

SO_GERICHTE VSBES.2021.129 vom 15. Juli 2021

SO Obergericht, 2021-07-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.129

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.129 du 15 juillet 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.129 del 15 luglio 2021

Erwägungen

E. 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 15. Juli 2021 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366).

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

2.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit Oktober 2014 (IV-Nr. 3) geltend gemacht. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 25. März 2015, IV-Nr. 3), was hier im August 2015 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. August 2015 gegeben sein. Damit sind die vom 1. Januar 2012 bis Dezember 2021 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

2.3 Nach der bis Dezember 2021 geltenden Rechtslage haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 S. 349 mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der

Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

3.4 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht seien dem Beschwerdeführer jegliche Tätigkeiten, bei denen mit dem rechten Arm keine Gewichte über 5 kg gehoben oder getragen werden müssten und keine Bewegungen oberhalb der Horizontalen oder hinter der Körperebene vorkämen, voll und ohne Leistungseinschränkung zumutbar. Dem Beschwerdeführer sei es möglich, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Das erwähnte Anforderungsprofil entspreche der Tätigkeit als Polier. Zum Administrativgutachten sowie der ergänzenden Stellungnahme der Begutachtungsstelle E.____ vom 4. Januar 2021 wird ausgeführt, mit der Rückfrage gehe nicht eine gezielte Verbesserung des Gutachtens einher. Die IV-Stelle sei bereits vor Erlass des Vorbescheids vom 1. Oktober 2019 von einem beweiswertigen und aussagekräftigen E.____-Gutachten ausgegangen, welches den Anforderungen an eine Expertise entspreche. Nach erneuter Würdigung der verschiedenen medizinischen Beurteilungen und Stellungnahmen durch die Fachärzte werde an dieser Einschätzung und somit am Beweiswert des E.____-Gutachtens festgehalten.

4.2 Der Beschwerdeführer stellte sich auf den Standpunkt, das E.____-Gutachten sei beweisuntauglich. Der medizinische Sachverhalt sei nicht genügend abgeklärt worden. Die Mängel seien auch von den Dres. G.____ und H.____ in ihrem bidisziplinären Gutachten bestätigt worden. Sie attestierten aus kombiniert neurologisch-rheumatologisch Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Fassadenpolier und in leidensangepasster Tätigkeit eine 80%ige Restarbeitsfähigkeit bei einer Leistungseinschränkung von 20 %. So habe auch RAD-Ärztin Dr. med. F.____ festgehalten, dass aufgrund des Gutachtens der Dres. G.____ und H.____ nicht mehr auf das E.____-Gutachten abgestellt werden könne. Folgerichtig sei dann der Vorbescheid vom 20. März 2020 erlassen und dem Beschwerdeführer die Zusprache einer Invalidenrente in Aussicht gestellt worden. Mit Stellungnahme vom 18. Juni 2020 habe die Beschwerdegegnerin aber wieder behauptet, dass dennoch auf das E.____-Gutachten abzustellen sei. Die Stellungnahme der Beschwerdegegnerin sei ergebnisorientiert und willkürlich abgefasst worden. Es seien qualifiziert unzutreffende und teils aktenwidrige Behauptungen aufgestellt worden, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne. Auch die nachträglich eingeholte Stellungnahme der E.____-Gutachter vom 4. Januar 2021 vermöge

nichts an der Beweisuntauglichkeit ihres Gutachtens zu ändern. Es könne nicht angehen, dass ein ursprünglich mangelhaftes Gutachten im Nachhinein durch dieselben Gutachter nachgebessert werden solle. Auch materiell vermöge die Stellungnahme der E.____-Gutachter nichts an der Mangelhaftigkeit des Gutachtens zu ändern.

5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zu Recht auf das E.____-Gutachten abgestellt hat und gestützt auf dieses einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant:

5.1 Dr. med. J.____, Leitende Ärztin Neurologie, Spital K.____, hielt in ihrem Bericht vom 24. Februar 2015 (IV-Nr. 101, S. 48 ff.) fest, aufgrund der Anamnese könne von einer Kompressionsneuropathie sowohl im Handgelenk rechts als auch über dem Sulcus ulnaris rechts (Karpaltunnelsyndrom, Ulnaris-Rinnensyndrom) ausgegangen werden. Elektrophysiologisch lasse sich eine DD mechanisch bedingte, demyelinisierende Neuropathie des N. ulnaris im Bereich des Sulcus ulnaris rechts nachweisen, elektrophysiologische Hinweise auf ein Karpaltunnelsyndrom rechts zeigten sich nicht, was ein solches jedoch letztlich nicht sicher ausschliesse.

5.2 Dem Bericht der Klinik L.____, [...], vom 3. März 2015 (IV-Nr. 10, S. 1 ff.) lässt sich entnehmen, beim Beschwerdeführer handle es sich um einen Patienten mit typischen Beschwerden eines schweren Carpal-Tunnel-Syndroms, zurzeit vorwiegend rechts, intermittierend auch links. In der angestammten Tätigkeit als Fassadenpolierer sei beim Beschwerdeführer die Arbeitsfähigkeit noch eingeschränkt. Die Beschwerden subjektiv hätten sich bereits erholt. Es sollte noch auf die Meinung des Handchirurgen gewartet werden. Ein Arbeitsversuch in der angestammten Tätigkeit sollte spätestens Mitte März mit 50 % möglich sein, vorausgesetzt, der Handchirurg möchte weiter konservativ behandeln und nicht operieren.

5.3 Am 2. April 2015 unterzog sich der Beschwerdeführer einer Operation (Dekompression des Nervus medianus im Sulcus ulnaris und Karpaldachspaltung rechts; siehe Operationsbericht vom 14. April 2015, IV-Nr. 15.3, S. 10 f.). Gemäss Sprechstundenbericht des Spitals K.____ vom 8. Januar 2016 (IV-Nr. 23, S. 2 f.) persistierten nach der Operation ausgeprägte Schmerzen über dem Ellenbogen sowie eine persistierende Hypästhesie über den Langfinger palmar mit mehr Kraftminderung rechts. Bei klinischer Epicondylitis humeri radialis sei am 29. April 2015 die Infiltration des Epikondylus rechts erfolgt. Die Infiltration habe keinen nennenswerten Effekt gezeigt. Unter der seit der Operation durchgeführten Ergotherapie hätten die Beschwerden ebenfalls persistiert. Eine elektrophysiologische Verlaufsuntersuchung am 6. Juli 2015 habe Hinweise auf eine axiale Schädigung des Nervus medianus gezeigt. MR-tomographisch habe jedoch keine Schädigung bestätigt werden können. Klinisch habe sich im Verlauf eine Verbesserung der Sensibilitätsstörung im Medianus-innervierten Hautbezirk gezeigt. Aufgrund der Schmerzen am Ellbogen sei eine Therapie mittels Lyrika initialisiert worden. Ebenfalls sei der Patient an die Klinik M.____ [...] überwiesen worden. Nach einer Therapie-Serie von perkutanen Nervenstimulationen in Analgosedation sei eine fokussierte Stosswellen-Therapie am rechten Ellenbogen erfolgt. Auch diese Therapien seien gemäss dem Patienten ohne Wirkung geblieben. Aktuell berichte der Patient über eine Hypästhesie über dem palmaren Zeigefinger sowie ausgeprägte Schmerzen über dem gesamten Ellbogen mit Punktum-Maximum über dem Olecranon. Diese bestünden bereits bei leichten

Berührungen sowie bei Bewegungen und Belastungen des Armes. Aufgrund der Beschwerden sei der Patient seit der Operation zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben.

5.4 Am 6. Juli 2015 fand bei Dr. med. J.____ eine weitere neurologische Untersuchung statt. Dem gleichentags erstellten Bericht (IV-Nr. 101, S. 32 ff.) lassen sich die folgenden Diagnosen entnehmen:

- Regrediente Parästhesie Dig IV und V rechts

Die aktuelle klinische und elektrophysiologische Diagnostik zeige zwar klinisch eine Besserung der Beschwerden im Rahmen des Sulcus ulnaris Syndroms links. Der Beschwerdeführer leide allerdings an neuropathisch verursachten Schmerzen mit einer exquisiten Allodynie über der Narbe über dem Sulcus ulnaris mit klassischer, bewegungsabhängiger Exazerbation der Schmerzen. Distal zeige sich sowohl klinisch eine Verschlechterung des Befundes mit objektivierbarem Kraftdefizit in der Fingerflexion Dig I und II sowie neurographisch nachweislicher (nicht lokalisierbarer) axonaler Schädigung des N. medianus. Aufgrund der Anamnese und des St. n. Karpaltunneloperation werde bei rein aufgrund der Neurographie nicht sicher lokalisierbarer Läsion des N. medianus eine Affektion im Bereich des Karpaltunnels vermutet. Aufgrund der ausgeprägten Schmerzen im Vorderarm sei auf eine elektrophysiologische Eingrenzung (Lokalisation der Schädigung des N. medianus mit Nadelmyographien) verzichtet worden. Es werde deshalb vielmehr ein MRI des Handgelenks und des Vorderarmes zur Darstellung des Karpaltunnels / des N. medianus und entsprechender Planung einer etwaigen Reoperation empfohlen. Hinsichtlich der exquisiten allodynschen Beschwerden über der Narbe werde eine rasche Einleitung einer schmerzdistanzierenden Therapie befürwortet, letztlich auch um eine Chronifizierung der neuropathischen Schmerzen zu vermeiden. Aus neurologischer Sicht sei der als Polier tätige Patient zu 100 % arbeitsunfähig. Eine zeitnahe neurologische Beurteilung sei empfohlen bei Persistenz der Beschwerden.

