

# SO\_GERICHTE VSBES.2020.54 vom 4. Februar 2020

SO Obergericht, 2020-02-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.54](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.54)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.54 du 4 février 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.54 del 4 febbraio 2020

## Erwägungen

### E. 4

4.1 Der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers wird durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung und demjenigen, wie er zur Zeit der Neuanschuldung respektive der streitigen Verfügung bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.2 Im vorliegenden Fall fand die letzte umfassende Rentenprüfung mit Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 20. April 2011 (IV-Nr. 141) statt. Das Versicherungsgericht hat sich in seinem Urteil vom 29. Februar 2012 nach eingereicherter Beschwerde damit befasst (IV-Nr. 163), nach Beschwerdeführung beim Bundesgericht ist das Urteil des Versicherungsgerichts in Rechtskraft erwachsen und es kann für die Frage, wie sich der medizinische Sachverhalt zum Zeitpunkt der letzten umfassenden Rentenprüfung präsentiert hat, auf die verbindlichen Erwägungen des entsprechenden Urteils abgestellt und darauf verwiesen werden.

4.2.1 Im Urteil des Versicherungsgerichts vom 29. Februar 2012 wurde im Wesentlichen auf die als beweiskräftig erachteten gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, in seinem Gutachten vom 7. Januar 2010 (IV-Nr. 116) und Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seinem Gutachten vom 26. Januar 2010 (IV-Nr. 118) abgestellt. Demgemäss präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt bzw. wurden in der interdisziplinären Beurteilung der beiden Gutachten folgende Diagnosen erhoben:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Gemäss Dr. med. K.\_\_\_\_ hätten sich die somatischen Beschwerden gegenüber der Begutachtung durch Dr. med. J.\_\_\_\_ im August 2005 nicht wesentlich verändert. Die damalige Beurteilung der Beschwerden der Wirbelsäule und ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bleibe unverändert. Diagnostisch sei eine Periarthropathia humeroscapularis der rechten Schulter hinzugekommen, welche aber mittelfristig keine Arbeitsunfähigkeit begründen dürfte. Wie schon im Jahr 2005 sei mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 15 % für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Überkopfarbeit und ohne Extension der Halswirbelsäule zu rechnen. In der jetzigen Tätigkeit als selbständiger Autohändler und in einer leitenden Position der eigenen Firma für Entsorgung von Möbeln mit drei Angestellten sei der Versicherte aus rheumatologischer Sicht aktuell zu 90 % arbeitsfähig.

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, auf welchen der oben zitierte Dr. med. K.\_\_\_\_ Bezug nahm, hatte in seinem Gutachten vom 31. August 2005

(Untersuchungen vom 26. August 2005) zuhanden der Beschwerdegegnerin (IV-Nr. 41) folgende Diagnosen festgehalten:

Die gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. J.\_\_\_\_ wurden im Urteil des Versicherungsgerichts vom 21. Dezember 2007 (IV-Nr. 78) als beweiskräftig erachtet. Dementsprechend bestanden erhebliche Einschränkungen beim repetitiven Bewegen von Gewichten über 15 kg, bei Überkopfarbeiten sowie bei Arbeiten, die mit dem repetitiven Extendieren der Halswirbelsäule verbunden sind. Für leicht- bis mässiggradig belastende Arbeiten, in welchen die erwähnten Bewegungen bzw. Belastungen vermieden werden könnten, bezifferte er die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf maximal 10 bis 15 %, für eine den idealen Arbeitsplatzbedingungen angepasste berufliche Tätigkeit (in einem klimatisierten Raum mit der Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln) auf maximal 10 %.

4.2.2 Dr. med. H.\_\_\_\_ führte zum Zeitpunkt der letzten materiellen Rentenprüfung in psychiatrischer Hinsicht aus, es liege eine anhaltende reaktiv-depressive Störung leichten Grades mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.01) vor. Diese sei in erster Linie für die Arbeitsfähigkeit relevant und einschränkend. Es liege aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 10 % in sämtlichen Tätigkeiten vor, die zur somatisch begründeten Arbeitsunfähigkeit zu addieren sei. Insgesamt bestehe interdisziplinär betrachtet eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von 20 bis maximal 25 %, und zwar für leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Überkopfarbeit und ohne Extension der Halswirbelsäule (IV-Nr. 118, S. 14).

4.2.3 Das Versicherungsgericht kam in seinem Urteil vom 29. Februar 2012 gestützt auf die erwähnten, beweiswertigen Gutachten zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer eine leidensadaptierte Tätigkeit im Ausmass von mindestens 75 % zuzumuten sei (vgl. IV-Nr. 163 S. 17).

4.3 Für den Zeitraum ab der Neuanmeldung bis zur hier angefochtenen Verfügung präsentiert sich der medizinische Sachverhalt folgendermassen:

4.3.1 Gemäss dem Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 8. Dezember 2017 (IV-Nr. 180), sind beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen zu stellen:

Es wurde dargelegt, der Beschwerdeführer sei auf Höhe L5/S1 operiert worden. In den darauffolgenden Jahren seien noch mehrmalige Interventionen im LWS-Bereich nötig gewesen. Seither bestünden chronische Lumbalgien mit Ausstrahlung von Schmerzen. Seit einigen Jahren bestehe eine ca. handflächengrosse Gefühllosigkeit über dem vorderen und lateralen Oberschenkel auf der rechten Seite, wobei die Sensibilität am Unterschenkel lateralseits bis in den rechten Fuss auch vermindert sei. Des Weiteren bestünden eine verminderte Kraft und Belastbarkeit des rechten Beines. Seit einem Unfall im April 2001 habe er ausserdem chronische Schmerzen im Zervikalbereich und in den Armen rechtsbetont sowie eine diskrete Gefühllosigkeit in den Fingerspitzen in beiden Händen.

