinalnervs hinausgingen. Dies entspreche dem 1. Waddell-Zeichen. Auch das 4. Waddell-Zeichen sei positiv, demonstrierte der Beschwerdeführer doch eine Schwäche mehrerer Muskelgruppen, die sich nicht neuroanatomisch zuordnen lasse. De facto ergäben sich bei der neurologischen Untersuchung keinerlei Hinweise auf eine (floride) neuroradikuläre Symptomatik, sämtliche Nervenkompressions- bzw. -dehnungszeichen seien negativ. Hingegen imponiere eine inkonstant sakkadierte Innervation der Armmuskulatur auf der rechten Seite sowie der Fussheber- und Fussenkermuskulatur entsprechend einer willkürlichen Minder- und Gegeninnervation. Von der Mitarbeit des Beschwerdeführers unabhängige fokale Ausfälle

könnten nicht objektiviert werden. Auffällig sei eine ausgeprägte Insuffizienz insbesondere der wirbelsäulenstabilisierenden sowie der Bauchmuskulatur mit konsekutiv schlaffer Fehllhaltung unter Betonung der Brustkyphose und Lendenlordose, Rumpfüberhang nach dorsal, Funktionsstörung des rechten ISG und zervikothorakaler Kyphosierung. Eine derartige muskuläre Dekonditionierung lasse sich jedoch durch eine aktive (Re-) Konditionierung insbesondere der Nacken-Schultergürtelmuskulatur beheben, was jedoch nicht erfolge (A.S. 171). Die seitenvergleichende Umfangsmessung der beiden oberen Extremitäten ergebe beim rechtsdominanten Beschwerdeführer nur eine diskrete Diskrepanz zu Ungunsten von rechts, was im Widerspruch zur demonstrierten funktionellen Einarmigkeit bzw. Benutzung der rechten oberen Extremität nur als sog. zureichende Hand stehe. In der Gesamtschau sei die kräftige Muskulatur des Haltungs- und Bewegungsapparats Ausdruck dafür, dass diese kontinuierlich beansprucht werde, der Beschwerdeführer im Alltag also deutlich mehr belaste, als er selber angebe. Zweifel am Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden bzw. Funktionseinschränkungen erwecke zudem die unpräzis-ausweichende und wiederholt widersprüchliche Schilderung der Beschwerden und des Krankheitsverlaufs, die fehlende Modulierbarkeit der beklagten Beschwerden, das Fehlen angemessener Therapiemassnahmen und Eigenaktivitäten zur Schmerzlinderung trotz der als ausgeprägt beschriebenen Beschwerdeintensität, die genannten Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen sowie die fehlende sachliche Diskussion einer möglichen beruflichen (Verweis-) Tätigkeit. Die Beschwerdeschilderung sei deutlich appellativ und demonstrativ und entspreche unter Berücksichtigung der erheblichen Diskrepanz zwischen gerichtetem und ungerichtetem Untersuchungsgang einer Darbietung vor der Expertin (A.S. 172). Soweit somatisch beurteilbar, liege beim Beschwerdeführer eine Symptomausweitung vor, zumal sämtliche bisherigen Behandlungsversuche keinen durchgreifenden positiven Ansatz hätten erreichen können. Zwar seien formal die Kriterien die für die Diagnose einer Minderbelastbarkeit der HWS bei Status nach Spondylodese C3 bis C6 erfüllt, das Ausmass der beklagten Beschwerden stehe indes nicht in Einklang mit den objektivierbaren Befunden (A.S. 173), was in der Zusammenschau auf eine negative Antwortverzerrung bzw. auf eine Ausgestaltung der Beschwerden hinweise. An dieser Stelle sei erwähnt, dass sich trotz der subjektiv geklagten erheblichen Beschwerden im Schulter- / Nacken- bzw. Schultergürtelbereich seit 2015 / 2016 objektiv kein wesentlicher Hartspann der paravertebralen zervikalen und der Schultergürtelmuskulatur nachweisen lasse. Eine sich dynamisch bzw. funktionell auswirkende strukturelle Pathologie müsste nach geraumer Zeit zu einer Kontraktur oder einer (nachfolgenden) Atrophie des Muskels führen. Unter Ablenkung lasse sich zudem weder ein Druck- noch ein Rüttelschmerz über den zervikalen Dornfortsätzen auslösen, ebenso wenig sei eine Druckschmerzhaftigkeit provozierbar. Die demonstrierte hochgradige Funktionseinschränkung der HWS auf allen Funktionsebenen stehe nicht in Einklang mit den bildmorphologischen Befunden bzw. mit der nach einer Verblockung von C3 bis C6 zu erwartenden Funktionsausmassen (A.S. 174). So finde die Rotation der HWS in Alltagsbewegungsausschlägen zunächst im unteren Kopfgelenk (C1/2) statt, bevor die restliche Halswirbelsäule mitbewegt werde. Das Segment C1/2 mache dabei etwa die Hälfte der gesamten Rotation der HWS aus, während die Rotationsbewegung in den fusionierten Segmenten C3/4 bis C5/6 demgegenüber mit jeweils einem repräsentativen Ausmass von 7° gering sei, sodass die demonstrierte Rotationseinschränkung auf rechts / links 25 / 0 / 25° in der Gesamtschau funktionell-biomechanisch nicht nachvollzogen werden könne. Auch der demonstrierte

Kinn-Manubrium-Abstand und die eingeschränkte Seitneige korrelieren nicht mit den vorliegenden Bildgebungen bzw. der Biomechanik der Halswirbelsäule (A.S. 175 f.).