5.5 Am 21. Dezember 2015 erstattete Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, im Auftrag der Taggeldversicherung des Beschwerdeführers ein Gutachten (IV-Nr. 24.4). Dr. med. C.____ stellte darin keine Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Insgesamt würden die vom Versicherten geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar bewertet. Hinweise auf eine psychosomatische oder psychiatrische Affektion seien nicht vordergründig. Im handchirurgischen Konsiliumsbericht vom 20. Oktober 2015 (vgl. IV-Nr. 24.5) werde in der Befundbeschreibung kein relevanter somatisch-pathologischer Befund beschrieben und auf die Einschätzung des Versicherten mit ausgeprägter Druckdolenz über dem gesamten Ellbogen hingewiesen. Die damals beschriebene Hypästhesie im Bereich des rechten Zeigefingers schildere der Versicherte auch anlässlich dieser aktuellen Begutachtung in einem leichtgradigen Ausmass. In diesem Konsiliumsbericht werde auf die Neurostimulation in der Klinik M.____, [...], verwiesen. Mit den in diesem Konsiliumsbericht gemachten Angaben und aufgrund der Ergebnisse dieser aktuellen Begutachtung habe Dr. med. C.____ Mühe, eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, seit dem Zeitpunkt dieser aktuellen Begutachtung nicht mehr eingeschränkt.

5.6 Dem Konsiliarbericht von Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 8. April 2016 (IV-Nr. 41, S. 11 ff.) lässt sich entnehmen, im Gegensatz zu den letzten neurologischen und neurophysiologischen Untersuchungen durch die Neurologin Dr. med. J.____ (2015 und Januar 2016) seien nun vom Nervus medianus wie vom Nervus ulnaris rechts mittels Oberflächenneurographie problemlos sensible Summenpotentiale abzuleiten. Die sensiblen Nervenleitgeschwindigkeiten seien in beiden Nerven durchwegs normal, lediglich die sensiblen Summenpotentialamplituden seien in allen Segmenten erniedrigt, so dass diesbezüglich leider keine präzise lokalisatorische Aussage gemacht werden könne. Der Befund spreche für eine anhaltende, aber relativ geringfügige axonale Schädigung, wobei das Schädigungsausmass nichts über die allenfalls damit verbundenen Schmerzen aussage. Im Rahmen des klinischen Neurostatus seien ■ bei sehr guter Kooperation ■ keine eindeutigen Paresen gefunden worden. Eine leichtgradige Hyposensibilität sei nur noch an der Spitze des Zeigfingers rechts angegeben worden. Ganz im Vordergrund des Beschwerdebildes stehe eine ausgeprägte Hypersensibilität resp. Allodynie über dem Epicondylus lateralis, resp. Olecranon, mit Ausdehnung nach proximal von ca. 7 cm und nach distal von etwas über 10 cm bei einem Querdurchmesser von 6 ■ 7 cm (ovale Ausdehnung). Anatomisch sei dieses Dermatome nur schwer zuortbar und entspreche noch am ehesten dem Innervationsgebiet des Ramus superficialis nervi radialis, und zwar einem Seitenast (da distal nicht betroffen) resp. einem Faszikel des Hauptastes. Ungewöhnlich sei allerdings die Ausdehnung nach proximal und die Breite des Dermatoms, so dass eine Innervationsvariante vorliegen könnte. Auch über eine zentrale Schmerzsensitivierung wäre diese abnorme Ausdehnung erklärbar. Selbstverständlich wäre auch eine rein psychogene Genese möglich, dies werde aber für wenig wahrscheinlich gehalten. Wie es allerdings zu diesem Schaden gekommen sei, bleibe unklar. Ein Tinelzeichen finde man im proximalen Narbenbereich mit Ausstrahlung vor allem ins distale Gebiet der Allodynie (sehr gering nach proximal), dieses helfe aber weder diagnostisch noch lokalisatorisch weiter. Leider sei angesichts der Allodynie an eine Ausmessung des Ramus superficialis nervi radialis nicht zu denken. Sowohl die gesamte Charakteristik der subjektiven Beschwerden wie die diversen objektiven Befunde im Verlaufe der Zeit mit initial nicht ableitbaren und dann wieder zunehmend registrierbaren sensiblen Potentialen bei gleichzeitig subjektiver Besserung der Sensibilitätsstörung sprächen für eine neuropathische Genese dieser Allodynie. Auch die gute Kooperation beim Muskelstatus und bei der sonstigen Untersuchung liessen die Patientenangaben als grundsätzlich glaubhaft erscheinen. Dennoch bleibe die diagnostische Situation genauso unbefriedigend wie die therapeutische.

5.7 Am 12. Mai 2016 fand eine Untersuchung im Institut für Radiologie des K.____ statt (IV-Nr. 113.42). Dr. med. O.____, Radiologin, berichtet von einer vermehrten thoracalen Kyphose, degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und einem Acromion Typ II nach Bigliani sowie einer unauffälligen Darstellung des AC-Gelenkes rechts.

5.8 Am 7. Juni 2016 erfolgte eine Röntgenuntersuchung der AC-Gelenke beidseits im Röntgeninstitut I.____ (IV-Nr. 35.26). Gemäss Dr. med. P.____, Facharzt FMH Radiologie, bestehe in erster Linie eine Zerrung des korakoklavikulären und des akromioklavikulären Ligamentes auf der linken Seite, bei fehlender Zunahme der Distanz in der Panoramaaufnahme mit Gewichten keine Hinweise auf eine vollständige Ruptur.

5.9 Dr. med. Q.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 2. Mai 2017 (IV-Nr. 46) fest, aus der Beurteilung von Dr. med. N.____, wie auch von Dr.med. R.____ sei auf eine wahrscheinlich doch somatisch begründete

Behinderung der rechten Hand zu schliessen, auch wenn eine klare Diagnose nicht möglich sei. Leider bleibe nun unklar, wie sehr sich diese Behinderung wirklich auf die rechte Hand auswirke und vor allem ob der Versicherte seine angestammte, schwere Arbeit als Fassadenisolierer wirklich noch ausüben könnte.

5.10 Am 9. Februar 2018 erfolgte im Röntgeninstitut I.____ eine MRT-Untersuchung der Halswirbelsäule (IV-Nr. 101, S. 14 f.). Dr. med. S.____, Fachärztin FMH Radiologie, berichtet von einer rechtslateralen Bandscheibenhernie HWK 6/7 mit Kompression der rechten foraminalen C7-Wurzel. Weiter bestehe durch osteodegenerative Veränderungen eine mögliche Reizung der linken foraminalen C6- und C7-Wurzeln bei funktioneller Belastung.

5.11 In Auftrag der Unfallversicherung Suva (siehe IV-Nr. 113.15) wurde am 7. September 2018 beim Beschwerdeführer eine MRT Arthrographie des rechten Schultergelenkes durchgeführt. Im dazugehörigen Bericht des Röntgeninstituts I.____ (IV-Nr. 113.12, S. 2 ff.) wird in der Beurteilung angeführt, es bestehe eine diskret aktivierte, geringgradige AC-Gelenksarthrose. Kleine SLAP Läsion, relevante Ansatzendinopathie der Supraspinatussehne mit tiefem bursaseitigem Einriss des Sehnenfusses. Keine transmurale Rotatorenmanschettenverletzung.

5.12 Dem Verlaufsbericht der Klinik M.____ vom 30. Oktober 2018 (IV-Nr. 73) lässt sich entnehmen, bislang seien alle Bemühungen, die Schmerzen zu reduzieren, trotz multimodaler Schmerztherapie mit Pharmakotherapie, non-invasiver Neuromodulation und interventionellen Therapien ineffektiv gewesen. Letzte Therapieoption wäre eine periphere Nervenstimulation PNF mit implantierter Elektrode im Vorderarm Nerven-nah, zu der aber eine Kostengutsprache des Krankenversicherers vorliegen müsste.