Als Befund hielt Dr. med. B.\_\_\_\_ fest, das Gangbild sei auf ebenem Boden flüssig, das Treppenabsteigen mit Einknicktendenz mit dem rechten Bein. Über der Narbe im LWS-Bereich zeige sich eine Druckdolenz, zusätzlich auch paravertebral beidseits im LWS-Bereich. An den unteren Extremitäten zeigten sich inspektorisch keine Atrophien oder Faszikulationen. Im Bereich des N. cutaneus femoris lateralis am rechten Oberschenkel bestehe ein ca. handflächengrosses hyposensibles Areal mit typischem

Tinel-Phänomen in der rechten Leistenregion. Am rechten Unterschenkel sei die Sensibilität im Dermatome L5 sowie S1 diskret vermindert. Die Kraft im rechten Bein sei diffus diskret vermindert. An den oberen Extremitäten sei die HWS-Beweglichkeit vor allem für Reklination eingeschränkt. Inspektorisch fänden sich keine Atrophien im Schultergürtelbereich und an den oberen Extremitäten bei voll erhaltener Kraft inkl. in den Schultern. Die Sensibilität für Zweipunktdiskrimination und Spitz-/Stumpfdiskrimination über den Dig. I ■ III volarseits rechts, diskreter auch im Kleinfinger rechts, sei vermindert, mit einem diskreten Tinel-Phänomen über dem Karpalkanal beidseits. Ein am 2. Dezember 2017 durchgeführtes MRI der HWS und LWS zeige im Bereich der HWS fortgeschrittene Osteochondrosen, Spondylosen und ein diskretes Diskusbulging sowie eine deutliche Unkovertebralarthrose beidseits rechtsbetont auf Höhe HWK 4/5. Weiter bestehe eine leichte bilaterale Facettengelenksarthrose HWK 4/5. Ansonsten zeige sich keine wesentliche degenerative Veränderung der übrigen Bewegungssegmente und auch keine Spinalkanalstenose. Es bestünden eine fortgeschrittene bilaterale osteodiskogene foraminale Enge HWK 4/5 beidseits rechtsbetont und eine leichte osteodiskogene foraminale Enge HWK 5/6 links. Im Bereich der LWS bestünden gegenüber der Voruntersuchung vom November 2015 stationäre postoperative Veränderungen LWK 5/SWK 1 mit entsprechenden Metallartefakten bei Status nach dorsaler Spondylodese sowie eine stationäre fixierte ossär durchbaute Anterolisthesis LWK 5/SWK 1. Ansonsten seien Alignment und Wirbelkörperhöhen erhalten. Weiter zeigten sich eine geringgradig progrediente knapp mittelgradige Spinalkanalstenose LWK 2/3 und LWK 3/4, hingegen keine Stenosen LWK 4/5 und L5/S1. Schliesslich bestünden stationäre mittelgradige foraminale Engen LWK 3/4 und LWK 4/5 beidseits, jedoch keine evidente Nervenwurzelkompression der Nervenwurzeln L3-L5 rechts.

Was die Arbeitsfähigkeit anbelange, sei der Beschwerdeführer, soweit er dies von dessen Schilderung des Arbeitsplatzes und der erbrachten Leistung verstanden habe, durch seine körperlichen Beschwerden eingeschränkt. Für die ausgeübte Tätigkeit bestehe aus neurologischer Sicht eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit.

4.3.2 Dr. med. M.\_\_\_\_, Spital N.\_\_\_\_, berichtete am 20. Juni 2018 (IV-Nr. 199 S. 2 f.) über einen Status nach Spontanruptur der langen Bizepssehne links und sonographisch eine Tendinose der ventrokranialen Rotatorenmanschette beidseits. Als Nebendiagnosen bestünden chronische HWS-Probleme mit rechtsbetonter Symptomatik und eine chronische Schmerzbehandlung bei Status nach mehreren LWS-Operationen. Der Abriss der langen Bizepssehne habe keine Konsequenz für Therapie oder Schulterfunktion. Bekannt seien die degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschetten beidseits. Klinisch zeige sich vor allem eine Symptomatik der Subscapularinnendrehfunktion mit spürbarer Kraftminderung. Bei kurzer Sonographie der linken Schulter zeige sich jedoch eine intakte und strukturell nur leicht veränderte Subscapularissehne.

4.3.3 Die Beschwerdegegnerin holte bei der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten in den Disziplinen «Allgemeine Innere Medizin», «Orthopädie», «Neurologie» und «Psychiatrie» ein, welches am 20. Dezember 2018 erstattet wurde (IV-Nr. 214.1). Im Rahmen des Gutachtens wurden am 31. Oktober 2018 Röntgenbilder von HWS und LWS erstellt (IV-Nr. 214.2 S. 3).

4.3.3.1 Im psychiatrischen Teil (IV-Nr. 214.1 S. 12 ff.) wird zu den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wiedergegeben, er sei wegen seines Rückens ca. seit seinem 16. Lebensjahr handicapiert. Zudem habe er Kopfschmerzen. Das Hauptproblem sei aber

sein rechter Arm, nach einer Bizepssehnenruptur vor ca. einem Jahr. Weiter leide er unter einem Tinnitus, den er aktuell jedoch soweit im Griff habe. Von seinem Schmerztherapeuten, Dr. med. O.\_\_\_\_, werde er auch psychisch unterstützt. Aktuell sehe er diesen monatlich. Er könne wegen seiner körperlichen Probleme nicht mehr als eine bis zwei Stunden pro Tag arbeiten. Psychisch fühle er sich nicht primär arbeitsunfähig, sondern es seien die körperlichen Probleme, auch wenn er manchmal das Gefühl habe, «kopflös» zu sein bzw. sich viel aufschreiben zu müssen. Eine psychiatrische Behandlung sei nie erfolgt.

Sein Tagesablauf sehe so aus, dass er gegen 08:00/09:00 Uhr aufstehe und dann rund eine Stunde benötige, bis er sich bewegen könne. In dieser Zeit lese und beantworte er E-Mails. Danach dusche er und gehe gegen 9:30/10:00 Uhr aus dem Haus. In seinem 25 Minuten entfernten «Schopf und Platz» arbeite er an seinen Autos. Bis mittags arbeite er dann in seiner Firma. Nachmittags müsse er gegen 14:00 Uhr seine Beine hochlagern bzw. liegen. Im Liegen telefoniere er auch. Abends koche er immer selbst, da er dies auch gerne mache. Er sei «hobbylos». Früher habe er gerne Sport gemacht. Dies könne er nun jedoch körperlich nicht mehr. Er sei auch nicht mehr in der Lage, Töff zu fahren.

