

SO_GERICHTE VSBES.2020.96 vom 6. April 2020

SO Obergericht, 2020-04-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.96

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.96 du 6 avril 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.96 del 6 aprile 2020

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geb. 1961, meldete sich am 7. März 2018 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Bezug von IV-Leistungen (berufliche Integration / Rente) an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Als gesundheitliche Beeinträchtigung wurde Nierenkrebs angegeben. Weiter wurde vom Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 9. September 2017 angegeben. Der Beschwerdeführer arbeitete zuletzt im Gartenbau bei der Firma C.____ AG.
1.2 Im Verlauf nahm die Beschwerdegegnerin verschiedene Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor. Sie holte den Arbeitgeberfragebogen der Firma C.____ AG vom 5. April 2018 (IV-Nr. 8) ein, führte am 13. April 2018 mit dem Sohn des Beschwerdeführers ein telefonisches Kurzintake durch (IV-Nr. 9) und holte die Akten des Taggeldversicherers des Beschwerdeführers ein.
1.3 Am 1. November 2018 veranlasste die Taggeldversicherung des Beschwerdeführers ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie. Der Gutachtensbericht vom 20. Dezember 2018 wurde an die Beschwerdegegnerin weitergeleitet (IV-Nr. 21).
1.4 Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. IV-Nr. 20) liess die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer polydisziplinär begutachten (Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Onkologie, Urologie). Dieses Gutachten wurde durch die Begutachtungsstelle E.____ am 4. November 2019 erstattet (IV-Nr. 34.1 – 34.8).

E. 2

Eventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zur Vornahme weiterer Abklärungen zurückzuweisen.

E. 3

Unter o/e-Kostenfolge. 4. Am 25. August 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin unter Verweis auf die Akten und die Begründung in der angefochtenen Verfügung, die Beschwerde sei abzuweisen (A.S. 21). 5. Am 9. September 2020 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 23 ff.). 6. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.
1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügungen am 6. April 2020 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366). 2. 2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.; IV-Nr. 49) dar, die Abklärungen hätten ergeben, dass inzwischen keine medizinischen Diagnosen mehr vorlägen, welche aus

invalidenversicherungsrechtlicher Sicht eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Es sei dem Beschwerdeführer wieder möglich, die angestammte Tätigkeit als Steinarbeiter Gartenbau sowie jede andere Tätigkeit vollschichtig, ohne Leistungseinschränkungen auszuüben. Es liege somit keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor. Es bestehe daher auch kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Zu den Einwänden nehme man wie folgt Stellung: Hinsichtlich Anamnese, Befund und Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie hinsichtlich der Begründung der daraus gezogenen Schlussfolgerungen gebe der gutachterliche Bericht vom 4. November 2019 ausreichend Auskunft. Widersprüche zwischen den erhobenen Befunden und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen seien nicht erkennbar. Ferner seien die darin enthaltenen Feststellungen und Beurteilungen einsichtig und verständlich gemacht worden. Auf diesen Bericht könne daher abgestellt werden (BGE 125 V 351 E. 3a), zumal es unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 124 I 170 E.

E. 4

Prostatavergrösserung - (TRUS) ca. 55 ml - St. u. Tamsulosin-Therapie seit 07/2018 - St. n. Urethrozystoskopie 07/2018: Bilobär eingeengte prostatistische Harnröhre von ca. 3.5 cm Länge, unauffällige Blasenschleimhaut - St. n. vierwöchiger antibiotischer Therapie mit Ciproxin bei Verdacht auf Prostatitis Typ 3a (entzündlich, kein Erregernachweis) - PSA-Wert 07/2019: 1,77 pg/I (Vorwert 04/2018: 1.5 p g/l)

E. 5

Diabetes mellitus Typ II - HbA1c aktuell 6.7 % (zufriedenstellende Blutzuckereinstellung)

E. 6

Adipositas (BMI 34.1 kg/m²)

E. 6.2

Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt:

E. 6.2.1

Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, führte im allgemeininternistischen Teilgutachten nachvollziehbar aus, weshalb aus allgemeininternistischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung nicht attestiert werden könne (IV-Nr. 34.3, S. 6 f.). So stünden die Abdominalschmerzen, die Miktionsproblematik des Exploranden und seine ausgeprägte Müdigkeit ganz im Vordergrund. Anlässlich der allgemein-internistischen Exploration habe der Explorand seit der Operation Ende 2017 konstant verspürte Schmerzen im Bereich des Abdomens von inguinal nach oben aufsteigend, Berührungsschmerzen des Hodens und einen vor allem im Gehen verspürten Schmerz im Bereich des unteren Hemiabdomens rechts mit Ausstrahlung in den rechten Unterschenkel beklagt. Ein organisches Korrelat für diese Beschwerden könne aber nicht identifiziert werden, klinisch habe sich eine diffuse Druckdolenz über dem ganzen Abdomen mit ausgeprägter generalisierter Berührungsempfindlichkeit gezeigt, labormässig hätten sich keine erhöhten Entzündungszeichen finden lassen. Ein im Februar 2019 durchgeführtes CT Abdomen habe keinen Hinweis auf ein Tumorrezidiv, keine Lymphknoten- oder Fernmetastasen und einen unauffälligen Befund gezeigt, so dass am ehesten von funktionellen Schmerzen auszugehen

sei, welche sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit des Exploranden auswirkten. Bezüglich Miktionsproblematik sei auf das urologische Teilgutachten verwiesen. Aus allgemein internistischer Sicht führten der Diabetes mellitus Typ 2, die Adipositas, die leichte Hepatopathie, die leichte Niereninsuffizienz und der fortgesetzte Nikotinkonsum schädlicher Gebrauch nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bezüglich möglichem Vorliegen einer Cancer-related Fatigue werde auf das onkologische und psychiatrische Teilgutachten verwiesen. Die Feststellung des allgemeinmedizinischen Gutachters ist nachvollziehbar und plausibel.