Die Beurteilung einer mehrsegmentalen Fusion im Bereich der HWS orientiere sich am dauerhaft verbliebenen Funktionsdefizit. Dabei sei zu berücksichtigen, dass gerade die HWS über ein hohes Mass an Kompensationsfähigkeit verfüge, weshalb höhergradige statische Beeinträchtigungen mit nur geringgradigen Funktionseinbußen einhergehen könnten. Was Wechselwirkungen angehe, so seien objektiv keine funktionellen Defizite der BWS und LWS nachvollziehbar. Bei der Bewertung der Funktionseinschränkungen der HWS nach Spondylodesen sei zusätzlich zur Bewegungseinschränkung zu berücksichtigen, ob eine Wiederherstellung des sagittalen Profils der HWS erreicht wurde, was hier der Fall sei. So lägen weder eine kyphotische Fehlstellung noch eine Subluxationsstellung, eine latente Rekurrensparese oder eine manifeste Dysphagie vor. Die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei Beschwerden und Erkrankungen der Wirbelsäule hänge von vielen Faktoren ab. Ob Personen im erwerbsfähigen Alter wieder arbeitsfähig würden, hänge in der Gesamtschau nur zu einem begrenzten Teil vom organischen Befund ab. Eine wichtige Rolle spielten die persönlichen Rahmenbedingungen wie eine Tendenz zur Somatisierung, das persönliche Umfeld, die soziale Unterstützung und die wirtschaftlichen Verhältnisse. Angesichts der komplexen Einflüsse auf das subjektive Befinden durch nicht-medizinische Einflussfaktoren müsse sich der Gutachter bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit auf die objektiven medizinischen Befunde und deren funktionellen Auswirkungen stützen. Diskrepanzen zwischen Befinden und Befunden könnten dabei auf eine psychosomatische oder auf psychiatrische Störungen hinweisen (A.S. 176 f.). Beim Beschwerdeführer sei bildgebend eine vollständige Konsolidierung der Spondylodese ausgewiesen, Anhaltspunkte für Implantatlockerungen und / oder -fehlagen fänden sich ebenso wenig wie Pseudarthrosen des Intervertebralraums. Es bestehe nur eine geringe Fehlstatik im Sinne einer diskreten Abflachung der physiologischen HWS-Lordose ohne statische Wirksamkeit. Sekundäre Anzeichen für eine segmentale Instabilität könnten in der vergleichenden Betrachtung der im zeitlichen Verlauf angefertigten Bildgebungen nicht objektiviert werden. Die Progredienz der initialen degenerativen Veränderungen gehe nicht über einen natürlichen Krankheitsverlauf hinaus, dies insbesondere auch im Hinblick auf die sogenannten Anschlusssegmente, welche keine Anhaltspunkte für eine sogenannte Anschlussdegeneration aufwiesen (A.S. 177). Zusammenfassend ergebe die Validierung im Sinne einer kritischen Zusammenschau von Anamnese, Befunden, Verhaltensbeobachtung und Aktenlage zwar eine Minderbelastbarkeit der HWS, die vergleichende Betrachtung der objektivierbaren Befunde und der subjektiv angegebenen Beschwerden bzw. Funktionseinschränkungen weise jedoch auf eine absichtliche Erzeugung resp. starkes Übertreiben körperlicher Symptome hin (A.S. 178).

Anzeichen für das tatsächliche Vorliegen einer Schwindelsymptomatik könnten zu keiner Zeit objektiviert werden, insbesondere erfolgten die Lagerungswechsel (z. B. Aufstehen aus sitzender oder liegender Position) stets speditiv. Ein Vermeidungsverhalten finde sich nicht (A.S. 165). Die Kriterien eines gerichteten resp. ungerichteten Schwindels oder der Ménière'schen Erkrankung seien nicht erfüllt (A.S. 165 f.). Hinsichtlich der Spannungskopfschmerzen vermöge der Beschwerdeführer keine differenzierten Angaben zur Lokalisation, Schmerzqualität und -intensität, Modulierbarkeit und Häufigkeit des Auftretens zu machen. Zudem lasse sich somatisch gesehen aus Spannungskopfschmerzen keine Arbeitsunfähigkeit ableiten, seien diese doch behandelbar. Die Kriterien einer

Migräne seien nicht erfüllt. Weder der Diabetes mellitus noch die arterielle Hypertonie hätten die Arbeitsfähigkeit bisher eingeschränkt (A.S. 179).

Im Rahmen der versicherungsmedizinisch-retrospektiven Prüfung der Aktenlage und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der aktuellen Begutachtung sei der Beschwerdeführer im Anschluss an die Operation vom 21. März 2016 während eines Zeitraums von zwei Monaten zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Danach sei eine stufenweise Wiedereingliederung in das Arbeitsleben indiziert gewesen:

Ab dem 3. Juli 2016 sei der Beschwerdeführer muskuloskelettal betrachtet in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Anlagenführer in einer Stanzerei wieder als zu 100 % arbeitsfähig zu beurteilen (A.S. 183). Auch für sämtliche leichten, wechselbelastenden Verweistätigkeiten bestehe spätestens seit dem 3. Juli 2016 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Nicht in Frage kämen repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der HWS, Zwangshaltungen, mehr als seltene Arbeiten über die Armhorizontale hinaus, Arbeiten mit Absturzgefahr, in unebenem Gelände, auf rutschigem Boden sowie im Freien mit ungeschützter Einwirkung von Kälte und Nässe (A.S. 184). Es bestünden zurzeit keine therapeutischen Möglichkeiten, das aktuell ermittelte Belastungsprofil namhaft zu verbessern. Die Prognose werde grundsätzlich als gut beurteilt (A.S. 185).

3.3.4 Der Experte Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Teilgutachten vom 18. Januar 2022 (A.S. 300 ff.) fest, der Beschwerdeführer erachte sich auf Grund von Schmerzen, Konzentrationsunfähigkeit und Müdigkeit in jeder Tätigkeit als zu 100 % arbeitsunfähig (A.S. 314). Er gebe an, keinerlei Freunde und kein soziales Umfeld zu haben. Nur seine Tochter besuche ihn zwei- oder dreimal pro Woche für 30 Minuten. Sie erledige dann den Haushalt und die Post (A.S. 315 f.), wobei der Beschwerdeführer später erwähne, sein Cousin sei sein bester Freund und besuche ihn zweimal pro Woche (A.S. 317). Das Haus verlasse er nur einmal pro Woche zur Psychotherapie. Er tue nichts und habe keine Tagesstruktur. Seit 2016 habe er keine persönlichen Interessen und keine Hobbys mehr und sei auch nicht mehr im Urlaub gewesen. Die öffentlichen Verkehrsmittel könne er nicht benützen, wobei 2020 die Eltern in Serbien besucht worden seien (A.S. 315 f.). Er nehme verschiedene psychiatrische Medikamente ein (A.S. 316).