Der psychiatrische Gutachter erhebt folgende Befunde: Der Beschwerdeführer sei in der Untersuchung wach, bewusstseinsklar, zugewandt und freundlich, affektiv gut schwingungsfähig und auslenkbar. Im formalen Denken zeige er sich im Gespräch geordnet, kohärent und nicht verlangsam. Objektiv bestünden keine Anhaltspunkte für eine Konzentrationsstörung, eine reduzierte Konzentrationsleistung, eine Gedächtnisstörung oder Merkfähigkeitsprobleme. Affektiv imponiere er euthym und oftmals situationsadäquat lachend. Der Versicherte selbst gebe an, sich soweit psychisch gut zu fühlen. Seine Schmerzen seien nicht verdeutlicht oder theatralisch bzw. demonstrativ dargebracht worden. Er berichte über Ängste unter vielen Menschen und in Tunnels sowie bei Stau, sodass er entsprechende Situationen (wie im Einkaufcenter) vermeide. Der Schlaf werde als teils beeinträchtigt angeführt, dies aufgrund der Schmerzen. Antrieb und Psychomotorik seien während der psychiatrischen Exploration unauffällig.

4.3.3.2 Im neurologischen Teil (IV-Nr. 214.1 S. 22 ff.) wird zu den Angaben des Beschwerdeführers ausgeführt, die Hauptproblematik sei im Moment der rechte Arm, den er überhaupt nicht mehr gebrauchen könne. Seit er letztes Jahr eine Bizepssehnenruptur erlitten habe, habe er wieder vermehrt mit der rechten Hand gearbeitet, in dessen Folge es zu vermehrten Schmerzen des rechten Arms gekommen sei, die vom Nacken ausstrahlten. Teilweise strahlten die Nackenbeschwerden auch in den Hinterkopf und von dort in die rechte Stirn und Wange aus. Ausserdem komme es seit einiger Zeit schon bei geringer Anspannung der Arme, also auch des linken Arms, zu Krämpfen im Bereich der Oberarmmuskulatur und zu einem Zittern, welches er nicht kontrollieren könne. Des Weiteren habe er ein «Beissen» im Bereich des lateralen Ober- und Unterschenkels beidseits, das vorwiegend am Nachmittag auftrete, dann nachlasse und abends vor dem Schlafengehen wieder stärker werde. Vor zwei bis drei Wochen sei es zusätzlich zu einer Verschlechterung der bekannten lumbalen Rückenschmerzen gekommen. Rezidivierende Infiltrationen seien jeweils nur kurzfristig wirksam gewesen. Aktuell strahlten die Rückenschmerzen wieder in beide Beine bis in die Zehen aus, wobei das rechte Bein mehr betroffen sei als das linke Bein. Bei der Arbeit bereite ihm alles Probleme, was die Feinmotorik betreffe, aber auch Hantieren mit grossen schweren Gegenständen sei aufgrund der Rückenschmerzen und Armschwäche nicht mehr möglich. Er brauche für alles viel mehr Zeit als früher.

Es werden folgende Befunde erhoben: Der Hirnnervenstatus sei unauffällig. Auch die Sensibilität im Gesichtsbereich sei ungestört. Der Beschwerdeführer habe einen sehr muskulösen Körperbau, keine Muskelabbauerscheinungen und keine Atrophien. Es bestehe eine sakkadierte Minderinnervation bei der Funktionsprüfung der Oberarmabduktion und Aussenrotation rechts, Innenrotation rechts, Anteversion rechts, Oberarmelevation rechts, Armbeugung in Supination und Mittelstellung, Armstreckung rechts, Daumenadduktion rechts, Fingerspreizen rechts, Hüftbeugung rechts, Hüftstreckung rechts sowie der Kniebeugung rechts. Hyperkinesien zeigten sich nicht und Seitendifferenzen der Muskelprofile seien nicht vorhanden. Die Muskeleigenreflexe der oberen und unteren Extremitäten seien mittellebhaft und seitengleich. In Bezug auf die Sensibilität gebe der Beschwerdeführer eine Hypästhesie und Hypalgesie der gesamten rechten Gesichtshälfte, des rechten lateralen Ober- und Unterarms, des rechten lateralen Oberschenkels, des gesamten rechten Unterschenkels und Fussrückens sowie des linken lateralen Ober- und Unterschenkels bis zum oberen Sprunggelenk reichend an. Ansonsten bestünden keine verifizierbaren Störungen der Qualitäten Berührung, Schmerz, Spitz- / Stumpf- / Diskrimination- und Tiefensensibilität. Das Gangbild sei unauffällig. Der Fussspitzengang rechts sei nicht möglich, Fersengang und Strichgang beidseits seien hingegen gut möglich. Die Standproben (Tandem-Romberg- und Unterberger-Tret-Versuch) seien ohne Ausfälle erschwert. Es bestünden keine Störungen der Feinmotorik beidseits, sämtliche Grob- und Feingriffformen seien beidseits regelrecht. Ein Rigor oder ein Ruhetremor sei nicht zu erkennen, ebenso keine Hypokinese oder Hypomimie. Der Kopf sei normal konfiguriert, die HWS-Beweglichkeit weitgehend frei. Es bestehe ein leichter Hartspann des gesamten Rückenstreckers und der Schultergürtelmuskulatur beidseits bei nur geringer Druckdolenz.

4.3.3.3 Der orthopädische Gutachter (IV-Nr. 214.1 S. 31 ff.) hält zu den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers fest, sein Hauptproblem sei nach wie vor die lumbale Wirbelsäule mit den ausstrahlenden Schmerzen und den rezidivierenden Einknick-Phänomenen in das rechte Bein sowie die Beschwerden an der rechten Schulter, respektive dem gesamten rechten Arm. Produktiv könne er am Tag maximal zweieinhalb bis drei Stunden arbeiten. Hier sei vor allem die Situation an der rechten oberen Extremität limitierend. Gewisse belastete Arbeiten könne er durchaus ausüben, allerdings komme es nach Abschluss der Arbeit zu ausgeprägten Schmerzen, welche bis zu mehrere Tage andauern könnten und ihn dann in seiner Leistungsfähigkeit einschränkten.