6.2.2 Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung vom 14. Mai 2019 berichtete der Beschwerdeführer, er habe vor allem grosse Angst, dass die rechte Niere nun auch erkrankte. Ausserdem sei mit seiner Prostata etwas nicht in Ordnung, wie ihm gesagt worden sei, solle auch diese operiert werden. Dafür werde er demnächst aufgeboten. Derzeit fänden alle drei bis vier Monate CT-Kontrollen wegen des Tumors, den er bereits hatte, statt. Dabei warte er auf ein erneutes Aufgebot. Nach dem nächsten CT solle die definitive Entscheidung für die Operation gefällt werden, die aber bereits jetzt als unausweichlich geschildert worden sei. 57 Jahre sei er nie beim Arzt gewesen und seitdem habe er nie mehr Ruhe gehabt. Zwar sei vor sechs Jahren eine Knieoperation gemacht worden und links am Thorax etwas an der Haut entfernt worden, aber danach sei er ja wieder arbeitsfähig gewesen. Er leide sehr unter dem Brennen seiner Beine, weshalb er die Bettdecke nicht toleriere und schlecht schlafen könne. Wegen der Probleme beim Wasserlassen könne er nicht weit von der Wohnung weggehen und das Wasser komme immer nur «stop-and-go», auch habe er Probleme mit den Hoden, was sein Spezialarzt für dieses Thema auch genau wisse. Der Beschwerdeführer vergesse oft, was ihm seine Frau aufgetragen habe, vom Einkaufen zu bringen, oder er vergesse das Geld oder die Schlüssel. Das sei ihm früher nie passiert. Auch andere Aufgaben, die ihm die Frau auftrage, vergesse er. Schlimm sei für ihn auch, dass er seit der Operation keinen Geschlechtsverkehr mehr habe. Das sei ihm auch peinlich. Insgesamt habe er es auch mit der Familie nicht mehr so gut wie früher, er schäme sich ja für seinen Zustand. Er sei ständig erschöpft und habe keine Kraft mehr. Er kreise mit den Gedanken immer um die finanzielle Sorge, dass er nur mit CHF 1'900.00 bei einer Miete von CHF 1'600.00 seinen Lebensunterhalt nicht mehr bestreiten könne, und wisse nicht mehr, wie es weitergehe. Er habe die Hoffnung verloren. Sein Leben sei kalt geworden. Zum Tagesablauf berichtete der Beschwerdeführer, er stehe etwa morgens um 07:00 Uhr auf. Er messe den Zucker, nehme die Tabletten ein, trinke einen Kaffee und mache sich dann frisch mit Zähne putzen. Etwa eine Stunde später esse er erst etwas. Vor der Medikamenteneinnahme esse er typischerweise noch ein Stück Brot. Im Laufe des Vormittags gehe er dann etwa 300 m in ein nahegelegenes Kaffee, wo er sich mit Kollegen treffe. Zum Mittagessen gehe er dann wieder nach Hause. Die Ehefrau bereite das Mittagessen zu und es gebe um 12:00 Uhr das Mittagessen. Anschliessend gehe er mit der Frau etwas spazieren. Er versuche sich danach etwas hinzulegen, kurz darauf beginne wieder das „Feuer in den Beinen“, weshalb er nicht liegen bleiben könne. Daher müsse er wieder aufstehen und sich etwas bewegen. Er müsse dann häufig seine Beine ab duschen, da sie regelrecht brennen. Er finde weder richtig in der Wohnung noch richtig draussen seine Ruhe. Er pendle zwischen beidem hin- und her. Um 18:00 Uhr gebe es Abendessen bis 18:30 Uhr, das sei schon immer so gewesen. Er esse aber wenig und nehme danach seine Tabletten ein. Er lege sich zwischen 23:00 Uhr und 23:30 Uhr ins Bett, wälze sich dann aber häufig lange herum, bis er wieder aufstehen müsse. Er nehme ungern die von der Psychiaterin verordneten Medikamente, da er die Vorstellung habe, sich selbst zu schaden. Er halte es lieber aus. Er wache ständig auf, alle gute Stunde