Als der Beschwerdeführer beim Erscheinen beobachtet werden könne, hantiere er ohne Einschränkungen mit der rechten Hand. Während der gesamten Untersuchung halte er demgegenüber die Hand auf dem Oberschenkel, wobei er angebe, sie sei taub und er könne sie nur eingeschränkt bewegen (A.S. 316 f.). Hinweise auf ein Schmerzempfinden fehlten dabei (A.S. 319). Die gesamte Untersuchung erfolge in Anwesenheit einer zertifizierten Dolmetscherin (A.S. 317). Der Beschwerdeführer zeige sich abgegrenzt und misstrauisch. Er sei allseits vollständig orientiert und es bestünden keine Einschränkungen des Bewusstseins. In den orientierenden Prüfungen spiegelten sich schwergradige kognitive Einschränkungen wider, etwa, wenn der Beschwerdeführer nach acht Minuten nur noch einen von drei Begriffen erinnere. Im Gegensatz hierzu vermöge er während der gesamten Untersuchung ohne kognitive Einschränkungen zu interagieren. Derart deutliche Unterschiede zwischen kognitiver Prüfung und kognitiven Strukturen während der dreistündigen Untersuchung stellten einen schwergradigen Hinweis auf Aggravation dar. Es fänden sich keine formalen Denkstörungen sowie keine Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen (A.S. 318). Eine ausgeprägte Traurigkeit fehle, und auch auf Nachfrage hin gebe der Beschwerdeführer nicht an, dass er traurig sei. In der

Untersuchung könne er zweimal affektiv ausgelenkt werden und beginne zu lachen. Die formulierte Selbstenwertung bleibe oberflächlich und wenig nachvollziehbar. Für Affektlabilität oder emotionale Überforderung gebe es keine Hinweise. Die Persönlichkeit wirke teils theatralisch, es bestehe das Gefühl, ein wenig realistisches Schauspiel zu beobachten (A.S. 318). Der Laborbefund zum Medikamentenspiegel sei so zu interpretieren, dass Venlafaxin nicht gemäss Verschreibung eingenommen werde und mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Compliance-Problematik vorliege (was auch der behandelnde Psychiater während eines Gesprächs mit dem Experten einräume, A.S. 321). Bei Pregabalin und Quetiapin sei nicht davon auszugehen, dass der ermittelte Serumspiegel eine medizinisch ausreichende Wirkung habe (A.S. 320). Das Verhältnis der gemäss SRSI ermittelten Pseudobeschwerden zu den Beschwerden stelle den sicheren Nachweis einer ungültigen Beschwerdeangabe dar (A.S. 321).

Die Widersprüche zwischen den anamnestischen Angaben und der Untersuchung belegten eine erhebliche Aggravation, weshalb es nicht möglich sei, mit medizinisch ausreichend sicherer Wahrscheinlichkeit eine psychiatrische Diagnose zu stellen und Angaben zum eventuellen Schweregrad einer Störung zu machen (A.S. 322). Die Angaben zur Einschränkung des Aktivitätsniveaus seien schwergradig different (A.S. 325). Die Aussage, die Tochter könne innerhalb von 1,5 Stunden pro Woche den gesamten Haushalt ■ einschliesslich Vorkochen aller Mahlzeiten ■ sowie die organisatorischen Aufgaben erledigen, sei realitätsfern. Der Beschwerdeführer wolle keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen können, fliege aber 2020 ohne Begleitperson nach Serbien. Er lebe nach eigenem Bekunden vollständig zurückgezogen, unternehme aber «Dinge» mit seinem Cousin. Weiter passten die Angaben auf den Medikamentenschachteln in keiner Weise zu den Angaben des Beschwerdeführers bezüglich der Einnahme. Ausserhalb der Praxis benutze er den rechten Arm ohne Einschränkungen etwa zum Rauchen und zum Tragen der Tasche. Während der Untersuchung benutze er den Arm hingegen nicht und gebe schwere Schmerzen zwischen sieben und acht auf einer Skala von eins bis zehn an. Am Ende der Untersuchung packe er dann mit dem rechten Arm seine Unterlagen ein (A.S. 323). In der Untersuchung würden somit erhebliche körperliche Einschränkungen angegeben, während sich ausserhalb der Untersuchung ein völlig anderes psychomotorisches Bild biete (A.S. 324).

Der Beschwerdeführer nehme eine wöchentliche psychologische Psychotherapie wahr und werde zweimal im Monat durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt. Hinzu komme eine langjährige niedrig dosierte antidepressive Medikation. Eine solche reine ambulante Behandlung mit niedrig dosierten Psychopharmaka sei nicht als leitliniengerechte intensive psychiatrische Behandlung gemäss der SGPP-Leitlinie für unipolare depressive Erkrankung anzusehen. Bei fehlender Besserung einer Depression sollte zunächst eine maximale Dosierung der Medikation versucht und dann auf ein Medikament aus einer anderen Stoffklasse oder mit einem anderen Wirkspektrum umgestellt werden, was hier nicht geschehen sei. Eine stationäre Behandlung, welche bei einer schweren depressiven Erkrankung indiziert wäre, lehne der Beschwerdeführer ab, da es ihm dafür nicht schlecht genug gehe. Auch weitere therapeutische Optionen wie Schlafentzug oder eine psychiatrische SpiteX zur Tagesstrukturierung und Aktivierung seien nicht aufgegriffen worden. Hinsichtlich der somatoformen Schmerzstörung wären aktivierende Massnahmen wie eine Physio- oder Ergotherapie angezeigt, welche nicht durchgeführt würden. Somit würden die möglichen therapeutischen Optionen nicht

ausgeschöpft, was nicht dem angegebenen schweren Leidensdruck entspreche (A.S. 325 + 326).

Zur Beurteilung der Konsistenz und Glaubhaftigkeit von Aussagen im Hinblick auf eine Aggravation seien verschiedene Aspekte zu berücksichtigen, welche hier fast durchgehend schwergradig auffällig oder zumindest auffällig seien: Es fänden sich schwere Diskrepanzen zwischen der Beschwerdeschilderung mit erheblichen Einschränkungen und dem Verhalten vor, in und nach der Untersuchungssituation (A.S. 326). Lebensnahe Beispiele für Einschränkungen im Alltag könnten keine angegeben werden; im Gegensatz dazu fänden sich immer wieder Hinweise, dass spezifische alltagsnahe Fähigkeiten erhalten seien, während die Beschwerden allgemein und unpräzise gezeichnet würden. Bei spezifischen Nach- oder Rückfragen basierend auf der Aktenlage könne sich der Beschwerdeführer immer wieder nicht erinnern. Die Angaben wirkten ungenau, ausweichend und widersprüchlich. Verschiedene therapeutische Massnahmen würden abgelehnt resp. nicht durchgeführt (A.S. 327). Die gesamten Angaben wirkten appellativ und theatralisch mit wenig Nachvollziehbarkeit. Der Beschwerdeführer weise bei Schmerzen auf seinen Arm und zeige damit nichtsprachliche Ausdrucksformen, die im Gegensatz zu den Tatsachen ausserhalb der Untersuchungssituation stünden. Er spreche selber Deutsch, gebe aber an, es sei ihm geraten worden, einen Übersetzer einzubeziehen. Dies verschaffe Zeit bei der Beantwortung der Fragen, welche selber verstanden würden. Der Beschwerdeführer könne sehr selten zu konkreten Aussagen gebracht werden. Er wechsele grundsätzlich das Thema und klare Angaben seien nur möglich, wenn ausschliesslich eine Ja- und Nein-Option angeboten werde (A.S. 328). Der Beschwerdeführer gebe an, er könne gar nichts mehr. Die Angaben blieben plakativ und die subjektiven Beschwerden immer vage und pauschal. In der Untersuchung finde sich immer wieder ein Danebenreden, als ob spezifische Themen, welche sich ■ wie z.B. Suizidalität ■ sonst in der Akte nicht widerspiegeln, vorher eingeübt worden wären und unbedingt angebracht werden sollten. In Bezug auf die Privatsphäre fänden sich widersprüchliche Angaben zu den Einschränkungen. Der Beschwerdeführer gebe plakativ an, dass er unter keinen Umständen jemals wieder arbeiten könne. Ab 2016 fänden sich keine eigenen Bemühungen, wieder Fuss zu fassen. Die Integrationsmassnahme werde nach einem unzureichendem Versuch abgebrochen. Es fänden sich erhebliche Widersprüche in den Angaben, die der Beschwerdeführer jedoch auch so bejahe (A.S. 329). Innerhalb der Untersuchung sei es nicht möglich, spezifische Rückfragen zu stellen, da sonst eine Agitiertheit auftrete. Gesamthaft fänden sich klinisch erhebliche Hinweise auf eine schwergradig ausgeprägte Aggravation, die nicht als krankheitsbedingt zu kategorisieren sei (A.S. 330).