Der Befund fällt folgendermassen aus: Es zeige sich ein normales, hinkfreies Gangbild. Der Einbein-, der Zehenspitzen- und der Fersenstand würden rechts nur während wenigen Sekunden eingenommen. Links gelängen diese Manöver gut. Die komplexen Gangarten könnten ausgeübt werden. Im Bereich der Wirbelsäule zeigten sich ein Schultertiefstand rechts von etwa 5 mm und ein Beckentiefstand rechts, eine diskrete rechtskonvexe Skoliose thorako-lumbal sowie eine thorakale Kyphose und eine vermindert ausgebildete lumbale Lordose. Die paravertebrale Muskulatur sei normal ausgebildet, mit mässiggradigen Verspannungen occipital, zervikal und paravertebral ab Mitte BWS bis zur LWS. Die Palpation werde als schmerzhaft empfunden. Die Dornfortsätze der gesamten LWS seien klopfdolent und es bestehe eine Druckdolenz paravertebral lumbal, etwa auf Höhe LWK 4 beidseits. Bei der Beweglichkeitsprüfung würden Schmerzen angegeben. Das Seitwärtsneigen der LWS beidseits gelinge bis 30° mit endgradigen Schmerzen paravertebral lumbal, linksbetont. Bei der Rotation bei fixiertem Becken träten ziehende Schmerzen im Bereich der LWS auf. Der Kinn-Sternum-Abstand betrage 6/15 cm, mit

Auftreten von Schmerzen bei der Reklination und Eindruck der Blockade. Bei der Rotation der HWS gebe der Beschwerdeführer Schmerzen zervikal mit Ausstrahlung in beide Arme bis in alle Finger an. Auch bei der Neigung der HWS würden ziehende Schmerzen in der paravertebralen Muskulatur angegeben. Der axiale Druck auf den Kopf bewirke keine Schmerzzunahme. Im Bereich der oberen Extremitäten bestünden eine Schulterprotraktion rechts, eine fragliche, diskrete Atrophie der Supraspinatus-Muskulatur beidseits, muskuläre Verspannungen in der gesamten Schultergürtelmuskulatur beidseits, Myogelosen könnten nicht palpiert werden. Im Bereich der Schultergelenkscapsel rechts zeige sich ebenfalls eine Druckdolenz ventral. Der Muskelbauch des Biceps links sei deutlich distalisiert, ohne Schmerzangabe. Die Impingement-Tests rechts seien positiv, links negativ. Beim Lift off-Test zeige sich links eine leichte Schwäche, die rechte Seite sei wegen der Bewegungseinschränkung nicht beurteilbar. Beim Jobe- und AR-Test klage der Beschwerdeführer über diffuse Schmerzen und zeige eine leichte muskuläre Schwäche rechtsbetont. Beide Ellbogen seien äusserlich unauffällig, ohne Druckdolenz im Bereich der Epicondylen, allerdings entlang der radialen Vorderarmmuskulatur. Bei den Beweglichkeitsprüfungen würden Schmerzen entlang der Vorderarmmuskulatur mit Ausstrahlung bis in beide Handgelenke angegeben. Im Bereich der unteren Extremitäten bestünden diskrete endgradige Schmerzen bei der Flexion von Hüft- und Kniegelenk beidseits mit diskreten endgradigen Schmerzen. Beide Kniegelenke seien äusserlich unauffällig ohne erkennbare Ergussbildung erkennbar. Beide Patellae seien etwas vermindert beweglich, ein Knirschen bei zunehmender Flexion sei palpabel, die retropatellären Facetten beidseits seien etwas druckdolent. Im Bereich der rechten Achillessehne medial bestehe eine teigige Verdickung.

## **E. 5**

5.1 Die Beschwerdegegnerin hat für die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verändert hat, auf das Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ abgestellt, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Hierzu kann einleitend festgehalten werden, dass dieses in Kenntnis der vorhandenen Aktenlage, nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung seiner subjektiven Angaben und von ausgewiesenen Fachärzten auf den entsprechenden Gebieten erstellt wurde. Insofern sind die Voraussetzungen an eine beweiskräftige Expertise erfüllt. Der Beschwerdeführer lässt als formellen Mangel indessen vorbringen, an der neurologischen Begutachtung habe eine Assistenzärztin ohne Facharzttitel mitgewirkt, die auch noch kurz vor dem Untersuchungstermin ausgewechselt worden sei. Der eigentlich beauftragte Gutachter habe der Untersuchung nur während einer halben Stunde beigewohnt, womit er seine Leistungspflicht nicht erfüllt habe. Dem Beschwerdeführer wurde mit Schreiben vom 3. Oktober 2018 (IV-Nr. 211) mitgeteilt, dass die neurologische Begutachtung durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, erfolge. Am 17. Oktober 2018 erhielt er eine Terminbestätigung (IV-Nr. 212), auf welcher angegeben war, dass die neurologische Untersuchung bei Dr. med. E.\_\_\_\_ und Dr. med. P.\_\_\_\_, Assistenzärztin Neurologie, stattfinde. Dem Gutachten lässt sich sodann entnehmen, dass die neurologische Untersuchung von Dr. med. E.\_\_\_\_ und Dr. med. Q.\_\_\_\_, Assistenzärztin Neurologie, durchgeführt wurde (Exploration vom 29.10.2018, 11:30 Uhr bis 13:00 Uhr und von 13:45 Uhr bis 14:15 Uhr; IV-Nr. 214.1 S. 3 und 22). Das Gutachten wurde von Dr. med. E.\_\_\_\_ unterzeichnet (IV-Nr. 214.1 S. 11). In seiner Stellungnahme vom 12. Juli 2019 (IV-Nr. 230) führte dieser aus, das Gutachten sei gemeinsam mit einer Assistentin in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie, Dr. med. I.\_\_\_\_, sowie durch ihn als Kaderarzt in der

Supervision durchgeführt worden. Die ursprünglich vorgesehene Assistenzärztin habe aus organisatorischen Gründen am Beurteilungstag nicht anwesend sein können. An der Supervision und letztendlich Verantwortlichkeit durch ihn habe sich nichts geändert. Sowohl der Assistenzärztin als auch ihm selbst sei die Aktenlage im vorliegenden Fall im Detail bekannt gewesen. Die Anamnese und Befunderhebung sei durch die Assistenzärztin erfolgt. Anschliessend sei der Beschwerdeführer durch ihn persönlich befragt und neurologisch untersucht worden. Es habe ausreichend Zeit gegeben, die Beschwerden zu erfassen und auf Fragen einzugehen. Anschliessend haben man gemeinsam in aller Sorgfalt das neurologische Gutachten erstellt.