müsse er aufstehen zum Wasserlassen, zwei Stunden am Stück schlafe er nie durch. Er sei daher am nächsten Morgen nicht nur total müde, sondern auch erschöpft. Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychopathologischen Befund nach AMDP fest, der Explorand sei wach, bewusstseinsklar und zu allen vier Qualitäten voll orientiert. Die Auffassungsgabe sei bei einfacher Struktur bezüglich einfacher Sachverhalte intakt, wobei ihn komplexere Sachverhalte schnell an seine Grenze brächten. Das Konzentrationsvermögen sei insgesamt deutlich nachlassend. Das Altgedächtnis sei unscharf. Traumatische Erinnerungen würden nicht berichtet. Eine formale Denkstörung im eigentlichen Sinne bestehe nicht. Von gesundheitsbezogenem Grübeln, vor allem des Nächtens, werde berichtet. Befürchtungen richteten sich auf die finanzielle, aber auch gesundheitliche Zukunft. Zwangsverhalten, Zwangsgedanken und Zwangsimpulse seien nicht eruierbar. Klinisch bestünden keine Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschung oder Ich-Störung. Die Affektivität sei nicht wesentlich beeinträchtigt. Eine Ein- und Durchschlafstörung werde angegeben. Sie sei durch die häufige Nykturie, aber auch den angegebenen Dysästhesien der Beine verstärkt. Der Antrieb sei im Gespräch weitgehend ungestört. Sozial sei er im Freundeskreis und in der Familie eingebettet. Kein Hinweis auf Selbstschädigung oder Suizidalität. Krankheitseinsicht bezüglich psychischer Einschränkungen sei nicht vorhanden. Appetit mässig, Somatik bekannt. Der Schmerz zum Gutachtensbeginn sei auf der VAS deutlich weniger als 5 gewesen, im Gutachtensverlauf sei er auf 5 angestiegen, dieses Phänomen kenne er von den anderen Gutachtensgesprächen auch. Morgens habe er typischerweise VAS 2 beim Aufwachen, das sei dann abends nicht unbedingt mehr. Die primäre prämorbid Persönlichkeitsstruktur des Exploranden sei anamnetisch und fremdanamnestisch unauffällig. Er stamme aus einer dörflichen Gemeinschaft und sei mit vier Geschwistern innerhalb einer Grossfamilie gross geworden, in der er Geborgenheit und interpersonelles Vertrauen mit auf den Weg bekommen habe. Bis heute sei er mit seiner von den Eltern ausgesuchten Ehefrau in erster Ehe verheiratet und pflege stabile Beziehungen sowohl zu ihr, als auch zu seinen Geschwistern und seinen Kindern. Er habe einen Freundeskreis, mit dem er sich täglich im Café treffe. Er sei zuletzt 18 Jahre beim gleichen Arbeitgeber beschäftigt gewesen, was eine gute Arbeitsleistung und gegenseitige Zufriedenheit impliziere. Kein Anhalt für interpersonelle Konfliktfelder oder psychopathologische Auffälligkeiten der Persönlichkeit. Dr. med. M.____ gelangt zum Schluss, eine psychiatrische Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei rein fachpsychiatrisch weder beweisbar noch widerlegbar, weshalb er keine Diagnose aus seinem Fachgebiet stellt. Der Psychiater führt in seinem Teilgutachten die Cancer-related Fatigue-Symptomatik (ICD-10 G93.3) als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf. Dafür führte er zwei psychiatrische Zusatzuntersuchungen durch; zum einen führte er ein diagnostisches Interview für tumorassoziierte Fatigue (DICRFS) (nach Cella et al. 1998 und in Anlehnung an Yeh et al. 2011) und zum anderen liess er den Beschwerdeführer den FACIT-F-Selbstbeurteilungsfragebogen (FACIT-F: „Functional Assessment of Cancer Therapy-Fatigue-Scale“) ausfüllen. So hat der Beschwerdeführer nach Auswertung des genannten Fragebogens einen Summenwert von 6 erzielt. Ein hoher Score bei diesem Fragebogen bedeute insgesamt gute Lebensqualität und positive Krankheitsbewältigung. In der entscheidenden Subskala „zusätzliche Faktoren“ weisen gesunde Vergleichspersonen einen Score von 40, eine Abweichung von 10 (= eine Standardabweichung) und mehr nach unten spreche für ein Fatigue-Syndrom. Der vom Beschwerdeführer erzielte Wert stelle eine Abweichung von mehr als drei Standardabweichungen gegenüber der Durchschnittsbevölkerung dar. Das Ausmass der anlässlich der Zusatzuntersuchungen