Was die Vorakten angehe, so verweise Dr. med. O. ___ im Bericht vom 21. Mai 2019 (E. II. 3.2.8 hiervor) auf eine psychometrische Untersuchung, die ausschliesslich Selbstangaben des Beschwerdeführers berücksichtige. Genaue Angaben zur Häufigkeit der Psychotherapie, zur Psychopharmakotherapie sowie zum Verzicht auf eine stationäre Behandlung trotz einer schweren depressiven Erkrankung fehlten. Der Befund sei deshalb nur eingeschränkt verwertbar (A.S. 331). Die Stellungnahme von Dr. med. O. ___ zum R. ___-Gutachten vom 12. Juli 2018 (E. II. 3.2.7 hiervor) sei angesichts des Hinweises auf eine nicht spezifizierte testpsychologische Untersuchung sowie der fehlenden Evaluation bezüglich Aggravation und Simulation nicht nachvollziehbar. Der Befundbericht vom 6. November 2017 (E. II. 3.1.9 hiervor) entspreche nicht den Anforderungen an einen

qualifizierten psychiatrischen Bericht, fehlten doch wiederum genaue Angaben zur Psychopharmakotherapie und zur Frequenz der Psychotherapie sowie zu einer gemäss Internationalem Klassifikationssysteme diagnostizierten psychiatrischen Erkrankung, während die Angaben bezüglich Symptomatik sind rudimentär und nur begrenzt nachvollziehbar seien. Für den Bericht vom 19. April 2017 (E. II. 3.1.9 hiervor) schliesslich gelte dasselbe (A.S. 332).

Die Überprüfung spezifischer Funktions- und Fähigkeitsstörungen anhand der ICF-Kriterien ergebe ebenfalls schwere Widersprüche zwischen Untersuchungssituation und anamnestischen Angaben (A.S. 333 f.). Die Selbsteinschätzung differiere schwergradig von der Fremdeinschätzung. Der Beschwerdeführer gebe mit dem Arbeitsplatzverlust und der Trennung erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren beim Auftreten der Symptome an. 2016 und 2017 sei von erheblichen psychosozialen Belastungssituationen auszugehen (A.S. 334).

Wegen der schwergradigen Aggravation bis hin zur Simulation könne eine psychiatrische Diagnose nicht mit ausreichend sicherer medizinischer Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Demgemäss sei nicht von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auszugehen (A.S. 334). Eine Rückdatierung sei weder auf Grund der sich widersprechenden medizinischen Dokumentationen noch gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers, die als schwer aggravierend zu kategorisieren seien, mit ausreichender Wahrscheinlichkeit möglich. Dasselbe gelte auch für Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Innerhalb der Untersuchung zeige der Beschwerdeführer eine ausreichende soziale Kompetenz, sodass in dieser Hinsicht ebenfalls keine spezifische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben sei (A.S. 335).

3.3.5 Die Experten D.____, C.____ und G.____ waren sich in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung einig, dass der Beschwerdeführer seit dem 3. Juli 2016 zu 100 % arbeitsfähig war und das von Dr. med. C.____ formulierte Zumutbarkeitsprofil gelte (A.S. 294 ff.).

3.2.6 Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hatte in ihrem Gutachten vom 12. Mai 2021 (A.S. 201 ff.) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (A.S. 223):

Beim Beschwerdeführer lägen als Hauptsymptome einer depressiven Episode eine niedergedrückte Stimmung, eine erhöhte Erschöpfbarkeit und ein Interessenverlust vor. Er wirke affektiv nur eingeschränkt modulierbar und psychomotorisch gehemmt. Das Aktivitätsniveau werde als niedrig beschrieben. In Bezug auf die Nebenkriterien würden ■ objektiv nicht feststellbare ■ Konzentrationsstörungen angegeben. Weiterhin bestünden ein vermindertes Selbstwertgefühl und Schuldgefühle. Die Schlafstörungen seien durch die Medikation nur noch moderat und würden auch durch die Schmerzen ausgelöst. Intermittierend bestünden lebensmüde Gedanken. Da somit einige Kriterien nicht sicher erfüllt seien, werde eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert (A.S. 224).

Was die chronische Schmerzstörung angehe, so lägen auf somatischem Gebiet keine Erkrankungen vor, die einen Teil der Schmerzsymptomatik erklären könnten (A.S. 225). Der Beschwerdeführer gebe einen andauernden schweren und quälenden Schmerz an, den er nach mehrfacher Nachfrage auf der visuellen Analogskala bei einer Stärke von acht, bei Schmerzspitzen auch zehn, einordne. Früher seien verschiedene Therapien erfolgt (A.S. 226). Im privaten Bereich überlasse der Beschwerdeführer den Haushalt der Tochter,

ausserdem ziehe er sich sozial zurück. Vor allem in den somatischen Teilgutachten (der Dres. D. ___ und C. ___, E. II. 3.3.2 +