Der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise hängt unter anderem davon ab, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Ihre fachliche Qualifikation spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachterperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin ist ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson erforderlich. Wird ein Fachgutachten durch einen Facharzt FMH mitunterzeichnet und verfügt der mitwirkende Assistenzarzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen, so bildet dessen Mitbeteiligung für sich allein keinen Anlass, dem Gutachten den Beweiswert abzuspochen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_309/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 4.3 mit Hinweisen). Das Bundesgericht hat wiederholt entschieden, dass einem durch einen Assistenzarzt erstellten und durch den Vorgesetzten lediglich visierten Gutachten nicht von vornherein jeglicher Beweiswert abgeht. Diese Rechtsprechung wurde wiederholt bestätigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_213/2010 vom 3. August 2010 E. 2.2 mit Verweisen). Im vorliegenden Fall war der fallverantwortliche Arzt ein ausgewiesener Facharzt für Neurologie. Er hat das Gutachten unterzeichnet und trägt die volle Verantwortung für die darin gezogenen Schlussfolgerungen. Der Beizug einer Assistenzärztin ist zulässig, die Rechtsprechung erachtet sogar eine von einer solchen erstellte Expertise, die vom Fallverantwortlichen Facharzt ohne weitere persönliche Beteiligung an der Untersuchung unterzeichnet wurde, nicht per se als nicht beweiskräftig. Dr. med. E. \_\_\_ hat den Beschwerdeführer selber ebenfalls persönlich gesehen und die Erstellung des Gutachtens ist in Zusammenarbeit erfolgt. Vom Beschwerdeführer werden auch keine Einwände vorgebracht, dass die von der Assistenzärztin durchgeführte Anamnese- oder Befunderhebung in fachlicher Hinsicht mangelhaft gewesen wäre. Auch ein kurzfristiges Einspringen für eine Kollegin schmälert die Beweiskraft nicht von vornherein, wenn die gutachterlichen Ausführungen inhaltlich schlüssig sind (diese Frage ist weiter unten zu prüfen). Jedenfalls war die mitwirkende Assistenzärztin gemäss Angaben in der Stellungnahme in Kenntnis der gesamten Aktenlage. Vor diesem Hintergrund verliert die neurologische Begutachtung durch die Tatsache, dass eine Assistenzärztin mitgewirkt hat, nicht ihre Beweiskraft.

5.2 Inhaltlich wird in der psychiatrischen Beurteilung, die vom Beschwerdeführer nicht angezweifelt wird, nachvollziehbar dargelegt, dass sich in der aktuellen Untersuchung kein Hinweis auf eine affektive Störung, wie beispielsweise eine depressive Episode oder Störung, finden lasse. Der Beschwerdeführer sei unter der angeführten und laborchemisch nachweisbar eingenommenen antidepressiven Medikation psychopathologisch euthym und er habe sich mehrfach situationsadäquat lachend gezeigt. Der Antrieb habe während der Begutachtung ebenfalls unauffällig gewirkt. Aus gutachterlicher Sicht liegt somit eine

aktenanamnestisch früher angeführte depressive Symptomatik vor, die aktuell als remittiert anzusehen ist. Diese Beurteilung ist angesichts der erhobenen Befunde plausibel. Der Gutachter nimmt sodann Bezug auf die Schmerzsymptomatik des Beschwerdeführers und hält fest, dass sich im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung keine Anhaltspunkte für eine Verdeutlichung oder theatralisch bis histrionisch dargebrachte Symptomschilderung zeigten. Unter Einbezug der gesamtgutachterlichen Einschätzungen sei auch keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren. Es fehle an einem andauernden, schweren und quälenden Schmerz als vorherrschende Beschwerde, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Insbesondere liessen sich kein primärer emotionaler Konflikt oder eine primäre psychosoziale Belastung für die Entstehung der Schmerzsymptomatik anhand des zeitlichen Längsschnitts ableiten. Bezüglich der Persönlichkeit fänden sich in den Akten Angaben zu akzentuierten Persönlichkeitszügen (narzisstisch und histrionisch). Im Rahmen der aktuellen Begutachtung seien keine Anhaltspunkte für solche Akzentuierungen gefunden worden. Ausgeprägte Limitationen in sozialer oder beruflicher Interaktion zeigten sich nicht. Im Jahr 2010 sei eine iatrogene Opioid-Abhängigkeit diagnostiziert worden. Aktuell werde keine opioidhaltige Medikation angegeben und auch im Drogenscreening ergäben sich keine Hinweise, sodass von keiner Störung durch Opioide ausgegangen werde. Bezüglich der vom Beschwerdeführer geäußerten Ängste (unter vielen Menschen, wie in Einkaufscenter, sowie beim Autofahren in Tunnel und im Stau) und einem Vermeidungsverhalten solcher Situation ergäben sich aus gutachterlicher Sicht grundsätzlich erfüllte Diagnosekriterien für eine Agoraphobie. Hinsichtlich der Ausprägung ergebe sich jedoch keine ausgeprägte Störung und der Beschwerdeführer gebe aufgrund seines Vermeidungsverhalten keinen ausgeprägten Leidensdruck oder eine Einschränkung im Alltag an, sodass sich daraus keine arbeitslimitierende Störung oder Funktionseinschränkung ableiten lasse. Der Beschwerdeführer imponiere psychiatrisch in beruflicher und sozialer Hinsicht nicht primär limitiert. So finde sich nach einer Scheidung eine langjährige neue Partnerschaft, sowie zur Tochter aus der Ehe ebenfalls ein guter und regelmässiger Kontakt. Auch weitere soziale Kontakte würden angeführt. Im Verlauf seit der letzten psychiatrischen Begutachtung ergäben sich rein psychiatrisch keine Verschlechterungen oder Zäsuren, sondern leichte Verbesserungen, insbesondere der früher leicht depressiven Symptomatik, sowie hinsichtlich der akzentuierten Persönlichkeitszüge (histrionisch, narzisstisch), die aktuell unauffällig imponierten. Der Beschwerdeführer gebe selbst an, nie in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein. Einzig psychopharmakologisch finde sich eine mehrjährige Einnahme eines Antidepressivums. Da eine frühere depressiv angeführte Symptomatik aktuell remittiert sei, sei von einer positiven Wirkung auszugehen. Hinsichtlich einer Beeinflussung der Schmerzsymptomatik wären jedoch aus gutachterlicher Sicht grundsätzlich andere Antidepressiva zu bevorzugen. Eine psychiatrische Therapie erscheine anhand der aktuellen Psychopathologie jedoch nicht indiziert. Hinsichtlich der Funktionen und Ressourcen zeige sich gemäss Mini-ICF-APP ein Bild mit Beeinträchtigungen, aber auch erhaltenen Funktionen bzw. Ressourcen. Einzig die Mobilitäts- und Verkehrsfähigkeit sei aus rein psychiatrischer Sicht durch die Agoraphobie leicht beeinträchtigt. Mässig bis erheblich beeinträchtigt sei gemäss den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit. Rein psychiatrisch hätten sich keine Anhaltspunkte dafür ergeben. Zusammenfassend sei aus rein psychiatrischer Sicht aktuell keine Limitation der Arbeitsfähigkeit zu sehen. Somit habe sich im Vergleich zur psychiatrischen Begutachtung 2010 (Limitation von 10 %) die

Arbeitsfähigkeit verbessert.