festgestellten Fatigue-Symptomatik sei nach Auffassung von Dr. med. M.____ aufgrund der nicht gegebenen Validität der Angaben des Exploranden, vor allem bezüglich der Inkontinenz, nicht quantifizierbar. Daher sei unklar, wie weit sie ihn bezüglich seiner körperlichen Leistungsfähigkeit einschränke. Mit Blick auf die beschriebenen Inkonsistenzen ist die Schlussfolgerung des Gutachters plausibel: So fiel dem psychiatrischen Gutachter in seiner Konsistenzbeurteilung (IV-Nr. 34.4, S. 12) auf, dass im Vergleich mit dem urologischen Bericht (IV-Nr. 34.7) kein Anhalt für eine somatische Ursache der berichteten Miktionsbeschwerden und Inkontinenz gegeben sei. Anlässlich der urologischen Begutachtung wurde hinsichtlich der Blasen Speicher- und Entleerungssymptomatik bei unklarem Befund eine Videourodynamik zur Objektivierung durchgeführt, welche aber kein Korrelat für die vom Patienten beschriebenen Beschwerden dokumentiert (vgl. IV-Nr. 34.7, S. 5 und 8). Da die Müdigkeit vom Beschwerdeführer insbesondere auf das häufige Aufstehen zum Wasserlassen in der Nacht zurückgeführt wird (vgl. IV-Nr. 34.4, S. 5), ergibt sich hier in der Tat eine Diskrepanz zwischen Befund und Anamnese. Des Weiteren ist auch die Annahme des psychiatrischen Gutachters, wonach die Nicht-Einnahme der von der behandelnden Psychiaterin verordneten Medikation als möglicher Hinweis auf einen geringeren Leidensdruck gewertet werden könnte, plausibel, zumal der Beschwerdeführer selber berichtet, er nehme ungern die von der behandelnden Psychiaterin verordneten Medikamente, da er die Vorstellung habe, sich selber zu schaden. Er halte es lieber aus (vgl. IV-Nr. 34.4, S. 5). Auf die Nicht-Einnahme seiner schlaffördernden Medikation angesprochen, hat der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vehement deutlich gemacht, dass für ihn psychiatrische Medikamente mehr oder weniger für „Verrückte“ seien und nicht für ihn. Er würde es lieber aushalten, glaube, die Medikation schade ihm und für ihn sei die Medikamenteneinnahme psychiatrischerseits gleichzusetzen mit Verrücktheit. Noch nie habe irgendjemand in seiner Familie mit dem Psychiater zu tun gehabt, bzw. psychiatrisch behandelt werden müssen (vgl. IV-Nr. 34.4, S. 6). Es ist daher nachvollziehbar, wenn Dr. med. M.____ davon ausgeht, es bestehe beim Beschwerdeführer ein geringerer Leidensdruck als von diesem angegeben. Auch ergäben sich Diskrepanzen im Vergleich der geriatrischen Befunde mit den beiden psychometrischen Instrumenten, da der Beschwerdeführer bezüglich Antrieb, Sprachtempo, Sprachmodulation, Mimik und Psychomotorik wesentlich analgetischer gewirkt habe als im Antwortverhalten abgebildet. Zusammengefasst ist die Beurteilung von Dr. med. M.____, wonach rein fachpsychiatrisch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit weder beweisbar noch widerlegbar sei, plausibel. Ausserdem zeigten sich im fachärztlich erhobenen Befund keine namhaften Auffälligkeiten und es konnten insbesondere die Hauptkriterien einer depressiven Störung nicht bestätigt werden. Dies deckt sich auch weitestgehend mit den im Gutachten von Dr. med. D.____ vom 14. November 2018 erhobenen Befunden und Feststellungen (vgl. IV-Nr. 21, S. 11 f.). So geht Dr. med. D.____ beim Beschwerdeführer diagnostisch zwar von einer Anpassungsstörung aus, welche inzwischen remittiert sei. Jedoch kommt auch Dr. med. D.____ in seiner Beurteilung zum gleichen Schluss wie Dr. med. M.____, wonach keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne (IV-Nr. 21, S. 12 ff.). Die unterschiedliche Diagnosestellung ist vorliegend nicht von Belang, denn invalidenversicherungsrechtlich kommt es grundsätzlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; Urteil 8C_112/2018 vom 24. April 2018 E. 4.3). Massgebend ist in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit

verbundenen Funktionseinschränkungen (Urteile 9C_59/2016 vom 6. Januar 2017 E. 6.1, 9C_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1 mit Hinweisen und 9C_474/2017 vom 4. Oktober 2017 E. 4.1). Es ist daher keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu diagnostizieren. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsnotwendigkeit ist nicht zu erkennen. Gestützt auf dieses beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E).

E. 7

Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1)