E. 3.3.3

hiervor) ergäben sich aber deutliche Hinweise auf eine Aggravation, während aus psychiatrischer Sicht nur moderate Anzeichen vorlägen. Im Hinblick auf die Indikatoren gebe der Beschwerdeführer ausgeprägte Symptome und Befunde an (A.S. 227). In der letzten Zeit habe keine Behandlung mehr stattgefunden, obwohl aus psychiatrischer Sicht bei weitem noch nicht alle therapeutischen Optionen ausgeschöpft erschienen. Bei den psychiatrischen Komorbiditäten sei zu berücksichtigen, dass der Antriebsmangel und die Hoffnungslosigkeit im Rahmen der depressiven Erkrankung die psychophysische Belastbarkeit verringerten und es dem Beschwerdeführer erschwerten, funktionelle Copingstrategien anzuwenden. Für eine Persönlichkeitsakzentuierung oder eine Persönlichkeitsstörung fänden sich keine Hinweise. Es gebe soziale Belastungen, welche direkte negative funktionelle Folgen hätten. Die Trennung von der Ehefrau nach der Erkrankung und der damit verbundene soziale Abstieg mit Scham- und Minderwertigkeitsgefühlen hielten die depressive Erkrankung und die somatoforme Störung aufrecht. Hinsichtlich der Konsistenz bejahe der Beschwerdeführer Einschränkungen in allen Lebensbereichen. Allerdings ergäben sich in allen Gutachten (also auch den erwähnten somatischen Teilgutachten) Hinweise auf Inkonsistenzen. Dies betreffe zum einen die Blutspiegel der verordneten Medikamente mit Anhaltspunkten, dass diese nicht regelmässig eingenommen würden, zum anderen die fehlende, nicht auf eine unabwendbare Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführende Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, einschliesslich der recht unspezifischen Psychotherapie, die keinerlei Besserung der Symptomatik bewirkt habe (A.S. 228). Die stärksten Inkonsistenzen ergäben sich aber in Bezug auf eine deutliche Selbstlimitation bei der Handdruckmessung und unter Berücksichtigung der seitenvergleichenden Umfangmessung der oberen Extremitäten. Weiter sei in diesem Zusammenhang auch ein sekundärer Krankheitsgewinn und eine Tendenz zur Selbstlimitation festzustellen. Der Beschwerdeführer habe eine Kranken- und Opferrolle eingenommen, wodurch er die Verantwortung in fast allen Lebensbereichen abgeben könne und eine starke Unterstützung durch seine Angehörigen erlebe (A.S. 229).

In der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. Auf Grund der depressiven Erkrankung sollten taktgebundene Tätigkeiten, bei denen das Arbeitstempo von einer Maschine vorgegeben werde, nicht mehr geleistet werden. Auch Schicht- und Nachtarbeit seien zu vermeiden. Vor der Aufnahme einer angepassten beruflichen Tätigkeit bzw. von beruflichen Massnahmen müsste die psychiatrische Behandlung optimiert werden, in Form einer teil- oder vollstationären psychiatrischen Behandlung bzw. einer stationären Behandlung in einer Schmerzklinik. Danach sollten wegen der langen Zeit der beruflichen Dekonditionierung berufliche Massnahmen stattfinden. Zu beachten sei, dass bereits eine Chronifizierung sowohl der depressiven Erkrankung als auch der Schmerzstörung eingetreten sei. Bei einem optimalen Ansprechen einer therapeutischen Optimierung könnte eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erreicht werden, wahrscheinlich sei jedoch eine lediglich partielle Besserung mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 %. Dies könne aber nicht valide prognostiziert werden. Die Tätigkeit sollte in einem kleinen, überschaubaren, stabilen und wohlwollenden Team mit höchstens geringen Kundenkontakten stattfinden, ohne zu hohes Arbeitstempo und sehr hohe Anforderungen an

Sorgfalt und Konzentrationsvermögen, ohne Zeitdruck und erhöhte emotionale Belastung sowie wenig Anforderungen an die Eigeninitiative (A.S. 235). Inwieweit sich in einer ideal adaptierten Tätigkeit Einschränkungen der Leistungsfähigkeit ergäben, könne nicht prognostiziert werden und hänge vom Erfolg der vorgeschalteten therapeutischen und beruflichen Massnahmen sowie vom Tätigkeitsprofil ab (A.S. 236). Die Einschätzung der Leistungsfähigkeit gelte ab dem Begutachtungszeitpunkt am 16. März 2021 (A.S. 237). Angesichts des wechselhaften Verlaufs davor mit diametral unterschiedlichen Angaben könnten keine genauen aussagen zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden (A.S. 238).

E. 3.4

3.4.1 Das Gutachten der Dres. D. ____, C. ____, und G. ____ geniesst vollen Beweiswert, entspricht es doch sämtlichen Anforderungen der Rechtsprechung (s. dazu unter E. II. 2.3 hiervor): Es stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beurteilen. Weiter haben die Experten den Beschwerdeführer zu seinen subjektiven Beschwerden, seinen Lebensumständen sowie seiner Vorgeschichte befragt (A.S. 87 ff. / 140 ff. / 310 ff.), die objektiven Befunde erhoben (A.S. 91 ff. / 153 ff. / 317 ff.) und die wesentlichen Vorakten zur Kenntnis genommen (A.S. 76 ff. / 109 ff. / 306 ff.). Auf dieser Grundlage befassten sich die Experten sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (A.S. 94 ff. / 163 ff. / 322 ff.). Sie gelangten bei der interdisziplinären Beratung zum Schluss, dass in einer angepassten Verweistätigkeit im Rahmen eines Vollzeitpensums eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe. Dies ist vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde nachvollziehbar und steht auch in Einklang mit den Ausführungen in den Teilgutachten. Im Übrigen ist zu beachten, dass von einem Gerichtsgutachten nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden darf (E. II. 2.3 hiervor). Solche liegen hier jedoch nicht vor, wie sogleich zu zeigen sein wird.

E. 3.4.2.1

hiervor).

E. 3.4.2.2

Hinsichtlich des neurologischen Teilgutachtens von Dr. med. D. ____ macht der Beschwerdeführer inhaltlich geltend, dieses weiche ohne jegliche Begründung vom Zumutbarkeitsprofil im entsprechenden Teilgutachten der Gutachterstelle R. ____ ab (A.S. 361). Damit dringt er indes nicht durch. Dr. med. D. ____ hat einerseits, wie aus seiner Auflistung der massgeblichen Akten hervorgeht (A.S. 83 ■ 85), das Vorgutachten nebst Ergänzungen zur Kenntnis genommen, konnte es also im Rahmen seiner Beurteilung berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_276/2017 vom 23. April 2018 E. 4.3.2). Andererseits geht aus den Ausführungen von Dr. med. D. ____ hervor, aus welchen Gründen er zu seiner Auffassung gelangte (A.S. 94 ■ 97).