5.3 Im neurologischen Teilgutachten wird unter Bezugnahme auf die Aktenlage und die aktuelle Befunderhebung einleuchtend dargelegt, dass beim Beschwerdeführer seit etwa 30 Jahren ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom auf dem Boden einer Spondylolisthesis mit Spondylodese L5/S1 1989 und mehrfachen Reinterventionen in diesem Bereich bestehe. Zudem habe er seit einem Unfall im April 2001 chronische Nackenschmerzen mit rechtsbetonten Brachialgien, die anamnestisch nach einer Bizepssehnenruptur links 2017 und folglich vermehrter Belastung des rechten Arms, zugenommen hätten. In der klinischen Untersuchung imponiere eine schmerzbedingte Minderinnervation in den Einzelkraftprüfungen der rechten oberen und unteren Extremität. Paresen lägen indessen nicht vor und es konnten gutachterlich auch keine objektiven neurologischen Ausfälle wie Reflexdifferenzen oder Atrophien (welche nach einer Inaktivität von mehreren Monaten zu erwarten wären) erkannt werden. Die Bizepssehnenruptur werde vom Beschwerdeführer gut kompensiert, denn es bestehe keine Einschränkung der Armbeugung links. Die Sensibilitätsstörungen im Bereich der rechten oberen Extremität entsprächen am ehesten den Dermatomen C5 und C6. Im letzten bildgebenden Untersuchungsbefund (MRI HWS vom 2. Dezember 2017) seien bilaterale rechtsbetonte osteodiskogene foraminale Engen mit möglicher Nervenwurzelirritation C5 beidseits beschrieben. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Sensibilitätsstörungen im Bereich der unteren Extremitäten liessen sich nicht eindeutig einem Dermatome oder einem peripheren Nerv zuordnen, wird weiter festgehalten. Die angegebenen Krämpfe im Bereich der Oberarmmuskulatur sowie das Zittern hätten im Rahmen der aktuellen Untersuchung nicht objektiviert werden können. Es wird sodann festgehalten, die gesundheitliche Situation des Versicherten sei seit 2017 aus neurologischer Sicht, soweit aus den vorliegenden Befunden ersichtlich, grösstenteils unverändert. Die Beschwerden hätten sich in ihrer Qualität wenig geändert, jedoch gemäss anamnestischer Angaben in ihrer Intensität zugenommen. In Bezug auf die Behandlung der degenerativen Wirbelsäulenerkrankung könne aus neurologischer Sicht keine Einschätzung vorgenommen werden, es sei auf die orthopädische Beurteilung zu verweisen. Die vom Beschwerdeführer beklagten Funktionseinbussen seien grösstenteils nicht konsistent und plausibel. Er gebe an, den rechten Arm «überhaupt nicht mehr gebrauchen» zu können. Bei einer Inaktivität von mehreren Monaten würde man jedoch Atrophien erwarten. Solche oder eine Seitendifferenz der Muskulatur bei insgesamt sehr muskulösem Körperbau seien aber nicht zu beobachten. Ebenfalls bestehe eine Diskrepanz zwischen dem normalen Einsatz des rechten Arms während der Beobachtung und der Minderinnervation in der Einzelkraftprüfung bei Angabe ausgeprägter Schmerzen. Insgesamt erweist sich diese gutachterliche Einschätzung als schlüssig. Sie wird inhaltlich auch vom Beschwerdeführer nicht kritisiert. So weichen die Befunde aus der neurologischen Begutachtung auch nicht von denjenigen ab, die der behandelnde Neurologe, Dr. med. B.\_\_\_\_, erhoben hat. Insbesondere werden dort ebenfalls keine Atrophien festgestellt. Einzig bei der Frage der Auswirkung des festgestellten Zustands auf die Arbeitsfähigkeit gehen die Einschätzungen auseinander. Während im neurologischen Teilgutachten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit neurologischer Natur gesehen wird, erachtet Dr. med. B.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer als zu 50 % arbeitsfähig. Dabei stützt er sich rein auf die Schilderung des Beschwerdeführers ohne zu begründen, woraus sich diese Leistungseinschränkung ergeben soll. Im Übrigen ist hier auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen.

Der Beschwerdeführer lässt hinsichtlich der neurologischen Begutachtung vorbringen, es werde darin nicht der richtige Vergleichszeitpunkt herangezogen und es finde keine Auseinandersetzung damit statt, ob die 2017 festgestellte, leichte Progredienz bezüglich der Spinalkanaleinengungen eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber 2010 darstelle. Ausserdem werde die Bildgebung nicht mit derjenigen aus dem Jahr 2010 verglichen. Nun handelt es sich bei den Voruntersuchungen bzw.

Begutachtungen zum Vergleichszeitpunkt nicht um neurologische, sondern um rheumatologische Expertisen. Die erste neurologische Einschätzung bildet diejenige von Dr. med. B. \_\_\_ vom 8. Dezember 2017 (IV-Nr. 180), die zur Neuanschuldung geführt hat, womit auch erklärt ist, weshalb im neurologischen Teil bei der Frage der Veränderung des neurologischen Status auf das Jahr 2017 Bezug genommen wird. Die in den Rügen aufgeworfenen Fragen werden indessen vom orthopädischen Gutachter (vgl. E. II. 5.4 hiernach) allumfassend abgehandelt sowie tabellarisch aufgelistet und die Frage, ob sich im Verlauf der letzten Jahre bzw. seit der Begutachtung 2010 relevante Änderungen der Funktionseinschränkungen und somit für die Arbeitsunfähigkeit ergeben haben, wird nicht nur im orthopädischen Teilgutachten, sondern auch in der von allen beteiligten Fachärztinnen und Fachärzten durchgeführten Konsensbeurteilung beantwortet.