E. 7.1

S. 429). 6.2.3 Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung wurden ebenfalls keine Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert (IV-Nr. 34.5, S. 6). Der rheumatologischen Beurteilung (IV-Nr. 34.5, S. 6 f.) kann entnommen werden, in der klinischen Untersuchung fänden sich keine Hinweise auf eine Radikulsymptomatik, auf ein Facettensyndrom oder auf relevante diskogene Schmerzen, dies unter anderem bei fehlendem segmentalem Befund. Gemäss der vorhandenen Bildgebung in der Aktenlage seien im Bereich der BWS und LWS (ohne nähere Spezifizierung) leichte degenerative Veränderungen erwähnt worden. Wirbelkörpervermindernungen seien nicht zur Darstellung gekommen, dies entsprechend dem Radiologie-Bericht vom 27. Juli 2018 von Dr. med. O.____, Spital J.____ (E. II. 5.3; IV-Nr. 18, S. 6 f.). Aufgrund der klinischen Befunde würden deshalb die Rückenschmerzen des Versicherten als unspezifisch bezeichnet. Zudem habe der Beschwerdeführer über Schulterschmerzen links berichtet. Diese seien aufgrund der klinischen Untersuchung am ehesten im Rahmen der muskulären Dysbalance zu interpretieren mit lokaler Druckdolenz auf der linken Seite. Hinweise auf eine Rotatorenmanschetten-Läsion lägen nicht vor bei beidseits symmetrisch kräftigem Untersuchungsbefund. Auch Impingement-Zeichen seien nicht vorhanden gewesen. Es fänden sich noch gewisse Zeichen einer Schmerzfehlverarbeitung im Sinne der beschriebenen Waddell-Zeichen, aber auch der in der Statuserhebung erwähnten Gegeninnervationen. Dies sei im Rahmen der Belastungen durch das Tumorleiden zu sehen und werde aus rheumatologischer Sicht nicht stark gewichtet. Aus rheumatologischer Sicht bestünden daher keine relevanten funktionellen Einschränkungen. Obwohl die Kreuzschmerzen schon seit vielen Jahren und auch die Schulterbeschwerden links seit fünf bis sechs Jahren vorhanden seien, habe der Versicherte in seiner körperlich schweren Tätigkeit deswegen keine Einschränkungen erlitten und habe immer mit einem vollen Pensum gearbeitet. Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, leitet aus den dargelegten Befunden und Diagnosen nachvollziehbar ab, dass weder retrospektiv noch aktuell eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen, körperlich schweren und belastenden Tätigkeit im Gartenbau vorhanden gewesen war und ist. Auch in einer anderen Tätigkeit sei der Versicherte aus rein rheumatologischer Sicht aktuell und retrospektiv uneingeschränkt arbeitsfähig. 6.2.4 Die Einschätzung des onkologischen Gutachters, wonach aus onkologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe, lässt sich nicht beanstanden. Bei der Beurteilung hat sich Dr. med. Q.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Medizinische Onkologie, eingehend mit dem Beschwerdebild des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. So berichtete der Beschwerdeführer, dass er beim Arbeiten Schmerzen im Bauchraum, in der linken Schulter, im Hoden und am Gesäss

(Hämorrhoiden) habe. Deswegen könne er schwerere Gegenstände nicht mehr hochheben und tragen. Zudem müsse er jede Stunde Wasser lassen. Das sei bisweilen ein Problem, wenn keine Toilette in der Nähe zur Verfügung stehe. Bei Harndrang komme es auch immer wieder zur Inkontinenz. Die Müdigkeit mache ihm auch zu schaffen, er müsse häufiger Pausen einlegen und sei ganz generell körperlich weniger leistungsfähig deswegen. Auf Nachfrage gebe er an, dass er die Schlafstörung meist nicht behandle, die entsprechenden Medikamente seien nicht nötig, er brauche eigentlich auch keine psychiatrische Behandlung. In seiner Befunderhebung führt der Onkologe an, es gebe klinisch-onkologisch keine Hinweise auf ein Rezidiv des Tumorleidens. Anlässlich der Zusatzuntersuchungen (Fatigue VAS; FACIT F Fatigue Subscale) ergäben sich aber Hinweise auf eine klinisch signifikante Fatigue. Dazu hielt Dr. med. Q. ___ in seiner Beurteilung (IV-Nr. 34.6, S. 6) fest, der Explorand beschreibe eine Symptomtrias Schmerzen-Müdigkeit-Urininkontinenz. In der urologischen und insbesondere urodynamischen Untersuchung hätten eine Urininkontinenz sowie häufiges Wasserlassen nicht objektiviert werden können. Da die Müdigkeit vom Exploranden v.a. auf das häufige Aufstehen zum Wasserlassen in der Nacht zurückgeführt werde, ergebe sich hier eine Inkonsistenz zwischen Befund und Anamnese. Von onkologischer Seite sei die Tumorerkrankung in einem frühen Stadium erkannt und korrekt behandelt worden. Eine Systemtherapie oder eine Bestrahlung hätten nicht stattgefunden. Aufgrund der fehlenden Objektivierung der urologischen Symptomatik, dem frühen Tumorstadium sowie dem Fehlen einer onkologischen Systemtherapie könne keine Diagnose einer Cancer-related Fatigue gestellt werden. Mit Blick auf die onkologischen Befunde erscheint nachvollziehbar, dass sich auf onkologischem Gebiet keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Erkrankung ergibt.