5.13 Die Beschwerdegegnerin holte bei der Begutachtungsstelle E.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, welches von dieser am 1. Juli 2019 erstattet wurde (IV-Nr. 90.1 ■ 90.8). Im Gutachten werden als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einzig geringe Restbeschwerden nach CTS-OP rechts (ICD-10 G56.0) genannt. In der Gesamtbeurteilung wird aufgeführt, aus orthopädischer Sicht lasse sich insgesamt keine spezifische Einschränkung objektivieren und es bestehe sowohl für die angestammte Tätigkeit wie auch für andere berufliche Tätigkeiten eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Bei der neurologischen Untersuchung habe sich ein objektiv unauffälliger neurologischer Status mit insbesondere seitengleichen Muskelumfängen der Extremitäten gefunden. Eine leichte Allodynie über der Narbe des operierten Sulcus ulnaris sei nicht auszuschliessen. Weitere Erkrankungen seien auf neurologischem Gebiet nicht feststellbar gewesen. Aus neurologischer Sicht bestehe sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wie auch für andere Tätigkeiten eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe keine psychiatrische Diagnose festgestellt werden können. Insbesondere habe sich keine affektive Störung, keine Abhängigkeitserkrankung, keine neurotische, belastungs- und somatoforme Störung sowie keine Persönlichkeitsstörung gefunden. Es habe bislang nie eine psychiatrische Diagnose festgestellt werden können und die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Auch aus allgemeininternistischer Sicht habe keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können.

5.14 RAD-Ärztin Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 15. August 2019 (IV-Nr. 95) fest, das polydisziplinäre

Gutachten sei nachvollziehbar und schlüssig. Das Gutachten stelle sich als sehr differenziert und die Vorbefunde gut kennend und analysierend heraus. Aus RAD-Sicht könne daher dem E.____-Gutachten gefolgt werden.

5.15 Der Beschwerdeführer veranlasste am 4. November 2019 bei Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Neurologie, und bei Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, ein bidisziplinäres Parteigutachten. Dem neurologisch-rheumatologischen Gutachten vom 4. Januar 2020 (IV-Nr. 104, S. 4 ff.) lässt sich folgende Beurteilung entnehmen: Zusammenfassend liege ein chronisches rechts cervicobrachiales Schmerzsyndrom mit somatischen und nicht somatischen Faktoren vor. In Übereinstimmung mit den Vorgutachten müssten namhafte Inkonsistenzen festgestellt werden. Die im Bereich der Halswirbelsäule beschriebene Pathologie im Bereich des Neuroforamens C6/7 mit Kompromittierung der Nervenwurzel C7 rechts stelle einen organischen Beschwerdekern dar, sie erkläre aber das geltend gemachte diffus ausgedehnte Schmerzsyndrom der rechten oberen Extremität nicht. Zu rekapitulieren sei hier der Umstand, dass ein cervicoradikuläres Reiz- und Ausfallssyndrom klinisch nicht festgestellt werden könne. Immerhin sei die HWS-Pathologie insofern von Bedeutung, als ihr eine reduzierte Belastbarkeit des Achsenskeletts zuzuschreiben sei. Körperlich schwere Verrichtungen sowie insbesondere Verrichtungen mit repetitiver Überkopfstellung der Arme (Kopfreklination) seien ungeeignet, da sie bei massgeblicher Belastung der Halswirbelsäule das Risiko einer Zustands- und Befundverschlechterung beinhalteten.

5.16 RAD-Ärztin Dr. med. F.____ führte in ihrer Stellungnahme vom 20. Februar 2020 (IV-Nr. 106) aus, Dr. med. H.____ nehme für den RAD nachvollziehbar Stellung zu den gesamten vorhandenen medizinischen Berichten, namentlich zu den Gutachten von Dr. med. C.____ vom 21. Februar 2015 und der E.____ vom 1. Juli 2019 und zur Aktenstellungnahme des Kreisarztes Dr. med. T.____ vom 7. Dezember 2017: Im Gutachten von Dr. med. C.____ sei die gesamte Schulterproblematik, weil damals noch nicht vorhanden, nicht mit berücksichtigt worden, ebenso nicht berücksichtigt worden seien von ihm die degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule, da damals ebenfalls noch nicht bekannt. Insofern bilde dieses Gutachten den aktuellen Gesundheitszustand nicht vollständig ab und entsprechend falle auch die Beurteilung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht unterschiedlich aus. Im Rahmen des orthopädischen Teilgutachtens des polydisziplinären Gutachtens durch die E.____ vom 1. Juli 2019 sei auf die klinische Untersuchung, welche damals stark eingeschränkt gewesen sei, und die Röntgenaufnahmen vom 7. Juni 2016 sowie vom 12. Mai 2016 abgestellt worden. Weswegen die damals bereits durchgeführte MR-Arthrographie der rechten Schulter und die MRT-Untersuchung der Halswirbelsäule nicht miteinbezogen worden seien, könne nicht beurteilt werden. Entsprechend falle auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten bzw. deren Einschränkungen unterschiedlich aus. Unter Einbezug der oben genannten Diskussion seien aus RAD Sicht die Voruntersuchungen nicht umfassend. Das rheumatologische Parteigutachten von Dr. med. H.____ hingegen entspreche den Anforderungen, so dass aus RAD Sicht hierauf im Hinblick auf die rheumatologische Situation abgestützt werden könne: 100% AUF in der angestammten Tätigkeit ab 2018, 80% AF in einer optimal angepassten Verweistätigkeit ab 2018.

5.17 Die Beschwerdegegnerin liess die E.____-Gutachter zum radiologischen Bericht vom 7. September 2018 (E. II. 5.11 hiervor; IV-Nr. 113.15) Stellung nehmen. Auf Rückfrage hielten die E.____-Gutachten in ihrer Stellungnahme vom 4. Januar 2021 (IV-Nr. 129) fest,

anlässlich der Begutachtung habe der Versicherte ziemlich diffuse Beschwerden am ganzen rechten Arm beklagt, die sich grösstenteils weder auf orthopädischer noch auf neurologischer Ebene einzelnen anatomischen Strukturen zuordnen liessen. Dazu habe auch beigetragen, dass der Versicherte im Verlauf der Untersuchungen wiederholte Inkonsistenzen gezeigt habe, indem er beispielsweise Bewegungen des Armes in fokussierter Situation nur deutlich eingeschränkt durchgeführt habe, die ihm im spontanen Ablauf aber ohne weiteres möglich gewesen seien. Letztlich ergäben sich somit in Bezug auf den rechten Arm und damit auch die rechte Schulter keine eindeutig objektivierbaren und konstant vorhandenen, funktionell relevanten Einschränkungen, was im Gutachten entsprechend festgehalten worden sei. Zumindest an die bildgebend dokumentierten pathologischen Befunde des Versicherten angepasst seien Aktivitäten, bei denen mit dem rechten Arm keine Gewichte > 5 kg gehoben oder getragen werden müssten und keine Bewegungen oberhalb der Horizontalen oder hinter der Körperebene vorkämen. Zumindest für derart angepasste berufliche Tätigkeiten bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit, das heisse 100 % bezogen auf ein Vollzeitpensum. Darüber hinaus könne vollumfänglich an den Einschätzungen festgehalten werden, wie sie in ihrem Gutachten formuliert worden seien.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem ablehnenden Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre E.____-Gutachten vom 1. Juli 2019 (IV-Nr. 90.1 ■ 90.8), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist:

6.1 Allgemein kann zum polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle E.____ vom 1. Juli 2019 gesagt werden, dass dieses von unabhängigen Fachärzten stammt, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Anamnese erhoben haben. Die geklagten Beschwerden wurden von den jeweiligen Fachärzten ebenfalls berücksichtigt. Hingegen beruht ihre Beurteilung nicht auf sämtlichen vorliegenden medizinischen Akten. So erfolgte am 9. Februar 2018 eine MRT-Untersuchung der Halswirbelsäule (IV-Nr. 101, S. 14 f.). Im Auftrag der Unfallversicherung Suva wurde zudem am 7. September 2018 beim Beschwerdeführer eine MRT Arthrographie des rechten Schultergelenkes durchgeführt (IV-Nr. 113.12, S. 2 ff.). In der Aktenanamnese der E.____-Gutachter findet sich aber keiner der beiden erwähnten Berichte. Erst auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin (IV-Nr. 117) nahmen die E.____-Gutachten am 4. Januar 2021 Stellung zur MRT Arthrographie des rechten Schultergelenkes vom 7. September 2018. Die Beschwerdegegnerin unterliess es jedoch, den E.____-Gutachtern nachträglich auch die MRT-Untersuchung der Halswirbelsäule vom 9. Februar 2018 zur Stellungnahme zu unterbreiten.