E. 3.4.2.3

Beim Teilgutachten von Dr. med. C. ____ rügt der Beschwerdeführer, der dort festgestellte Gesundheitsschaden werde nur deshalb als nicht invalidisierend angesehen, weil er behandelbar sei (A.S. 316 f.). Richtig ist, dass die Expertin davon ausging, die muskuläre Insuffizienz des Beschwerdeführers lasse sich durch eine aktive Rekonditionierung beheben. Bedingt jedoch die tatsächliche Umsetzung des attestierten Leistungsvermögens eine Kräftigung der Muskulatur, so muss die IV diese Behandlung nicht abwarten, sondern

darf von einer zumutbaren Verwertung der vorerst noch rein medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit ausgehen. Entscheidend ist, ob die versicherte Person die notwendigen Schritte in eigener Verantwortung realisieren kann, oder ob ihr eine solche Willensanstrengung wegen des Gesundheitsschadens nicht möglich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_755/2020 vom 8. März 2021 E. 5.2 f.). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers stellt die Expertin fest, eine muskuläre Rekonditionierung könne durch Umsetzung der erlernten Strategien in Eigenregie erfolgen (A.S. 185 Ziff. 6.5). Folglich ist von einer sofortigen Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit auszugehen; zwar beurteilt die Expertin die Erfolgsaussichten kritisch, dies aber wegen der invaliditätsfremden Selbstlimitation des Beschwerdeführers (a.a.O.).

Weiter sieht der Beschwerdeführer insoweit einen Widerspruch, als Dr. med. C.____ eine zervikothorakale Kyphosierung erwähne, dann aber an anderer Stelle eine kyphotische Fehlstellung verneine (A.S. 362). Daraus ergibt sich indes nichts zu seinen Gunsten: Zwar wurde während der Untersuchung eine zervikothorakale Kyphosierung festgestellt, aber als allgemeine Beobachtung (A.S. 156). Bei den entscheidenden klinischen und radiologischen Befunden konnte diese Kyphosierung demgegenüber nicht erhoben werden (A.S. 157 f. / 161 ff.), weshalb es schlüssig scheint, eine solche Fehlhaltung unter Hinweis auf das wiederhergestellte sagittale Profil der HWS zu verneinen (A.S. 176).

E. 3.4.3.1

In psychiatrischer Hinsicht macht der Beschwerdeführer formell geltend, der Experte Dr. med. G.____ sei als befangen anzusehen. Hier ist wiederum auf die Verfügung der Vizepräsidentin vom

E. 3.4.3.2

Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, das Gutachten von Dr. med. E.____ sei beweistauglich, weshalb das neue Gutachten von Dr. med. G.____ eine unzulässige second opinion darstelle. Auch darauf ist die Vizepräsidentin bereits in der Verfügung vom 6. September 2021 eingegangen (A.S. 268), woran festzuhalten ist. Demnach lässt sich das Ergebnis der von Dr. med. E.____ durchgeführten Indikatorenprüfung nicht mit der von ihr attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit in Einklang bringen. Gegen eine solche Arbeitsunfähigkeit sprechen insbesondere der angesichts der nicht ausgeschöpften Behandlungsoptionen fragliche Leidensdruck, die unauffällige Persönlichkeit des Beschwerdeführers (A.S. 228), die von der Expertin selber angesprochenen Inkonsistenzen (A.S. 228 f.) sowie die versäumte Ausklammerung der festgestellten sozialen Belastungen mit direkten funktionellen Folgen (A.S. 228, vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2018 vom 15. Juni 2021 E. 3.3.1). Ausserdem räumte Dr. med. E.____ ein, dass es gewisse Hinweise für eine Aggravation gebe (A.S. 227). Sie unterliess es aber entgegen der Rechtsprechung, dies zu diskutieren und einen allfälligen Anteil der Aggravation bei der Beurteilung Arbeitsfähigkeit auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2021 vom 6. März 2019 E. 8.3). Vor diesem Hintergrund bestanden erhebliche Vorbehalte gegenüber dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. E.____, welche eine erneute Begutachtung durch einen anderen Experten unumgänglich machten. Folglich kann keine Rede davon sein, dass das neue Gutachten von Dr. med. G.____ eine second opinion darstellt.

3.4.4 Die inhaltlichen Einwände des Beschwerdeführers gegen das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G.____ sind nicht geeignet, Zweifel an diesem Gutachten aufkommen zu lassen.

3.4.4.1 Wenn der Beschwerdeführer vorbringt, Dr. med. G. ___ sei der einzige Arzt, der eine Arbeitsunfähigkeit beim Beschwerdeführer verneine und eine Aggravation bejahe (A.S. 359 f.), so genügt dies für sich allein nicht, um dem Gutachten den Beweiswert abzusprechen. Zwar vertritt Dr. med. O. ___ bezüglich Diagnose und Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Tat eine abweichende Meinung. Der Behandlungsauftrag unterscheidet sich indes vom Begutachtungsauftrag. Die therapeutisch tätigen Fachärzte konzentrieren sich in erster Linie auf die Behandlung der versicherten Personen, während die Gutachten der amtlich bestellten medizinischen Sachverständigen den Gesundheitszustand objektiv beurteilen und dem Versicherungsträger als Grundlage für eine abschliessende Entscheidung über die Leistungsansprüche dienen sollen (Urteil des Bundesgerichts 9C_248/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.2.1, mit Hinweisen). Eine psychiatrische Exploration kann zudem von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Den Sachverständigen steht hier praktisch immer ein gewisser Spielraum offen, in dessen Rahmen verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_761/2018 vom 25. Januar 2019 E. 4.3.2). Es geht daher nicht an, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und weitere Abklärungen zu veranlassen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_248/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.2.1, mit Hinweisen). Dies trifft hier jedoch nicht zu. Das Gutachten von Dr. med. G. ___ würdigt sorgfältig alle relevanten Umstände des Falls. Er begründet insbesondere einlässlich, warum er von einer Aggravation ausgeht (A.S. 318 / 320 f. / 323 f. / 325 ■ 330) und den Berichten von Dr. med. O. ___ nicht folgt (A.S. 331 f.). Im Übrigen ist Dr. med. G. ___ keineswegs der einzige Arzt, der von einer Aggravation spricht, erwähnt doch auch Dr. med. E. ___ Hinweise darauf (A.S. 227).

3.4.4.2 Der Beschwerdeführer vermag keine methodischen Fehler bei der Begutachtung darzutun. Sein Einwand, Dr. med. G. ___ hätte zuerst die Diagnosen stellen müssen, bevor er eine Aggravation prüfe (A.S. 360), ist nicht stichhaltig. Der Beschwerdeführer übersieht dabei die Besonderheit des vorliegenden Falles, nämlich, dass wegen der ausgeprägten Aggravation gar keine zuverlässige Diagnostik möglich war. Diese Unsicherheit wiederum ging auf das im Gutachten detailliert dargelegte aggravatorische Verhalten des Beschwerdeführers mit seinen verschiedenen Inkonsistenzen zurück. Kann aber aus diesem Grund ein für die Arbeitsfähigkeit relevantes Leiden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, so wirkt sich dies zu Lasten des Beschwerdeführers aus, d.h. es darf auf weitere psychiatrische Abklärungen verzichtet werden, ohne den Untersuchungsgrundsatz zu verletzen (s. Urteil des Bundesgerichts 9C_836/2019 vom 15. Juni 2020 E. 4.3 und 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.4). Der Sachverständige soll im Übrigen keine Sicherheit vortäuschen, die es gar nicht gibt; die Beweiskraft eines Gutachtens wird dadurch, dass es sich der Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Situation bewusst ist, nicht geschmälert, sondern vielmehr erhöht (Urteil des Bundesgerichts 9C_464/2013 vom 11. Oktober 2013 E. 3.2.3).