6.2.5 Dr. med. R. ___, Facharzt FMH für Urologie, führte im urologischen Teilgutachten (IV-Nr. 34.7) nachvollziehbar aus, weshalb aus urologischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden kann. Aus urologischer Sicht erfolgte eine eingehende klinische Untersuchung (IV-Nr. 34.7. S. 4 ff.). Unter anderem sei bei unklaren Inkontinenzbeschwerden mit Beginn der Miktionsproblematik nach der Operation im Jahr 2017 eine urodynamische Abklärung erfolgt. Die Videourodynamik vom 16. September 2019 habe aber einen unauffälligen Befund ergeben. Laut dem Urologen bestehe kein urodynamisches Korrelat mit den angegebenen Beschwerden. Die Inkontinenz sei auch anamnestisch nicht nachvollziehbar, da keine Einlagen benutzt würden. In seiner Beurteilung hielt Dr. med. R. ___ fest, beim Exploranden sei im September 2017 eine retroperitoeoskopisch assistierte Nephroureterektomie bei fortgeschrittenem Urothelkarzinom des Ureters sowie des Nierenbeckenkelchsystems durchgeführt worden. Trotz des laparoskopischen minimal invasiven Eingriffes bestünden beim Exploranden weiterhin ubiquitäre abdominelle und Flankenschmerzen sowie eine AZ-Verschlechterung, Kraftminderung und Antriebslosigkeit, Schmerzen im Bereich der Prostata und des äusseren Genitale sowie Miktionsbeschwerden. Die Blasenentleerung sei beim Exploranden kompensiert mit nahezu restharnfreier Blasenentleerung (18 ml) bei bestehender Prostatavergrößerung unter laufender Tamsulosin-Therapie. Die Harnstrahlverhältnisse seien in der Uroflowmetrie ebenso kompensiert mit grenzwertig obstruktivem Charakter. Hinsichtlich der Blasenspeicher- und Entleerungssymptomatik sei bei unklarem Befund eine Videourodynamik zur Objektivierung durchgeführt worden, welche kein Korrelat für die vom Patienten beschriebenen Beschwerden dokumentiere. Die Füllungssensorik sei erhalten. Bezüglich des Urothelkarzinoms des Harnleiters und Nierenbeckens sei eine

regelmässige Guideline-konforme Tumornachsorge mit regelmässigen Urethrozystskopien einschliesslich Spülzytologien und Bildgebungen des oberen Harntraktes erforderlich.

6.2.6 Gestützt auf die die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die Konsensbeurteilung im E. ___-Gutachten zu überzeugen. So hätten objektivierbare Befunde mit funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anlässlich der Begutachtung nicht erhoben werden können. Die primäre prämorbidie Persönlichkeitsstruktur des Exploranden sei anamnetisch und fremdanamnestisch unauffällig. Er stamme aus einer dörflichen Gemeinschaft und sei mit vier Geschwistern innerhalb einer Grossfamilie gross geworden, in der er Geborgenheit und interpersonelles Vertrauen mit auf den Weg bekommen habe. Bis heute sei er mit seiner Ehefrau in erster Ehe verheiratet und pflege stabile Beziehungen sowohl zu ihr, als auch zu seinen Geschwistern und seinen Kindern. Er habe einen Freundeskreis, mit dem er sich täglich im Café treffe. Er sei zuletzt 18 Jahre beim gleichen Arbeitgeber beschäftigt gewesen, was eine gute Arbeitsleistung und gegenseitige Zufriedenheit impliziere. Kein Anhalt für interpersonelle Konfliktfelder oder psychopathologische Auffälligkeiten der Persönlichkeit. Der Explorand sei zeitlebens ein positiver, engagierter und arbeitstätiger Mensch gewesen. Er habe bis 2017 seine Familie aus eigener Kraft ernähren können und interkulturelle Thematiken kompensieren und überwinden können. Er habe positive Beziehungen zu allen Familienmitgliedern und einem Freunden- und Bekanntenkreis gepflegt. Zur Konsistenzprüfung wird von den Gutachtern festgehalten, es bestehe eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Insbesondere für die Abdominalschmerzen und die beklagten Miktionsbeschwerden zeige sich kein pathomorphologisches Korrelat, auch die vom Exploranden angegebenen Kreuzschmerzen seien als unspezifisch einzustufen. Entgegen seinen Angaben scheine der Explorand die verordneten Antidepressiva nicht einzunehmen, sowohl der Serum-Spiegel des verordneten Trazodons wie auch des Flupentixols seien nicht nachweisbar gewesen, so dass erhebliche Zweifel an der Glaubwürdigkeit der anamnestischen Angaben des Exploranden angebracht seien. Zur Arbeitsfähigkeit wird daher nachvollziehbar ausgeführt, in der bisherigen körperlich schweren Tätigkeit im Gartenbau habe vom Zeitpunkt der Diagnosestellung im September 2017 für maximal drei bis sechs Monate postoperativ eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab diesem Zeitpunkt bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit auch in der angestammten Tätigkeit. Auch für andere Tätigkeiten bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

6.3 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre E. ___-Gutachten grundsätzlich als beweiskräftig zu erachten. Daran vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers nichts zu ändern: Der Beschwerdeführer macht geltend, im psychiatrischen Teilgutachten sei auf den Bericht der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. H. ___, vom 19. Februar 2019 (IV-Nr. 23) nicht in rechtsgenügender Weise eingegangen worden. Der Beweiswert einer Expertise setzt voraus, dass die Vorakten Berücksichtigung finden. Der Gutachter hat sich im Rahmen seiner eigenen Beurteilung mit den wesentlichen Vorakten zu befassen, soweit die betreffenden Stellungnahmen – abhängig von ihrem Entstehungskontext – hinreichend substantiiert und nicht unter einem anderen Aspekt offenkundig vernachlässigbar sind. Dass und inwiefern der Sachverständige die Vorakten bei der Untersuchung in seine Überlegungen einbezieht, muss im Text des Gutachtens zum Ausdruck kommen. Die Ausführungen müssen umso ausführlicher ausfallen, je grösser allfällige Divergenzen sind und je unmittelbarer sie für die zu klärenden Belange bedeutsam sind (BGE 137 V 210 E. 6.2.4 S. 270). Es mag zwar zutreffen, dass der Arztbericht der behandelnden Psychiaterin