6.2 Unabhängig davon sind die jeweiligen Teilgutachten grundsätzlich als beweiswertig zu betrachten: Der internistische Experte legte nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers nachvollziehbar dar, dass aus allgemeininternistischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne (IV-Nr. 90.4). Er stellte aber während der Untersuchung fest, dass der Explorand seinen rechten Arm während der internistischen Untersuchung meist unbeweglich an seinen Körper angelegt gehalten und sämtliche Bewegungen nur mit dem linken Arm gemacht habe, so auch beim An- und Ausziehen. Eine Umfangmessung der Muskulatur an beiden Armen habe keinen Seitenunterschied des Umfangs ergeben, was nicht mit der demonstrierten Schonung des rechten Armes im Einklang stehe. Weitere Inkonsistenzen hätten aus allgemeininternistischer Sicht nicht festgestellt werden können. Die Angabe des

Exploranden, wonach er Strecken bis zu 80 km mit dem Auto selber fahre, stehe ebenfalls im Widerspruch zur demonstrierten Schonhaltung des rechten Arms.

Im orthopädischen Teilgutachten (IV-Nr. 90.5) hielt der Experte fest, das Gangbild auf Treppe und ebenem Terrain sei unauffällig mitsamt den geprüften Gangvarianten. In Anbetracht des gezeigten Kauergangs könne somit bereits zu Beginn der Untersuchung eine noch zumindest ordentlich gut erhaltene Belastungsfähigkeit der unteren Körperhälfte erkannt werden. Auch die detaillierte Untersuchung des Rumpfes ergebe keine Auffälligkeiten mit einer freien Beweglichkeit in alle Richtungen und einem unauffälligen Palpationsbefund. Lediglich die Rumpfmuskulatur müsse als eher leicht dekontioniert betrachtet werden, indem der Explorand den Globaltest nur während < 5 s halten könne, allerdings unter Abstützen ausschliesslich auf dem linken Arm. An den Beinen sei die Untersuchbarkeit trotz anamnestischer Beschwerdefreiheit erschwert mit einer nie vollständigen muskulären Entspannung. Wesentliche Auffälligkeiten ergäben sich dabei nicht, wie dies in Anbetracht des gezeigten Kauergangs auch habe erwartet werden dürfen. Am linken Arm ergäben sich ebenfalls keine Auffälligkeiten mit einer freien Beweglichkeit aller Gelenke bei guter Kraftentfaltung bis in die Peripherie. Am rechten Arm zeigten sich hingegen deutliche Inkonsistenzen, was sich bereits bei der Begrüssung erkennen lasse. So reiche der Explorand dem Untersucher die Hand nur sehr zögerlich, wenige Sekunden später der Dolmetscherin jedoch schwungvoll und ohne erkennbare Einschränkungen. Dieses Verhalten setze sich auch im Folgenden fort, indem in fokussierter Situation der rechte Arm sehr zurückhaltend eingesetzt werde unter häufigem Blick darauf, wohingegen abgelenkt immer wieder flüssige Spontanbewegungen gelangen. Insgesamt entstehe dadurch für den orthopädischen Untersucher der Eindruck einer gewissen Symptomausweitung und Selbstlimitation. Die detaillierte Untersuchung sei entsprechend auch erschwert, ergebe auf orthopädischer Ebene zuletzt allerdings keine eindeutig pathologischen Befunde. An der rechten Schulter könne das Vorliegen eines leichten subakromialen Impingements nur vermutet werden, indem die diesbezüglichen spezifischen Tests nicht eindeutig positiv seien. Auch eine radiale Epikondylopathie am rechten Ellbogen wäre grundsätzlich denkbar, wiederum allerdings ohne eindeutige klinische Befunde. Als klares Zeichen einer nicht wesentlichen Schonung des rechten Armes im Alltag sei zu bewerten, dass der Explorand einerseits symmetrische Umfänge an Ober- und Unterarm aufweise und zudem auch eine leichte Verhärtung der Haut über den ulnaren Metakarpaleköpfchen beider Handflächen, wie sie nur bei regelmässigem bimanuellem Einsatz zu sehen sei. Die vorliegenden Röntgenbilder (Röntgen AC-Gelenk beidseits vom 7. Juni 2016, E. II. 5.8 hiavor; IV-Nr. 35.26) ergäben ebenfalls keine Hinweise auf eine relevante Pathologie im Bereich der rechten Schulter. Zusammenfassend ergäben sich anlässlich der heutigen orthopädischen Untersuchung keine eindeutig pathologischen Befunde am Bewegungsapparat. Unabhängig von der Ätiologie der angegebenen Beschwerden sei allerdings auch aus orthopädischer Sicht eine eindeutige nichtorganische Schmerzkomponente erkennbar, da sich die erwähnten Diskrepanzen zwischen der Untersuchung in fokussierter Situation und dem spontanen Bewegungsablauf anderweitig nicht ausreichend erklären liessen. Auch sei organisch nur unzureichend zu erklären, weshalb sämtliche durchgeführten Behandlungsmassnahmen ohne Erfolg geblieben seien.

Im neurologischen Teilgutachten setzt sich der Experte eingehend mit den vorgängigen Berichten auseinander. In der Beurteilung (IV-Nr. 90.6) wird dargelegt, im April 2014 sei bei dem damals 48-jährigen Exploranden eine Spaltung des Karpaltunneldaches rechts und

eine Dekompression des Nervus ulnaris im Sulcus ulnaris erfolgt. Dieser Eingriff sei im Spital K.____ vorgenommen worden. Der Explorand berichte von einer zuvor blockierten Hand, eine neurologische Untersuchung oder Elektrophysiologie werde von ihm verneint. Von neurologischer Seite erschliesse sich somit die Indikation zu diesem Eingriff nicht hinreichend und ein erstes Fragezeichen ergebe sich mit der im Spital gestellten Diagnose einer Dekompression des Medianus im Sulcus ulnaris und umgekehrt. Hierbei handle es sich offenbar um einen Schreibfehler, aber es sei zu fragen, warum dies dann immer weiter übernommen worden sei, so zuletzt im Bericht des Schmerztherapeuten Dr. med. U.____ im Oktober 2018 (E. II. 5.12 hiervor; IV-Nr. 73). Zu erwähnen sei auch die Annahme einer Epicondylitis wenige Wochen nach dem zweifachen Eingriff, welche nun bis heute fortbestehe. Dies falle in den orthopädischen Teil dieses Gutachtens, wie auch die nicht zuzuordnenden Beschwerden, welche an der rechten Nackenseite, Schulter- und Oberarm rechts angegeben worden seien. Hypothetisch könnte diesbezüglich formuliert werden, dass es nach dem geschilderten Sturz 2016 noch zu einer leichten HWS-Distorsion gekommen sei und diese Beschwerden danach begonnen hätten und inzwischen in Form einer Schmerzfehlerverarbeitung weiter präsentiert worden seien. Es liege ein sehr ausführlicher Bericht des Neurologen Dr. med. N.____ vom 8. April 2016 vor. Dieser beschreibe anhand der Unterlagen initiale Schmerzen in der rechten Hand mit Sensibilitätsstörungen aller Finger und beziehe sich auf eine frühere neurologische Untersuchung durch Frau Dr. med. J.____ unter Einschluss einer Elektrophysiologie im Gegensatz zur Darstellung des Exploranden selbst. Dr. med. J.____ halte auch insbesondere eine normale motorische und sensible Medianus-Neurographie fest. Im Befund von Dr. med. N.____ 2016 seien keine eindeutigen Paresen festgehalten worden und es werde eine lediglich leichtgradige Hyposensibilität an der Spitze des Zeigefingers angegeben. Dies sei kongruent mit dem aktuellen Befund. Es finde sich objektiv ein unauffälliger neurologischer Status und insbesondere die seitengleichen Muskelumfänge der Extremitäten sprächen gegen eine relevante Schonung. Eine leichte Allodynie über der Narbe des operierten Sulcus ulnaris sei nicht auszuschliessen, ansonsten würden vom Nacken her kommende diffuse Schmerzen und eine Epicondylitis-typische Symptomatik geboten. Weitere Erkrankungen seien auf neurologischem Gebiet nicht feststellbar. Der Verlauf sei offensichtlich unglücklich. Es sei zu fragen, warum bei unauffälliger Neurographie des Nervus medianus und lediglich einem klinischen Verdacht mit noch nicht sehr lang dauernder Anamnese nicht ein konservativer Behandlungsversuch durchgeführt, sondern gleich operiert worden sei. Die jetzt gebotenen Beschwerden seien wenig plausibel, zumindest nicht hinreichend vom neurologischen Gebiet erklärbar. Die motorischen und kognitiven Fähigkeiten seien voll erhalten, eine geringe Einschränkung bei Hypästhesie der Volarseite des Zeigefingers rechts für Arbeiten mit besonderer Anforderung an die Feinbeweglichkeit könne vermutet werden, ansonsten seien auch die sensorischen Funktionen intakt. Aus neurologischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Gleichzeitig hält der neurologische Experte fest, eine optimal angepasste Tätigkeit bestehe aus körperlich leichten bis punktuell mittelschweren Arbeiten. Solche Tätigkeiten könne der Beschwerdeführer zu 100 % ausüben.