3.4.4.3 Weiter hält der Beschwerdeführer dafür, das psychiatrische Teilgutachten sei an verschiedenen Stellen widersprüchlich. Als einziges Beispiel dafür erwähnt er jedoch lediglich den Umstand, dass das Gutachten einerseits 22 Pseudobeschwerden feststelle

(A.S. 321), aber andererseits das Aggravationskriterium «Je mehr Beschwerden erfragt werden, desto mehr werden bejaht» verneine (A.S. 329). Ein Widerspruch ist hier freilich nicht zu erkennen. Wenn überhaupt, würde es sich ohnehin um keinen gravierenden, die Substanz des Gutachtens betreffenden Widerspruch handeln. Im Übrigen ist nicht ersichtlich, was für den Beschwerdeführer gewonnen wäre, wenn der Experte auch das besagte Aggravationskriterium als erfüllt angesehen hätte.

3.4.4.4 Der Einwand, das psychiatrische Teilgutachten sei unvollständig, weil es sich nicht mit dem vorhergehenden R.____-Gutachten befasse, dringt nicht durch. Dr. med. G.____ nahm einerseits das fragliche Gutachten nebst Ergänzungen zur Kenntnis, wie der Aktenauszug belegt (A.S. 307 + 308), d.h. es konnte in seine Überlegungen einfließen. Andererseits kommt dem psychiatrischen Teilgutachten der Gutachterstelle R.____ keine volle Beweiskraft zu, was denn auch Anlass dazu gab, ein Gerichtsgutachten einzuholen. Die für die Arbeitsfähigkeit entscheidende Indikatorenprüfung (E. II. 2.2.3 hiervor) im R.____-Gutachten wirft nämlich Fragen auf: Dort wird von einer guten Ressourcenlage ausgegangen (IV-Nr. 76.1 S. 73). Die Argumente dafür beziehen sich indes auf die Vergangenheit, d.h. die qualifizierte Ausbildung, welche schon vor über 25 Jahren in Serbien abgeschlossen wurde und in der Schweiz nicht verwertet werden konnte, den problemlos absolvierten Militärdienst, der ebenfalls mehr als 25 Jahre zurückliegt, die langjährige Anstellung plus Nebenverdienst, obwohl der Beschwerdeführer seit 2015 nicht mehr arbeitete, sowie die langjährige tragfähige Ehe, welche mittlerweile geschieden ist. Weiter hält das R.____-Gutachten dafür, der soziale Kontext habe sich seit 2015 nur insofern geändert, als die berufsbezogenen Kontakte weggefallen seien und der Beschwerdeführer sich zur Scheidung entschlossen habe (S. 79). Diese markanten Einschnitte können jedoch keineswegs als untergeordnet abgetan werden.

3.4.4.5 Schliesslich wendet der Beschwerdeführer ein, Dr. med. G.____ werfe ihm einstudierte Themen vor, die sich sonst nicht in den Akten spiegelten, wie z.B. eine Suizidalität, obwohl diese aktenkundig sei. Der Bericht von Dr. med. O.____ vom 7. August 2018 erwähnt zwar in der Tat «suizidale Gedanken» resp. eine «latente Suizidalität» (IV-Nr. 80 S. 2 + 3). Dies ist aber die einzige solche Stelle in den Akten; das R.____-Gutachten verneinte vielmehr eine akute Suizidalität ausdrücklich (Nr. 76.1 S. 70). Vor diesem Hintergrund kann man mit Fug und Recht sagen, eine Suizidalität habe im bisherigen Verlauf keine nennenswerte Rolle gespielt.

3.4.5 Als Beweisergebnis ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit dem 21. März 2016 in der Lage ist, leichte, wechselbelastende Verweistätigkeiten ohne Einschränkung auszuüben, sofern diese Tätigkeiten keine repetitiven, stereotypen Bewegungsabläufe im Bereich der HWS, keine Zwangshaltungen, keine mehr als seltenen Arbeiten über die Armhorizontale hinaus und keine Arbeiten mit Absturzgefahr, in unebenem Gelände, auf rutschigem Boden sowie im Freien mit ungeschützter Einwirkung von Kälte und Nässe beinhalten. Der psychiatrische Experte Dr. med. G.____ sieht zwar von einer rückwirkenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor dem Begutachtungszeitpunkt ab, weil die Akten und die Angaben des Beschwerdeführers dies nicht zuverlässig erlauben (A.S. 342 f.). Dies bedeutet aber nicht, dass bis zur Begutachtung von einer psychischen Arbeitsunfähigkeit auszugehen wäre. Auf die entsprechenden Berichte von Dr. med. O.____ kann dafür nicht abgestellt werden, hat doch der Experte dargelegt, warum diese nicht nachvollziehbar sind (A.S. 331 f.). Das psychiatrische R.____-Gutachten wiederum vermag, wie bereits erwähnt, ebenfalls nicht zu

überzeugen (E. II. 3.4.4.4 hiervor). Fehlt es aber für die Zeit bis zum Gerichtsgutachten an beweismässigen ärztlichen Stellungnahmen, welche eine Arbeitsunfähigkeit in diesem Zeitraum nachweisen könnten, so liegt diesbezüglich Beweislosigkeit vor, welche zu Lasten des Beschwerdeführers als Leistungsansprecher geht. Von weiteren Abklärungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen wird.

4.

4.1 Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (s. dazu E. II. 2.2.4 hiervor). Soweit die fraglichen Einkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, s. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30; Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.1). Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224), hier also das Jahr 2016 (s. E. II. 2.2.3 hiervor). Validen- und Invalideneinkommen sind dabei auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (BGE 129 V 222 E. 4.2 S. 224).

Bei der Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte und nicht, was sie bestenfalls erzielen könnte (BGE 131 V 51 E. 5.1 S. 53). Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom ■ wenn nötig der Teuerung und der Einkommensentwicklung angepassten ■ letzten Verdienst auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Urteil des Bundesgerichts 9C_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.4.1).