Schliesslich wird gerügt, die angegebenen Sensibilitätsstörungen seien nicht mittels Durchführung einer Elektromyographie abgeklärt worden. Der neurologische Gutachter hält dazu in seiner Stellungnahme vom 12. Juli 2019 (IV-Nr. 230) fest, es sei im Rahmen eines neurologischen Gutachtens immer zu erwägen, inwiefern der zusätzliche Einsatz elektrophysiologischer Methoden eine zusätzliche Information liefere. Im vorliegenden Fall sei eine solche Untersuchung nicht indiziert gewesen, da bei nicht richtungsweisend klinisch-neurologischem Befund die elektrophysiologische Diagnostik keine Auskunft über die angegebenen Sensibilitätsstörungen ergeben hätte. Für die Einschätzung des funktionellen Defizites reiche eine sorgfältige klinisch-neurologische Untersuchung aus. Das Ausmass bildmorphologischer Veränderungen im Bereich des Bewegungsapparates korreliere nicht mit dem funktionellen Defizit, auch wenn die bildmorphologischen Veränderungen im Verlauf progredient seien. Damit hat der neurologische Gutachter umfassend dargelegt, weshalb er auf eine solche Untersuchung verzichtet hat. Ohnehin kommt nach der Rechtsprechung den Gutachtern bei der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3 mit Hinweisen).

5.4 In der orthopädischen Beurteilung ■ vom Beschwerdeführer nicht in Zweifel gezogen ■ wird in Einklang mit der Aktenlage und nachvollziehbar dargelegt, dass im Bereich der LWS ein Zustandsbild nach Spondylodese L5/S1 wegen Spondylolisthesis L5/S1 vorliege und sich degenerative Veränderungen, vor allem ossärer Art, ausgebildet hätten. Im Bereich der HWS wurden ausgeprägte Veränderungen atlantodental sowie ab C4/C5 festgestellt, die sowohl die Wirbelkörper, die Fazettengelenke wie auch die Bandscheiben betreffen. Klar objektivierbare radikuläre Ausfälle wurden nicht gefunden. An der rechten Schulter liege eine Impingement-Symptomatik bei klinisch erhaltener Rotatorenmanschette vor. Bereits früher seien degenerative Veränderungen nachgewiesen worden. An der linken Schulter finde sich ein Zustandsbild nach proximaler Ruptur der langen Bizepssehne, was klinisch zu wenig Einschränkungen geführt habe. Der Beschwerdeführer leide schon seit dem 16. / 17. Lebensjahr an lumbalen Rückenbeschwerden in Zusammenhang mit einer Spondylolyse L5 und Spondylolisthesis

L5/S1. Er beschreibe Sensibilitätsstörungen und eine muskuläre Schwäche. Auch im Bereich der HWS, wo es laut Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen eines Unfalles von Ende April 2001 zu Nackenbeschwerden mit Ausstrahlung in den rechten Arm gekommen sei, gebe er eine Gefühlsverminderung und eine Reduktion der groben Kraft an. An beiden Schultergelenken seien degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette dokumentiert. Klinisch finde sich rechts eine deutliche Impingement-Symptomatik mit schmerzhafter Einschränkung der Beweglichkeit und typischem painful arc. Eine Insuffizienz der Rotatorenmanschette könne klinisch indessen nicht festgestellt werden. An der linken Schulter sei es im Juni 2018 im Rahmen eines Verhebetraumas zu einer Ruptur der langen Bizepssehne proximal gekommen. Relevante funktionelle Ausfälle fänden sich hier nicht. Die im Rahmen der Begutachtung angefertigten konventionellen Röntgenbilder der LWS zeigten nun eine durchgebaute Spondylodese auf Höhe L5/S1; im Bereich der rechten cranialen Pedikelschraube finde sich ein leichtgradiger Aufhellungssaum, was als Hinweis auf eine Lockerung des Osteosynthesematerials angesehen werden könne. Deutlicher seien jedoch die degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelkörper und der Fazettengelenke suprafusionell, die bis auf Höhe LWK2/LWK3 reichten. Die Bandscheibenfächer der entsprechenden Wirbelsegmente seien nur minim höhengemindert. Die angefertigten konventionellen Röntgenaufnahmen der HWS zeigten degenerative Veränderungen atlantodental sowie ab C4/C5, wobei hier sowohl die Fazettengelenke, die Wirbelkörper als auch die Bandscheiben betroffen seien. Eine Einengung neuraler Strukturen finde sich konventionell-radiologisch jedoch nicht. Am rechten Schultergelenk liege eine Impingement-Symptomatik bei degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschette vor, wobei sich klinisch keine Insuffizienzzeichen zeigten. Am linken Schultergelenk habe eine Ruptur der langen Bizepssehne proximal stattgefunden, was erfahrungsgemäss nicht zu funktionell relevanten Einschränkungen führe. Die Gesundheitsschäden im Bereich der LWS und der HWS seien als mittelgradig einzustufen. Es müsse jedoch darauf hingewiesen werden, dass wohl degenerative Veränderungen vorlägen, die eine Schmerzsymptomatik bewirken könnten. Nicht erklärbar seien jedoch die nicht dermatombezogenen Sensibilitätsstörungen und die Verminderung der groben Kraft an den Extremitäten. Es fänden sich keine relevanten muskulären Atrophien, auch könnten keine Umfangdifferenzen nachgewiesen werden, welche eine Kraftverminderung und dadurch einen Mindergebrauch der entsprechenden Aktivität bewirken respektive erklären könnten. Die degenerativen Veränderungen am Achsenskelett hätten im Vergleich zum Jahr 2015 (und damit auch zum Jahr 2010) an Intensität zugenommen, es lasse sich damit jedoch nicht eine verminderte Funktion erklären. Diese Beurteilung erweist sich mit Blick auf die Ergebnisse der durchgeführten und gewürdigten bildgebenden Untersuchungen sowie der erhobenen Befunde als einleuchtend. Der orthopädische Experte vergleicht anschliessend das aktuelle Zustandsbild mit demjenigen zum Vergleichszeitpunkt (Gutachten von Dr. med. K. \_\_\_ vom 7. Januar 2010; IV-Nr. 116) und listet dies tabellarisch auf. Gestützt auf diese Tabelle mit Gegenüberstellung der damals und aktuell angegebenen Beschwerden sowie der damals und aktuell erhobenen Befunde kommt der orthopädische Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass der Beschwerdeführer im Bereich des Bewegungsapparates wohl vermehrte Schmerzen beklagt, diese allerdings durch die klinischen Untersuchungsbefunde und die bildgebenden Verfahren nicht objektiviert werden können. Unter diesen Umständen ist von einem unveränderten Gesundheitszustand auszugehen, sodass die früheren Einschätzungen zu übernehmen sind. Auch diese Schlussfolgerung erweist sich als plausibel.