Schliesslich legte auch der psychiatrische Experte nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers nachvollziehbar dar, dass aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könnte (IV-Nr. 90.7). Insbesondere habe sich keine affektive Störung (ICD-10 F3), keine Abhängigkeitserkrankung (ICD-10 F1), keine neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung (ICD-10 F4) sowie keine

Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F6) finden lassen. Dieser Befund decke sich mit der Aktenlage, gemäss der bislang keine psychiatrische Diagnose festgestellt worden sei. Zu keinem Zeitpunkt sei der Explorand psychiatrisch behandelt worden.

6.3 In der Gesamtbeurteilung (IV-Nr. 90.2) gelangten die Experten zum Schluss, dass der Beschwerdeführer sowohl in seiner bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Dem Exploranden seien sämtliche Tätigkeiten gemäss seiner physischen Konstitution und seinen ausbildungsmässigen Voraussetzungen zumutbar, idealerweise sollte es sich um eine körperlich leichte bis punktuell mittelschwere Arbeit handeln.

In ihrer Stellungnahme vom 4. Januar 2021 (E. II. 5.15; IV-Nr. 129) passten die E.____-Gutachter nach Einsicht in die MRT Arthrographie des rechten Schultergelenkes vom 7. September 2018 das Zumutbarkeitsprofil dahingehend an, dass dem Beschwerdeführer noch Aktivitäten, bei denen mit dem rechten Arm keine Gewichte > 5 kg gehoben oder getragen werden müssen und keine Bewegungen oberhalb der Horizontalen oder hinter der Körperebene vorkommen, zumutbar seien. Zumindest für derart angepasste berufliche Tätigkeiten bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit.

7. Der Beschwerdeführer hat bei Dr. med. G.____ und bei Dr. med. H.____ ein Parteigutachten in den Disziplinen Orthopädie und Neurologie erstellen lassen (IV-Nr. 104, S. 4 ff.).

7.1 Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, keine Zweifel an ihrem Beweiswert. Auch Parteigutachten enthalten Äusserungen eines Sachverständigen, die zur Feststellung eines medizinischen Sachverhaltes beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass eine solche Expertise den gleichen Rang besitzt wie ein vom Gericht oder von der Verwaltung im Rahmen des Abklärungsverfahrens eingeholtes Gutachten. Trotz dieser beschränkten Bedeutung verpflichtet es ■ wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen eine solche Expertise ■ das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob das Parteigutachten in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder von der Verwaltung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3b/dd und c sowie Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 750/05 vom 7. April 2006 E. 1.3).

7.2 An diesem am 4. Januar 2020 erstellten Gutachten haben ebenfalls ausgewiesene Fachärzte mitgewirkt. Sie haben über die vollständigen Akten verfügt und den Beschwerdeführer eingehend untersucht. Dabei wurden auch fachspezifische Zusatzuntersuchungen in Form einer Elektroneurographie (IV-Nr. 104, S. 53 f.) durchgeführt.

7.3

7.3.1 Die subjektiven Angaben entsprechen denjenigen in der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle E.____. So führte der Beschwerdeführer aus, er habe Schmerzen im ganzen rechten Arm, im Bereich der rechten Schulter und rechts im Nacken-Kopf-Bereich. Distal strahlten die Schmerzen bis in alle Finger aus, besonders in den Zeigefinger. Neu

werde eine Spritzbehandlung durchgeführt. Er habe zwei Spritzen im Nacken erhalten. Dies führe zu einer vorübergehenden Schmerzlinderung (IV-Nr. 104, S. 45 ff. und 87 ff.).

7.3.2 Dr. med. G.____ führte in seinem neurologischen Gutachten (IV-Nr. 104, S. 23 ff.) nachvollziehbar aus, dass aus aktueller neurologischer Sicht ein chronisches Schmerzsyndrom der rechten oberen Extremität mit somatischen und nicht somatischen Faktoren vorliege. In Übereinstimmung mit den Vorgutachtern stellte er namhafte Inkonsistenzen fest. Die vom Exploranden geltend gemachte weitgehende Gebrauchsunfähigkeit der rechten oberen Extremität würde vom subjektiv beschriebenen Belastbarkeitsprofil einer funktionellen Einarmigkeit links entsprechen. Eine solche müsste bei längerdauerndem Bestehen, wie es nun seit dreieinhalb Jahren (Schulterverletzung) bzw. seit viereinhalb Jahren (Operation am Ellbogen) bestehe, unweigerlich zu Muskelatrophien führen, welche aber nicht ersichtlich seien. Auch spreche die (bereits von den Voruntersuchern inkl. Dr. med. N.____ festgestellte) seitengleiche Handbeschielung mit deutlichen Gebrauchsspuren gegen eine Gebrauchsunfähigkeit der rechten oberen Extremität, wie sie vom Exploranden geltend gemacht werde. Die Semiologie des in den Akten beschriebenen und vom Exploranden auch heute geltend gemachten Schmerzsyndroms mit Allodynie im Bereich des rechten Ellbogens sei grundsätzlich nach wie vor einer wahrscheinlich neuropathischen Grundlage zuzuordnen. Die funktionelle Relevanz und Auswirkung dieser Neuropathie sei mit Vorsicht zu bewerten: Einerseits lasse sie sich nicht zwanglos einer bestimmten neurogenen Struktur zuordnen; ungewöhnlich (wenngleich nicht ausschliessend für eine Neuropathie) sei zudem der geltend gemachte und auch vom Schmerzmediziner Dr. med. U.____ beschriebene therapierefraktäre Verlauf unter allen aufgewendeten schmerzmedizinischen Massnahmen. Bezüglich der funktionellen Auswirkung relativierend sei schliesslich die Diskrepanz zwischen dem Befund in der formalen Untersuchung sowie dem Anlegen der Blutdruckmanschette und Aufpumpen derselben, welche am distalen Oberarm auch den oberen Bereich des geltend gemachten allodynischen Areals betroffen habe, jedoch zu keiner ersichtlichen Schmerzreaktion geführt habe. Mit der geltend gemachten funktionellen Einarmigkeit bzw. nicht Gebrauchsfähigkeit der rechten oberen Extremität schwierig vereinbar sei schliesslich der Umstand, dass der Explorand gemäss seinen Angaben nach wie vor in der Lage sei, Auto zu fahren; als Limite gebe er immerhin eine Fahrstrecke von 100 ■ 150 km an. Die im Bereich der Halswirbelsäule beschriebene Pathologie im Bereich des Neuroforamens C6/7 mit Kompromittierung der Nervenwurzel C7 rechts stelle einen organischen Beschwerdekern dar, sie erkläre aber das geltend gemachte diffus ausgedehnte Schmerzsyndrom der rechten oberen Extremität nicht. Zu rekapitulieren sei hier der Umstand, dass ein cervicoradikuläres Reiz- und Ausfallssyndrom klinisch nicht habe festgestellt werden können. Immerhin sei die HWS-Pathologie insofern von Bedeutung, als ihr eine reduzierte Belastbarkeit des Achsenskeletts zuzuschreiben sei. Körperlich schwere Verrichtungen sowie insbesondere Verrichtungen mit repetitiver Überkopfstellung der Arme (Kopfreklination) seien ungeeignet, da sie bei massgeblicher Belastung der Halswirbelsäule das Risiko einer Zustands- und Befundverschlechterung beinhalteten.

Zur Arbeitsfähigkeit gibt Dr. med. G.____ an, aus aktueller neurologischer Sicht sei die angestammte Tätigkeit als Fassadenisoleur / Polier ungeeignet bzw. nicht mehr zumutbar. Es handle sich um eine nicht ebenerdige Tätigkeit (Gerüste), die mit Zwangshaltungen und manchmal auch mit schweren körperlichen Belastungen einhergehe. Sie erfordere eine verlässliche Belastbarkeit des Achsenskeletts und kräftige Einsatzfähigkeit beider oberer

Extremitäten. Diese Voraussetzungen seien beim Exploranden unter Berücksichtigung des organischen Beschwerdekerns nicht mehr zureichend gewährleistet. Diese Tätigkeit beinhalte das nicht unerhebliche Risiko eines erneuten Unfalls / einer erneuten Verletzung und zudem das Risiko einer potentiellen Verschlechterung der HWS-Pathologie.