vom 19. Februar 2019 im psychiatrischen E.____-Teilgutachten nicht konkret genannt wurde. Jedoch besteht kein Zweifel, dass Dr. med. M.____ sein Teilgutachten in Kenntnis des erwähnten Berichts erstellt hat, zumal dieser sowohl in der Konsensbeurteilung (IV-Nr. 34.1, S. 3) als auch im Aktenzusammenzug (IV-Nr. 34.2, S. 5) Erwähnung fand. Was die anderslautende Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die behandelnde Psychiaterin Dr. med. H.____ anbelangt, wonach der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig sei (vgl. E. II. 5.7; IV-Nr. 23), ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und die Rechtsprechung der begutachtenden Person deshalb praktisch einen gewissen Spielraum gewährt, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern dabei lege artis vorgegangen worden ist. Behandelnde und begutachtende Psychiater können, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und – invalidenversicherungsrechtlich entscheidend – deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen. Diese in der Natur der Sache begründete, weitgehend fehlende Validierbarkeit («Reliabilität») psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis sowie bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gemäss ICD-10, kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2009 vom 29. September 2009 E. 3.2). Ferner ist der Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass vorliegend keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet wären, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Sodann gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b cc, 122 V 160 E. 1c); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für die behandelnden Spezialärzte (Urteil des Bundesgerichts 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 2.1 mit Hinweisen). Folglich vermag der Bericht von Dr. med. H.____ vom 19. Februar 2019 die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des psychiatrischen Teilgutachtens nicht in Frage zu stellen. Erneut ist darauf hinzuweisen, dass sich die Beurteilung von Dr. M.____ mit derjenigen von Dr. D.____ deckt. Auch die weiteren in der Beschwerde vorgebrachten Rügen sind nicht geeignet, den Beweiswert der Expertise in Frage zu stellen. In Bezug auf die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der geklagten Beschwerden und den objektiven Befunden ist darauf hinzuweisen, dass in der urologischen und insbesondere urodynamischen Untersuchung eine Urininkontinenz sowie häufiges Wasserlassen nicht objektiviert werden konnten. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass sowohl der urologische, als auch der psychiatrische sowie der onkologische Teilgutachter von einer Diskrepanz zwischen Befund und Anamnese ausgehen, zumal die Müdigkeit vor allem auf das häufige Aufstehen zum Wasserlassen in der Nacht zurückgeführt wird. Dass der psychiatrische Gutachter aufgrund der in seiner Konsistenzprüfung aufgeführten Diskrepanzen (IV-Nr. 34.4, S. 12) das Ausmass der Fatigue-Symptomatik nicht quantifizieren kann, erscheint – wie unter E. II. 6.2.2 ausführlich dargelegt – ebenfalls nachvollziehbar. Die Behauptung, wonach der Rückschluss des behaupteten Aussageverhaltens im Rahmen des urologischen Gutachtens auf die Glaubwürdigkeit im

psychiatrischen Kontext fachmedizinisch nicht abgestützt und deshalb nicht beweiskräftig sei, vermag nicht zu überzeugen, zumal sich der psychiatrische Gutachter auf die urologischen Untersuchungsergebnisse stützte, welche keine auffälligen Befunde ergaben, und nicht auf die getätigten Aussagen des Beschwerdeführers. Schliesslich bringt der Beschwerdeführer vor, dass weniger beim Versicherten als vielmehr beim Experten eine Verdeutlichungstendenz nicht ausgeschlossen werden könne, was die Anspielung auf Verhaltensmuster angehe, die vor allem bei Migranten vermutet werde, womit Zweifel an der Objektivität des psychiatrischen Gutachters vorgebracht werden. Dem kann indes nicht gefolgt werden. Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist, es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Dass Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (Urteil des Bundesgerichts 9C_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109 f.). Im vorliegenden Fall sind keine Umstände ersichtlich, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit von Dr. med. M.____ zu erwecken. Wenn der Gutachter festhält, dass eine Beschwerdeverdeutlichungstendenz nicht ausgeschlossen werden könne, lässt dies nicht auf eine fehlende Unvoreingenommenheit schliessen.

6.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die E.____-Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Damit ist diesem Gutachten auch unter Berücksichtigung der Vorbringen des Beschwerdeführers voller Beweiswert zuzumessen.

7. Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in der Lage ist, seine bisherige Tätigkeit oder eine Verweistätigkeit uneingeschränkt und ganztags auszuüben, um dabei ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (vgl. IV-Nr. 34.1, S. 7). Vor diesem Hintergrund besteht – ohne dass ein Einkommensvergleich durchgeführt werden muss – keine Invalidität und folglich auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente resp. berufliche Massnahmen. Die Beschwerde stellt sich damit als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

8. 8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 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 Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Leichte Niereninsuffizienz mit aktuellem Serumkreatinin von 118 pmol/l (49 – 97) - GFR geschätzt (CKD-EPI) 58 ml/min/1,73 m² (Ätiologie bei St. n. Nephroureterektomie rechts 27.09.2017, eventuell zusätzliche leichte diabetische Nephropathie)

E. 9

Unzureichender Vitamin D-Spiegel

E. 10

Leichte Hepatopathie unklarer Ätiologie (DD medikamentös-toxisch)

E. 11

Rezidivierende unspezifische Kreuzschmerzen - leichte degenerative Veränderungen der Wirbelsäule in der CT-Untersuchung Thorax/Abdomen/Becken vom 27.07.2018, J.____ - Hyperkyphose der BWS - klinische Zeichen eines sogenannt vermehrten Schmerzgebarens (3/5 positive Waddell-Zeichen)

E. 12

Muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits (Trapezius) mit Druckdolenz links

E. 13

Unspezifische periarthropathische Schulterbeschwerden beidseits

E. 14

Spreizfüsse

E. 15

St. n. Burssektomie präpatellär am rechten Kniegelenk ca. 2013 anamnestisch Im September 2017 sei beim Exploranden ein fortgeschrittenes gering differenziertes papilläres Urothelkarzinom des rechten Ureters diagnostiziert worden. Am 27. September 2017 sei eine retroperitoneoskopisch-assistierte Nephroureterektomie rechts erfolgt. Von Seiten seines Tumorleides sei der Explorand rezidivfrei. Seit der Operation beklage er eine Bauchschmerzsymptomatik, Hodenschmerzen, Schlafstörungen und eine ausgesprochen häufige Miktions mit teilweiser Urininkontinenz. Trotz des laparoskopischen minimal-invasiven Eingriffs bestünden beim Exploranden weiterhin ubiquitär abdominelle und Flankenschmerzen sowie eine AZ-Verschlechterung mit Kraftminderung und Antriebslosigkeit, Schmerzen im Bereich der Prostata und des äusseren Genitales sowie den Miktionsbeschwerden. Die Blasenentleerung sei beim Exploranden kompensiert mit nahezu restharnfreier Blasenentleerung (18 ml) bei bestehender Prostatavergrößerung unter laufender Tamsulosin-Therapie. Die Harnstrahlverhältnisse seien in der Uroflowmetrie ebenso kompensiert mit grenzwertig obstruktivem Charakter. Hinsichtlich der Blasenspeicherung und Entleerungssymptomatik sei bei unklarem Befund eine Video-Urodynamik zur Objektivierung durchgeführt worden, welche kein Korrelat für die vom Exploranden beschriebenen Beschwerden dokumentiere. Auch für die Bauchschmerzproblematik finde sich kein Korrelat bei unauffälliger CT-Abdomen-Untersuchung im Februar 2019, insbesondere ohne Hinweise auf Rezidiv, und fehlenden Entzündungszeichen. Die beim Exploranden bestehende Müdigkeit sei möglicherweise auf eine cancer-related Fatigue zurückzuführen. Im FACIT-F-Selbstbeurteilungsfragebogen habe der Explorand zwar einen Summenwert von 6 erzielt, was für ein ausgeprägtes Fatigue-Syndrom spreche, die Beschwerdevalidität des

Exploranden sei jedoch derart eingeschränkt, dass die Müdigkeit nicht zuverlässig quantifiziert werden könne. Entscheidend bei dieser Beurteilung sei, dass die vom Exploranden angegebene Miktionsproblematik im urologischen Gutachten in keiner Art und Weise nachvollzogen habe werden können, so dass nicht auf die anamnestischen Angaben des Exploranden abgestützt werden könne. Weder aus rheumatologischer, psychiatrischer noch allgemeininternistischer Sicht hätten Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. 5.9 In ihrer Stellungnahme vom 24. Februar 2020 (IV-Nr. 45) führte RAD-Ärztin Dr. med. G.____, Fachärztin FMH für Neurologie, aus, die Befunde und die Beurteilung von Gutachter Dr. med. M.____ deckten sich mit denjenigen von Dr. med. D.____, wonach noch keine wesentliche Beeinträchtigung der Affektivität oder andere Depression typische Symptome feststellbar seien. Dr. med. M.____ stelle denn auch keine Diagnose aus seinem Fachgebiet. Aus Sicht des RAD handle es sich bei der Beurteilung durch Dr. med. H.____ um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes. Nachdem zwei psychiatrische Gutachter innerhalb von sechs Monaten keine relevante psychiatrische Störung hätten feststellen können, die Behandlerin aber zwischen diesen Beurteilungen ein depressives Syndrom beschreibe, welches seit April 2018 unverändert sei, mache dies die Einschätzung der Behandlerin unglaubwürdig. 6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre E.____-Gutachten vom 4. November 2019 (IV-Nr. 34.1 – 34.8), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist: 6.1 Das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle E.____ vom 4. November 2019 wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.3) gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Anamnese erhoben haben. Der Beschwerdeführer wurde je einer ausführlichen internistischen, psychiatrischen, rheumatologischen, onkologischen sowie urologischen Exploration unterzogen (vgl. IV-Nr. 34.3 – 34.7). Die geklagten Beschwerden wurden von den jeweiligen Fachärzten ebenfalls berücksichtigt. Wie das Aufführen und Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge erkennen lässt, wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt (IV-Nr. 34.2). Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

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