Der orthopädische Gutachter schätzt das Achsenskelett des Beschwerdeführers als vermindert belastbar ein. Nach dreimaliger Spondylodese im unteren LWS-Abschnitt und aufgrund der degenerativen Veränderungen sowohl im Bereich der LWS wie auch der HWS sei mit bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen zu rechnen. Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sei nur deutlich erschwert möglich. Aufgrund der an der rechten Schulter bestehenden Impingement-Symptomatik könne die dominante rechte obere Extremität bei belasteten Bewegungen und bei Bewegungen oberhalb der Horizontalebene nur eingeschränkt eingesetzt werden. Unter diesen gegebenen Umständen sei weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von 90 % in der Tätigkeit als selbständiger Händler von Occasions-Autos und -Motorrädern auszugehen. Diese Arbeitsunfähigkeit habe im Verlauf der letzten Jahre keine Veränderung erfahren. Die aktuell ausgeübte Tätigkeit sei als gut leidensangepasst anzusehen, so dass auch hier von einer Arbeitsfähigkeit von 90 % auszugehen sei.

5.5 In der internistischen Untersuchung konnten sodann keine relevanten Befunde erhoben werden. Anamnestisch bestünden keine Beschwerden. Im Rahmen der aktuellen Begutachtung seien eine Hyperurikämie, Adipositas Grad II und ein Verdacht auf eine arterielle Hypertonie zu äussern, dies habe jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Auch diese Einschätzung erweist sich als schlüssig und sie wird auch von Seiten des Beschwerdeführers nicht in Zweifel gezogen.

5.6 Nach dem Gesagten zeigt sich, dass die in den einzelnen Teilbegutachtungen vorgenommenen Beurteilungen sich als schlüssig erweisen und darauf abgestellt werden kann. Das Gleiche gilt für die gemeinsam vorgenommene Konsensbeurteilung. Demgemäss zeigt sich in orthopädischer Hinsicht gegenüber dem Vergleichszeitpunkt im Jahr 2010 keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes. In neurologischer Hinsicht entspricht der Zustand demjenigen der ersten neurologischen Beurteilung im Jahr 2017. Aus psychiatrischer Sicht hat sich der Gesundheitszustand seit der letzten materiellen Rentenprüfung verbessert. Aus allgemein-internistischer Sicht ergeben sich keine die Arbeitsfähigkeit limitierenden Beschwerden. Aus orthopädischer Sicht besteht eine gleichbleibende Einschränkung. Gesamtgutachterlich wird von einer Arbeitsfähigkeit von 90 % in der Tätigkeit als selbständiger Händler von Occasions-Autos und -Motorrädern ausgegangen, wobei sich im Verlauf der letzten Jahre bzw. seit der Begutachtung 2010 keine gravierenden Änderungen der Funktionseinschränkungen und somit für die Arbeitsunfähigkeit ergeben haben. Die Gesamt-Arbeitsunfähigkeit von 10 % ergibt sich aufgrund der orthopädischen Funktionseinschätzungen durch das vermindert belastbare Achsenskelett und die degenerativen Veränderungen.

Somit ist die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zu Recht von einer gesamthaften Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgegangen. Während in somatischer Hinsicht der Gesundheitszustand keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Veränderung erfahren hat, hat er sich in psychischer Hinsicht verbessert. Die Arbeitsfähigkeit beträgt in der als leidensangepasst anzusehenden derzeitigen Tätigkeit insgesamt 90 %, wobei sie zum Vergleichszeitpunkt 75 % betrug. Folglich ist der Rentenanspruch allumfassend neu zu prüfen (vgl. E. II. 3.4 hiervor). Insofern ist das Vorbringen des Beschwerdeführers, die nachstehend (E. II. 6) zu diskutierende Bemessung des Invaliditätsgrades sei gestützt auf den rechtskräftig gerichtlich beurteilten IV-Grad von 38 % vorzunehmen, nicht stichhaltig. Der Invaliditätsgrad ist neu zu ermitteln.

## E. 6

6.1 Inhaltlich ist der von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Einkommensvergleich unbestritten geblieben (auch hinsichtlich der Frage, ob der Beschwerdeführer die verbleibende Restarbeitsfähigkeit voll ausschöpft und ob ihm die Aufgabe der selbständigen Tätigkeit zumutbar ist). Er ist auch nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer kann seine ursprüngliche Tätigkeit als selbständiger Autohändler mit Autoreparaturwerkstatt seit Jahren nicht mehr ausüben. Für das Valideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin auf die in den Urteilen des Versicherungsgerichts errechneten Einkommenszahlen abgestellt und diese an die Nominallohnentwicklung bis 2018 angepasst. Dies ergibt ein Valideneinkommen von CHF 71'126.00.

6.2 Der Beschwerdeführer arbeitet in einer grundsätzlich leidensangepassten Tätigkeit als selbständiger Händler von Autos und Motorrädern. Er könnte diese Tätigkeit im Umfang eines 90 % Pensums ausüben, ist jedoch nur während einer bis zwei Stunden täglich tätig. Er übt somit keine an sich zumutbare Erwerbstätigkeit aus bzw. schöpft seine Möglichkeiten nicht aus. Bei dieser Sachlage können Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden. Der von der Beschwerdegegnerin konkret angewendete Tabellenlohn (LSE 2016, TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer) erscheint im Lichte des Zumutbarkeitsprofils korrekt und auch die Aufrechnung der Wochenstunden und der Nominallohnentwicklung ist korrekt erfolgt. Zusätzlich hat die Beschwerdegegnerin einen leidensbedingten Abzug von 10 % gewährt, wie es auch der Beschwerdeführer beschwerdeweise für angebracht hält, und damit ein Invalideneinkommen von CHF 54'631.00 errechnet (90%-Pensum). Der Invaliditätsgrad beträgt somit 23 % und es besteht kein Rentenanspruch.

7. Der Beschwerdeführer lässt keine Eingliederungsmassnahmen beantragen. Er hat im Rahmen der Begutachtung in Bezug auf die berufliche Tätigkeit dargelegt, dass er gerne arbeiten würde. Allerdings sei das, was er jetzt erledige, das für ihn maximal Mögliche und die für ihn am besten geeignete Arbeit. Als Vorteil seiner selbständigen Tätigkeit sehe er die Tatsache, dass er sich einrichten könne, wann und wie er seine Arbeit erledigen wolle. Dies sei in einem Angestelltenverhältnis in der heutigen Arbeitswelt nicht möglich, so dass er sich eine derartige Tätigkeit gar nicht vorstellen könne (IV-Nr. 214.1 S. 36). Vor dem Hintergrund dieser Ausführung erscheint die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen nicht zweckmässig, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhält. Zusammengefasst ist die Beschwerde abzuweisen.

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

## **E. 8**

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). 8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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