Retrospektiv sei der Beginn der Arbeitsunfähigkeit schwierig zu beurteilen. Gesichert sei die Arbeitsunfähigkeit seit der Dokumentierung der HWS-Pathologie (MRT der HWS vom 9. Februar 2018; E. II. 5.10 hiervor; IV-Nr. 101, S. 14 f.) anzunehmen, unter praktischen Gesichtspunkten arbiträr aber wahrscheinlich bereits seit den operativen Eingriffen an der rechten oberen Extremität vom 2. April 2015. Eine angepasste Tätigkeit sollte auf leichte bis intermittierend mittelschwere Trage-/Hebebelastungen limitiert sein; sie sollte rückenadaptiert sein, ohne Zwangshaltungen des Oberkörpers, ohne repetitive Überkopfstellung der Arme und ohne nicht ebenerdige Verrichtungen. Es sei ferner ein erhöhter Pausenbedarf zu berücksichtigen. In einer diesen Kriterien angepassten Tätigkeit bestehe aus neurologischer Sicht eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit, mit zu berücksichtigender Leistungseinschränkung von 20 %. Retrospektiv bestehe im Anschluss an den Eingriff vom 2. April 2015 während drei Monaten auch in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Daran anschliessend gelte die genannte Einschätzung einer Einschränkung der Arbeits- / Leistungsfähigkeit von 20 %. Unter Berücksichtigung rheumatologischer Faktoren (Unfall mit Schulterprellung vom 9. Mai 2016) habe zeitweise möglicherweise ein höherer Einschränkungsgrad bestanden. Gesichert bestehe das genannte zumutbare Leistungsprofil seit 2018.

7.3.3 Dr. med. H. ___ hielt in ihrem rheumatologischen Gutachten (IV-Nr. 104, S. 71 ff.) fest, der Versicherte selbst klage aktuell über Schmerzen rechts vom Nacken bis in den Zeigefinger ausstrahlend, wobei die Hauptschmerzlokalisationen in der rechten Schulter und dem rechten Ellenbogen lägen. Während der gesamten Anamneseerhebung und spontan habe der Versicherte den rechten Arm am Oberkörper anliegend gehalten, entweder hängend oder im Ellenbogen flektiert. Die rechte obere Extremität sei auch während der gesamten Untersuchung wenig eingesetzt worden. Die Untersuchbarkeit sei eingeschränkt gewesen, nicht nur im Bereich der rechten Schulter und rechten Ellenbogens, sondern auch im Bereich der Halswirbelsäule. Es fänden sich mässige Bewegungseinschränkungen sowie ein mässiger muskulärer Hartspann besonders im Sitzen sowie die bereits früher beschriebene ausgeprägte Berührungsschmerzhaftigkeit im Bereich der Narbe am rechten Ellenbogen nach Dekompression des Nervus ulnaris im Sulcus ulnaris. Wie früher schon liessen sich kräftige Hände mit seitengleicher Beschwielung und, wie auch im Gutachten von Dr. med. C. ___ beschriebenen (vgl. IV-Nr. 24.4), Spuren der Arbeit (aktuell vereinzelte Farbspritzer an beiden Händen) feststellen. Auch die Umfänge im Bereich der oberen Extremitäten seien praktisch seitengleich gewesen, lediglich am rechten Oberarm im Seitenvergleich ein Minus von 1 cm, die Umfänge der Unterarme seien symmetrisch gewesen. Die gemessene Handgreifkraft rechts habe 0.0 bar betragen, was sich durch die klinische Untersuchung nur schwer erklären lasse. Auch bei einer ausgeprägten Insertionstendinose der Unterarmstrecker könne in der Regel eine über 0.0 bar liegende Handgreifkraft erreicht werden. Eine Tendinitis stenosans, wie ursprünglich beschrieben, habe sich klinisch nicht mehr feststellen lassen, auch keine Synovitiden oder Tendovaginitiden. Mit Ausnahme der Beweglichkeit im rechten Ellenbogen seien sämtliche Gelenke an der rechten oberen Extremität passiv frei beweglich gewesen. Insgesamt sei der klinische Untersuchungsbefund somit eher gering und es bestünden, wie bereits früher beschrieben, Inkonsistenzen zwischen den klinischen Befunden zu den vom Versicherten

geltend gemachten Einschränkungen. In den radiologischen Untersuchungen (MRT HWS, MR Arthrogramm rechte Schulter; E. II. 5.10 hiervor, IV-Nr. 101, S. 14 f.; E. II. 5.11 hiervor, IV-Nr. 113.12, S. 2 ff.) seien jedoch nicht sehr ausgeprägte Veränderungen nachweisbar, welche eine gewisse verminderte Belastbarkeit der Halswirbelsäule und der rechten Schulter rechtfertigten. Ob zusätzliche neurologische Befunde vorhanden seien, welche auch zu Einschränkungen führten, könne rheumatologisch nicht beurteilt werden, es sei auf das neurologische Fachgutachten verwiesen; Die leichte Fehlhaltung und Fehlform des Achsenskeletts seien klinisch nicht relevant, ebenso nicht wie die aufgrund der radiologischen Aufnahmen zu vermutende Zerrung des coracoclaviculären und acromioclaviculären Ligamentes der linken Schulter, von welcher der Versicherte keine Beschwerden habe.

Zur Arbeitsfähigkeit hielt die orthopädische Expertin fest, der Versicherte habe in der Schweiz ausschliesslich im Fassadenbau gearbeitet. Es handle sich dabei um eine Arbeit, die ausschliesslich auf Gerüsten durchgeführt werde, häufig in Zwangshaltungen (V. a. gebückter Oberkörper), die den verlässlichen und kräftigen Einsatz beider oberer Extremitäten notwendig mache. Dies sei beim Versicherten nicht mehr gewährleistet, sodass dem Versicherten seine bisherige Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht nicht mehr zugemutet werden könne. Sicher nicht mehr seit Nachweis der Veränderungen im Bereich der rechten Schulter und an der Halswirbelsäule (2018), unter Berücksichtigung der Schilderungen durch den Versicherten und der fotografischen Dokumentation der Arbeitshaltung durch den Arbeitgeber aber eigentlich bereits seit der operativen Intervention am Ellenbogen und Karpaltunnel nicht mehr. Dem Versicherten wäre aus rheumatologischer Sicht eine leichte, bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, rückenadaptierte Tätigkeit unter Ausschluss aller Arbeiten verbunden mit Zwangshaltungen des Oberkörpers, wiederholten Rotationsbelastungen des Oberkörpers, Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen, Arbeiten die einen kräftigen und sicheren Griff der rechten Hand notwendig machten, aller Arbeiten in der Höhe, auf Gerüsten und Leitern, zu 80 % zumutbar. Auch in angepasster Tätigkeit habe der Versicherte einen erhöhten Pausenbedarf aufgrund der negativen Interaktion der Pathologien im Bereich der Halswirbelsäule, der rechten Schulter und rechten Ellenbogen. Dieses Leistungsprofil gelte sicher seit 2018. Nach der operativen Spaltung des Karpaltunneldaches sowie der Dekompression des Nervus ulnaris im Sulcus ulnaris rechts habe eine dreimonatige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten bestanden. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit seit diesem Datum bis 2018 sei trotz der umfangreichen Dokumentation schwierig, eine höhere Arbeitsfähigkeit als oben skizziert habe sicher nicht vorgelegen, aufgrund der umfangreichen auch therapeutischen Massnahmen allenfalls eine etwas höhere Einschränkung (bis 40 %).

7.3.4 In der Gesamtbeurteilung (IV-Nr. 104, S. 6 ff.) hielten die beiden Gutachter fest, die angestammte Tätigkeit als Fassadenisoleur / Polier sei aus bidisziplinärer rheumatologischer und neurologischer Sicht ungeeignet bzw. nicht mehr zumutbar. Gesichert sei die Arbeitsunfähigkeit seit der Dokumentierung der HWS-Pathologie (MRT der HWS vom

E. 9

Februar 2018) anzunehmen, unter praktischen Gesichtspunkten arbiträr aber wahrscheinlich bereits seit den operativen Eingriffen an der rechten oberen Extremität vom 2. April 2015. In einer den unter Ziff. 8.1 im rheumatologischen und neurologischen Fachgutachten

genannten Kriterien angepassten Tätigkeit bestehe aus bidisziplinärer rheumatologischer und neurologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeits- / Leistungsfähigkeit von 20 %. Ein erhöhter Pausenbedarf und eine Verminderung des Arbeitstempos seien in der Einschätzung einer Einschränkung der Arbeits- / Leistungsfähigkeit von 20 % berücksichtigt. Dem Versicherten wäre aus bidisziplinärer rheumatologischer und neurologischer Sicht eine leichte, bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, rückenadaptierte Tätigkeit unter Ausschluss aller Arbeiten verbunden mit Zwangshaltungen des Oberkörpers, wiederholten Rotationsbelastungen des Oberkörpers, Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen, Arbeiten, die einen kräftigen und sicheren Griff der rechten Hand notwendig machen, aller Arbeiten in der Höhe, auf Gerüsten und Leitern, zu 80 % zumutbar. Auch in angepasster Tätigkeit habe der Versicherte einen erhöhten Pausenbedarf aufgrund der negativen Interaktion der Pathologien im Bereich der Halswirbelsäule, der rechten Schulter und des rechten Ellenbogens. Retrospektiv bestehe im Anschluss an den Eingriff vom 2. April 2015 während drei Monaten auch in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Daran anschliessend gelte die genannte Einschätzung einer Einschränkung der Arbeits- / Leistungsfähigkeit von 20 %. Unter Berücksichtigung rheumatologischer Faktoren sei die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit seit diesem Datum bis 2018 trotz der umfangreichen Dokumentation schwierig, eine höhere Arbeitsfähigkeit als oben skizziert sei sicher nicht vorgelegen, aufgrund der umfangreichen auch therapeutischen Massnahmen allenfalls eine etwas höhere Einschränkung (bis 40 %). Gesichert bestehe das genannte zumutbare Leistungsprofil seit 2018.