Geht die versicherte Person keiner Erwerbstätigkeit mehr nach, sind für das Invalideneinkommen die statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) heranzuziehen (s. BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.3). Abgestellt wird dabei regelmässig auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), bezogen auf den gesamten privaten Sektor (Urteil des Bundesgerichts 9C_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.3.1).

4.2 Der Einkommensvergleich in der angefochtenen Verfügung (A.S. 2) berücksichtigt die erwähnten Vorgaben. Die Beschwerdegegnerin knüpfte für das Valideneinkommen an den Verdienst beim letzten Arbeitsgeber, der H.____ AG, an. Beim Invalideneinkommen wiederum stellte sie in der LSE 2016 auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level (Kompetenzniveau 1 / einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art, Total) ab, mit Aufrechnung der Wochenstunden und der Nominallohnentwicklung. Der einzige Unterschied ist, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf das R.____-Gutachten noch von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ausging, während diese gemäss dem massgeblichen Gerichtsgutachten bei 100 % liegt. Vor diesem Hintergrund steht ein Valideneinkommen von CHF 65'003.00 einem Invalideneinkommen von CHF 67'124.00 gegenüber, was bedeutet, dass keine Erwerbseinbusse und damit auch keine rentenbegründende Invalidität besteht.

Der Beschwerdeführer beanstandet die Grundlagen des Validen- und Invalideneinkommens zu Recht nicht, verlangt aber den maximalen leidensbedingten Abzug vom Invalideneinkommen von 25 % (A.S. 15). Selbst ein solcher Abzug mit einem Invalideneinkommen von CHF 50'343.00 würde aber am Ergebnis nichts ändern, da der Invaliditätsgrad mit 22,55 % zu tief für einen Rentenanspruch wäre.

4.3 Die Beschwerdegegnerin lehnte berufliche Massnahmen ab, da sich der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig fühle (A.S. 2). Dies verdient Zustimmung:

Eingliederungsmassnahmen setzen die subjektive Eingliederungsfähigkeit im Sinne eines Eingliederungswillens voraus. Fehlt es daran aus invaliditätsfremden Gründen, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung beziehungsweise Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor dem kantonalen Versicherungsgericht gemachten Ausführungen resp. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 8C_233/2021 vom 7. Juni 2021 E. 2.3). Der Beschwerdeführer gab selber mehrmals an, dass er sich nicht mehr in der Lage sehe, eine Arbeit aufzunehmen. Darüber hinaus bestätigte er durch sein Verhalten, dass es ihm tatsächlich an der Motivation fehlte, sich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern: Gemäss Gerichtsgutachten hatte sich der Beschwerdeführer Anfang Juli 2016 von seiner Operation erholt. Ausserdem gingen die Dres. J.____ sowie M.____ und N.____ im Jahr 2017 davon aus, dass er zumindest teilweise einer Arbeit nachgehen könnte (E. II. 3.1.3 + 3.1.5 hiervor). Dennoch unternahm der Beschwerdeführer bis zur angefochtenen Verfügung keine Anstrengungen, ins Erwerbsleben zurückzukehren. Das von der Beschwerdegegnerin veranlasste Belastbarkeitstraining musste wegen der geklagten subjektiven Beschwerden schon nach wenigen Tagen beendet werden (E. II. 3.1.7 hiervor). Wohl beantragte der Beschwerdeführer im Einwand gegen den Vorbescheid sowie in der Beschwerde berufliche Massnahmen (IV-Nr. 97 S. 2 + 10 f. / A.S. 7 + 16 f.). Auf die Frage der Eingliederungsbereitschaft ging er dabei nicht ausdrücklich ein. Entscheidend ist aber, dass er sich in der Folge jeweils selber widersprach, indem er sich sowohl anlässlich der R.____-Begutachtung als auch gegenüber den Gerichtsgutachtern als gänzlich arbeitsunfähig bezeichnete resp. jegliche Integrationsmassnahme ablehnte (IV-Nr. 76.1 S. 19 / A.S. 89, 152 und 314). In einer Gesamtwürdigung ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die erforderliche Eingliederungsbereitschaft abgeht, womit berufliche Massnahmen schon aus diesem Grund entfallen.

5. Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde stellt als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

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

E. 4

Eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese zu verpflichten, eine erneute polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag zu geben.

E. 5

Sofern eine erneute psychiatrische Begutachtung nötig ist, sei eine neue gerichtliche polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu initiieren und der gerichtliche Gutachtensauftrag sei an [die Gutachterstellen [...], [...] oder [...]] zu vergeben.

E. 6

September 2021 zu verweisen, welche den Anschein einer Befangenheit verneinte (A.S. 269). Den dortigen Erwägungen folgend ist festzuhalten, dass keine objektiven Gründe für eine Befangenheit belegt sind. Der vom Beschwerdeführer geäußerte Verdacht, Dr. med. C. ___ habe das Teilgutachten von Dr. med. E. ___ mit Dr. med. G. ___ diskutiert, bevor dieser den Begutachtungsauftrag erhalten habe, wurde durch die Auskunft von Dr. med. D. ___ vom 2. September 2021 (A.S. 265a) ausgeräumt. Weiter ist es unerheblich, dass Dr. med. G. ___ von Dr. med. D. ___ als Experte vorgeschlagen wurde, denn es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass dieser versuchen könnte, Dr. med. G. ___ zu Ungunsten des Beschwerdeführers zu beeinflussen; dies muss umso mehr gelten, als bei Dr. med. D. ___ kein Anschein einer Befangenheit erkennbar ist (E. II).

E. 7

7.1 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Fall hat der unterlegene Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

7.2 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (s. Art. 45 Abs. 1 ATSG, BGE 143 V 269 E. 6.2.1 S. 279 f.), sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2 S. 75, 139 V 496 E. 4.4 S. 502).

Das R. ___-Gutachten, welches der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorlag, erlaubte keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, weil die dortige Indikatorenprüfung nicht schlüssig war. In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, ein weiteres Gutachten einholen müssen, um den entscheiderelevanten Sachverhalt zu klären, bevor sie über den Leistungsanspruch befand. Sie hat daher die Kosten des Gerichtsgutachtens von insgesamt CHF 21'654.40 zu tragen. Gegen die Höhe dieser Kosten hat die Beschwerdegegnerin keine Einwände erhoben, nachdem sie die fraglichen Rechnungen zugestellt erhalten hatte (A.S. 274 f. + 352).

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 600.00 verrechnet.

4. Die Kosten des Gerichtsgutachtens der Gutachterstelle B. ___ vom 20. Januar 2022 resp. von Dr. med. G. ___ vom 18. Januar 2022 von insgesamt CHF 21'654.40 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt und sind der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zurückzuerstatten.

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

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Haldemann

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