8.

8.1 Wie sich aus der Gegenüberstellung des Administrativgutachtens mit dem bidisziplinären Parteigutachten von Dr. med. G. ___ und Dr. med. H. ___ ergibt, präsentierte sich den Gutachtern anlässlich der Untersuchungen eine identische Befundlage. Im E. ___-Gutachten wurden geringe Restbeschwerden nach CTS-Operation rechts als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte man ein mögliches leichtes subacromiales Impingement der rechten Schulter, eine mögliche Epicondylopathia humeri radialis rechts, den St. n. Dekompression des N. Ulnaris im Sulcus rechts sowie die Carpaldachspaltung rechts am 2. April 2015, sowie ein Schmerzsyndrom am rechten Ober- und proximalen Unterarm nach Sturz 2016 mit möglicher HWS-Distorsion. Der orthopädische E. ___-Gutachter stellte diverse Inkonsistenzen fest, mit Anzeichen einer Symptomausweitung und Selbstlimitierung. Der neurologische Gutachter fand klinisch einen unauffälligen neurologischen Status, mit insbesondere seitengleichen Muskelumfängen der Extremitäten, eine leichte Allodynie über der Narbe des operierten Sulcus ulnaris sei nicht auszuschliessen. Die Parteigutachter Dr. med. G. ___ und Dr. med. H. ___ erheben beide nahezu die gleichen Befunde, stellen identische Diagnosen und leiten daraus das grundsätzlich gleiche Zumutbarkeitsprofil ab. Auch erwähnen beide die verschiedenen Inkonsistenzen und Symptomverdeutlichungen.

8.2 Es wird sowohl im Administrativgutachten ■ insbesondere im orthopädischen Teilgutachten ■ als auch im Parteigutachten über einen eher geringen klinischen Untersuchungsbefund sowie von Inkonsistenzen und einer erschwerten Untersuchbarkeit des Beschwerdeführers in Bezug auf die geltend gemachte weitgehende Gebrauchsunfähigkeit der rechten oberen Extremität berichtet. Im Rahmen des

orthopädischen Teilgutachtens des Administrativgutachtens wurde auf die stark eingeschränkte klinische Untersuchung und die Röntgenaufnahmen vom 7. Juni 2016 sowie vom 12. Mai 2016 abgestellt, welche gemäss dem orthopädischen Teilgutachter keine Hinweise auf eine relevante Pathologie im Bereich der rechten Schulter ergäben (vgl. IV-Nr. 90.5, S. 6, 7 f.). Darauf abstellend haben die E.____-Gutachter dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit attestiert. Zusätzliche bildgebende Untersuchungen haben anlässlich der Begutachtung nicht stattgefunden. Dagegen haben die beiden Parteigutachter in ihrer Beurteilung zusätzlich zum klinischen Befund auf die am 9. Februar 2018 angefertigte MRT der Halswirbelsäule sowie auf die am 7. September 2018 angefertigte Arthro-MRI der rechten Schulter abgestellt. Die MR-Arthrographie des rechten Schultergelenks zeigte eine diskret aktivierte, geringgradige AC-Gelenksarthrose, ohne Nachweis einer SLAP-Läsion, jedoch eine Ansatz-tendinopathie der Supraspinatussehne mit tiefem bursaseitigem Einriss des Sehnenfusses. Die am 9. Februar 2018 angefertigte MRT der Halswirbelsäule zeigte eine rechts laterale Discushernie C6/7 mit Kompression der Nervenwurzel C7 rechts foraminal. Zusätzlich berichten die Parteigutachter von einer am 20. August 2019 angefertigten Verlaufs-MRT der Halswirbelsäule, welche sich nicht in den IV-Akten befindet (vgl. IV-Nr. 104, S. 57). Diese habe unverändert eine hochgradige, primär ossär degenerativ bedingte foraminale Einengung der Nervenwurzel C7 rechts gezeigt. Seither seien wiederholt Infiltrationen im Bereich des eingeengten Neuroforamens C6/7 rechts durchgeführt worden. Diese hätten jeweils nur eine kurzfristige vorübergehende Besserung der Schmerzen ermöglicht (IV-Nr. 104, S. 57). Die radiologischen Untersuchungen vom 9. Februar 2018 und 7. September 2018 waren zum Zeitpunkt der E.____-Begutachtung bereits vorhanden, lagen den Administrativgutachtern bei ihren Untersuchungen offenbar aber nicht vor. Insbesondere aufgrund der radiologischen Berichte vom 9. Februar 2018 und 7. September 2018 und die darin feststellbaren negativen Veränderungen der Pathologien im Bereich der Halswirbelsäule, der rechten Schulter und des rechten Ellenbogens wurde dem Beschwerdeführer von Dr. med. G.____ und Dr. med. H.____ eine volle Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf sowie eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert.

8.3 Somit ergeben sich Abweichungen im Sinne eines differenzierten Zumutbarkeitsprofils und einer reduzierten Arbeitsfähigkeit im Privatgutachten einzig dadurch, weil darin die schon zum Zeitpunkt der Begutachtung bei der E.____ vorhandenen bildgebenden Untersuchungen und Berichte vom 9. Februar 2018 und 7. September 2018 gewürdigt wurden. Das E.____-Gutachten wird von beiden Parteigutachtern denn auch nicht in Frage gestellt. Es wird einzig bemängelt, dass die damals bereits durchgeführte MR-Arthrographie der rechten Schulter und die MRT-Untersuchung der Halswirbelsäule nicht miteinbezogen worden seien. Entsprechend sei gemäss den Parteigutachtern auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. deren Einschränkungen unterschiedlich ausgefallen (IV-Nr. 104, S. 20 f.). Dass dem so ist, zeigt sich auch daran, dass die E.____-Gutachter nach Vorlage der Arthro-MRI der rechten Schulter vom 7. September 2018 das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers entsprechend angepasst haben (siehe Stellungnahme vom 4. Januar 2021, IV-Nr. 129). Wäre den Administrativgutachtern seitens der Beschwerdegegnerin nicht nur das Schulter-MRI, sondern auch das MRT der Halswirbelsäule vom 9. Februar 2018 zur Stellungnahme unterbreitet worden, würden möglicherweise keine Differenzen zwischen den beiden Gutachten mehr vorliegen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin sind die beiden radiologischen Berichte

vom 9. Februar 2018 und 7. September 2018 für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erheblich. Deren Würdigung führte nicht nur von Seiten der Parteigutachter zu einer Anpassung des Zumutbarkeitsprofils, sondern auch durch die Administrativgutachter, wie aus der Stellungnahme vom 4. Januar 2021 hervorgeht. Folglich kann der Argumentation der Beschwerdegegnerin nicht gefolgt werden, wonach es sich beim bidisziplinären Parteigutachten um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts handle.

8.4 Nach dem Gesagten ist mit der RAD-Ärztin Dr. med. F.____ (vgl. IV-Nr. 106) davon auszugehen, dass die Voruntersuchungen bzw. das Administrativgutachten der E.____ nicht umfassend gewesen sind, so dass auf das Parteigutachten von Dr. med. G.____ und Dr. med. H.____ vom 4. Januar 2020 abgestellt werden kann. Demnach ist die angestammte Tätigkeit als Fassadenisoleur / Polier ungeeignet bzw. nicht mehr zumutbar. Gesichert ist die Arbeitsunfähigkeit seit der Dokumentierung der HWS-Pathologie (MRT der HWS vom 9. Februar 2018) anzunehmen. In einer angepassten Tätigkeit besteht bei wechselseitigem Einsatz eine Einschränkung der Arbeits- / Leistungsfähigkeit von 20 %. Ein erhöhter Pausenbedarf und eine Verminderung des Arbeitstempos sind in der Einschätzung einer Einschränkung der Arbeits- / Leistungsfähigkeit von 20 % berücksichtigt. Dem Versicherten wäre eine leichte, bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, rückenadaptierte Tätigkeit unter Ausschluss aller Arbeiten verbunden mit Zwangshaltungen des Oberkörpers, wiederholten Rotationsbelastungen des Oberkörpers, Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen, Arbeiten die einen kräftigen und sicheren Griff der rechten Hand notwendig machen, aller Arbeiten in der Höhe, auf Gerüsten und Leitern, zu 80 % zumutbar. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit besteht das genannte zumutbare Leistungsprofil seit 2018.

9. Es ist auf den Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin (A.S. 4) einzugehen.

9.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rentenbeginns, hier also am 1. Februar 2019, massgebend (BGE 128 V 174; 129 V 222).

9.2 Das Valideneinkommen von CHF 95'700.00 stützt sich auf die Angaben der Arbeitgeberin (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 14. April 2015, IV-Nr. 12). Es lässt sich nicht beanstanden und ist auch unbestritten geblieben.

9.3 Da der Beschwerdeführer bislang keine Tätigkeit in dem ihm zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, hat die Beschwerdegegnerin zur Berechnung des Invalideneinkommens zu Recht auf einen Tabellenlohn der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abgestellt.

Die Beschwerdegegnerin vertritt im angefochtenen Entscheid die Auffassung, dem Beschwerdeführer sei die Tätigkeit als Polier zumutbar, weswegen sie auf den Tabellenwert im Bereich «Baugewerbe» (LSE 2018, TA1_tirage_skill_level, Wirtschaftszweige 41 ■ 43) abgestellt hat. Entgegen dem angefochtenen Entscheid ist dem Beschwerdeführer jedoch seine angestammte Tätigkeit aufgrund des im Parteigutachten vom 4. Januar 2020 beschriebenen Zumutbarkeitsprofils nicht mehr zumutbar. Auch ist mit Blick auf das beschriebene Zumutbarkeitsprofil davon auszugehen, dass er nicht mehr im Baugewerbe tätig sein kann. Es ist deshalb nicht auf den Tabellenwert im Bereich «Baugewerbe» abzustellen, sondern auf den Totalwert. Der Beschwerdeführer rügt in diesem Zusammenhang, es verbiete sich ein Abstellen auf das Kompetenzniveau 3 («Komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen»),

da er keine Ausbildung als Polier absolviert habe und auch sonst über keine Ausbildung verfüge, ausser der obligatorischen Schule, die er in [...] besucht habe. Gemäss dem Arbeitgeberfragebogen ist der Beschwerdeführer seit 1985 bei der Firma B.____ als Fassadenisoleur / Polier angestellt gewesen (IV-Nr. 12). Bei seiner langjährigen Tätigkeit konnte er sich fachspezifisches Wissen aneignen, welches er nun gesundheitsbedingt nicht mehr beruflich verwerten kann. Eine anderweitige berufliche Ausbildung hat der Beschwerdeführer gemäss Anmeldeformular vom 25. März 2015 (IV-Nr. 3) und Gesprächsprotokoll Intake vom 21. April 2015 (IV-Nr. 13) nicht absolviert. Sodann hat die Beschwerdegegnerin mit Vorbescheid vom 20. März 2020 (IV-Nr. 108), als sie noch auf das bidisziplinäre Parteigutachten von Dr. med. G.____ und Dr. med. H.____ vom 4. Januar 2020 und das darin beschriebene Zumutbarkeitsprofil abstellte, festgehalten, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens stellte sie auf den Totalwert der Männer auf Kompetenzniveau 1 («einfache Tätigkeit körperlicher oder handwerklicher Art») ab. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich, ebenfalls auf das Kompetenzniveau 1 abzustellen. Nach Aufrechnung der Wochenstunden (:40 x 41.7; vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) sowie Nominalindex 2018/2019 (: 105.1 x 106.0 [Tabelle T1.1.10]) und vorbehaltlich eines allfällig vorzunehmenden Abzugs vom Tabellenlohn ergibt dies ein Invalideneinkommen von CHF 54'677.60 (12 x CHF 5'417.00 : 40 x 41.7 : 105.1 x 106.0, davon 80 %).

E. 9.4

9.4.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf jedoch 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 8C_724/2012 vom 8. Januar 2013 E. 4.4). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

9.4.2 Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Im Vorbescheid vom 20. März 2020 (IV-Nr. 108) nahm sie noch ■ abstellend auf das Parteigutachten vom 4. Januar 2020 ■ einen Abzug von 5 % vor, mit der Begründung, damit dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung Rechnung zu tragen. Ob sich aus den genannten Gründen ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht demnach mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen.

9.4.3 Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 55 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch die vielen Dienstjahre beim immer gleichen Arbeitgeber und der damit verbundene Umstand, dass in einem neuen Betrieb angefangen werden muss, sind im entsprechenden Anforderungsniveau nicht relevant (Urteil des Bundesgerichts 9C_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.3.2). Der Tabellenlohn im hier angewendeten Kompetenzniveau 1 erfasst eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine aufgrund der Tatsache, dass nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten möglich sind, kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2). Beim Beschwerdeführer liegen gemäss Zumutbarkeitsprofil weitere Einschränkungen vor ■ die Arbeit sollte wechselbelastend und rückenadaptiert sein unter Ausschluss aller Arbeiten verbunden mit Zwangshaltungen des Oberkörpers, wiederholten Rotationsbelastungen des Oberkörpers, Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen, Arbeiten die einen kräftigen und sicheren Griff der rechten Hand notwendig machen, aller Arbeiten in der Höhe, auf Gerüsten und Leitern mit einem erhöhten Pausenbedarf aufgrund der negativen Interaktion der Pathologien im Bereich der Halswirbelsäule, der rechten Schulter und rechten Ellenbogen ■, weshalb ein Abzug von 10 % geboten scheint.

9.5 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 95'700.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 49'209.80 (CHF 54'677.60 abzüglich des leidensbedingten Abzugs von 10 %) ein IV-Grad von (aufgerundet) 49 %, der einen Anspruch auf eine Viertelsrente begründet. Die Verfügung vom 15. Juli 2021 ist damit in dem Sinne aufzuheben und die dagegen erhobene Beschwerde teilweise gutzuheissen, als dem Beschwerdeführer ab dem 1. Februar 2019 eine Viertelsrente zusteht.

10. Der Beschwerdeführer verlangt weiter, die Beschwerdegegnerin habe ihm die Kosten des Privatgutachtens von Dr. med. G.____ und Dr. med. H.____ vom 4. Januar 2020 in Höhe von CHF 9'000.00 zu ersetzen.

10.1 Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden.

Die infrage stehende Abklärungsmassnahme ist zur Beurteilung des Anspruchs unerlässlich, wenn dieselbe Massnahme im Rahmen der Untersuchungspflicht ebenfalls anzuordnen gewesen wäre, was jedoch nicht erfolgt ist (Urteile des Bundesgerichts 9C_858/2014 vom 3. September 2015 E. 6, 9C_921/2013 vom 24. Februar 2014 E. 5.1 [SVR 2014 IV Nr.

E. 11

11.1 Der obsiegende Beschwerdeführer hat gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine Parteientschädigung für das Beschwerdeverfahren. Diese bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Bei teilweisem Obsiegen ist die Entschädigung insoweit zu reduzieren, als das

Rechtsbegehren, welches über die Gutheissung hinausgeht, den Prozessaufwand erhöht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3). Dies trifft hier indes nicht zu: Der Aufwand des Vertreters wäre nicht geringer ausgefallen, wenn er statt einer halben Rente eine Viertelsrente beantragt hätte. Es ist daher eine volle Parteientschädigung zu gewähren.

11.2 Nach § 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 des Gebührentarifs (GT; BGS 615.11) beträgt der Stundenansatz für die Bestimmung der Kosten der berufsmässigen Vertretung CHF 230.00 bis CHF 330.00 zuzüglich Mehrwertsteuer, soweit sie durch Anwälte wahrgenommen wird. Die vom Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote vom 27. Oktober 2021 (A.S 68 f.) weist insgesamt einen Zeitaufwand von 12.36 Stunden sowie Auslagen von total CHF 112.80 aus. Der Aufwand von 12.36 Stunden reduziert sich um Kanzleiaufwand von insgesamt 1.02 Stunden (6 Mal «Brief an Klient» à 0.17 Stunden; es dürfte sich um Orientierungskopien handeln, die praxisgemäss als Kanzleiaufwand gelten und nicht gesondert entschädigt werden). Der in der Kostennote auf eine Stunde geschätzte Aufwand für die Nachbearbeitung ist dem Obsiegen entsprechend von einer auf eine halbe Stunde zu kürzen. Der verbleibende Aufwand von 10.84 Stunden ergibt mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 260.00, den Auslagen von CHF 112.80 sowie der Mehrwertsteuer von 7.7 % eine Parteientschädigung von CHF 3'156.90.

11.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 15. Juli 2021 wird in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufgehoben. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer ab dem 1. Februar 2019 eine Viertelsrente auszurichten. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer an die Kosten des Privatgutachtens von Dr. med. G. ___ und Dr. med. H. ___ vom 4. Januar 2020 einen Betrag von CHF 4'500.00 zu bezahlen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 3'156.90 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer wird der bereits geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückerstattet

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

Lazar

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