

SO_GERICHTE VSBES.2021.34 vom 3. Februar 2021

SO Obergericht, 2021-02-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.34

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.34 du 3 février 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.34 del 3 febbraio 2021

Erwägungen

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 (Urteile des Bundesgerichts 9C_296/2018 vom 14. Februar 2019 E. 4 und 9C_273/2017 vom 9. April 2018 E. 3.1, je mit Hinweisen).

3.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der

Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

Hinsichtlich des Beweiswerts von Stellungnahmen, welche den vorstehend genannten Anforderungen gerecht werden, ist wie folgt zu differenzieren: Bezüglich Gerichtsgutachten hat die Rechtsprechung ausgeführt, das Gericht weiche «nicht ohne zwingende Gründe» von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.). Ein Abweichen ist dann angezeigt, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäußerungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.). Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen ■ zu denen die RAD-Berichte gehören ■ kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_336/2015 vom 25. August 2015 E. 4.3 mit Hinweisen).

E. 4

4.1 Der Beschwerdeführer bringt vor, er sei in seiner angestammten Tätigkeit als selbstständig erwerbender Möbelrestaurateur sowie in jeglichen anderen Tätigkeiten nicht zu 100 % arbeitsfähig. Aktuell erachte er seine Leistungsminderung bei mindestens 50 %. Medizinisch habe er aus seiner persönlichen Sicht keine Möglichkeit, das Pensum zu erhöhen. Er sei immer wieder gewillt, es zu tun, erleide aber jedes Mal einen Rückfall. Zudem werde auch der Einkommensvergleich bestritten.

In der Eingabe vom 29. September 2021 (A.S. 27 ff.) führt der Beschwerdeführer aus, seine Beschwerden in den Handgelenken hätten sich in den letzten Wochen stark verschlechtert. Er habe vermehrt Schmerzen, vor allem in der Nacht. Beim Arbeiten sei er sehr eingeschränkt. In der letzten Zeit habe er mehrere Arzttermine gehabt. Es sei ihm Ergotherapie verordnet worden und seit dem 1. August arbeite er nicht mehr in der Werkstatt. Er werde am 17. November 2021 die rechte Hand und im Januar 2022 die linke Hand operieren lassen.

In seinem Schreiben vom 22. November 2021 (A.S. 39 ff.) gibt der Beschwerdeführer an, sich am 18. November 2021 bei der Beschwerdegegnerin neu angemeldet zu haben.

4.2 Die Beschwerdegegnerin bringt in der angefochtenen Verfügung (IV-Nr. 44; A.S. 1 ff.) vor, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als selbstständig erwerbender Möbelrestaurateur sowie in jeglichen anderen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig sei. Es bestehe eine geringe Leistungsminderung von höchstens 10 ■ 20 % durch eine möglicherweise etwas verlangsamte Arbeitsweise bei leicht erhöhtem Pausenbedarf. Aufgrund des

Einkommensvergleichs bestehe jedoch kein Invaliditätsgrad. Dies infolge dessen, dass der Beschwerdeführer in seiner selbstständigen Tätigkeit als Möbelrestaurateur seit Jahren ein minimales Einkommen erwirtschaftet habe.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 27. Mai 2021 (A.S. 16 f.) führt sie aus, es sei nicht davon auszugehen, dass die Tätigkeit als Schreiner / Möbelrestaurator zum Verfügungszeitpunkt noch ausgeführt werden könne. Das ändere aber nichts daran, dass die Rente zu Recht abgelehnt worden sei, da die Invaliditätsbemessung im Situationsbericht für Selbstständigerwerbende vom 1. Dezember 2020 nicht zu beanstanden sei.

In ihrer Stellungnahme vom 5. November 2021 (A.S. 34 ff.) fügt die Beschwerdegegnerin an, in der Verfügung vom 3. Februar 2021 sei ihr insofern ein Fehler unterlaufen, als darin festgehalten worden sei, dass der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit als selbstständig erwerbender Möbelrestaurateur zu 100 % arbeitsfähig sei. Die Beschwerdegegnerin habe den Beschwerdeführer aufgrund der Einschätzung des versicherungsinternen ärztlichen Dienstes und den Abklärungen von Herrn I.____ nur noch in einer angepassten leichten Verweistätigkeit mit einer Gewichtsbelastung von maximal 5 kg, ohne axiale Krafteinwirkung auf die Gelenke, für 100 % arbeitsfähig gehalten, wobei von einer Leistungsminderung von 10 ■ 20 % ausgegangen worden sei. Abschliessend sei festzuhalten, dass aus der Eingabe vom 29. September 2021 samt Beilagen keine Rückschlüsse auf den medizinischen Sachverhalt vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. Februar 2021 gezogen werden könne, in dem Sinne, dass der Gesundheitszustand des Versicherten nicht genügend abgeklärt worden resp. schlechter gewesen sei als von der IV-Stelle festgestellt. Das ergebe sich schon aus den Arbeitstagebucheinträgen des Versicherten ab März 2021. Dort habe er nämlich festgehalten, dass er von Dr. med. J.____ ab 24. Februar 2021 zu 50 % arbeitsunfähig (bezogen auf die angestammte Tätigkeit) geschrieben worden sei. Im Gegensatz dazu sei für die IV-Stelle mit Blick auf die RAD-Stellungnahme vom 28. Juli 2020 klar gewesen, dass der Versicherte mit seinen funktionellen Einschränkungen bei einer Weiterführung seiner Arbeit als Möbelrestaurateur die Situation im Handgelenk verschlechtern werde, was die eingereichten Unterlagen denn auch eindrücklich bestätigt hätten. Den nachträglich eingereichten Unterlagen könne ausserdem entnommen werden, dass sich die Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten zweifelsohne nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. Februar 2021 ereignet habe. Indem diese Unterlagen die Sachverhaltsabklärung der IV-Stelle indirekt bestätigt hätten, seien sie relevant. Weitere Beweismassnahmen seien jedoch nicht erforderlich. Anders könnte es in einem allfälligen Neuanmeldeverfahren aussehen, worauf in diesem Beschwerdeverfahren jedoch nicht einzugehen sei.

5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und berufliche Massnahmen zu Recht verneint hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant:

5.1 Dem Bericht des Instituts K.____, [...], vom 12. März 2019 (IV-Nr. 11, S. 5 ff.) lässt sich entnehmen, anamnestisch bestünden keine Hinweise für rheumatoide Arthritis oder Kollagenose. Es bestehe eine mechanische Ursache der artikulären und periartikulären Beschwerden, vor allem im Bereich der Mittelfüsse und der Handgelenke ulnar. Ebenda hätten sich wahrscheinlich mechanisch induzierte degenerative Veränderungen im TFCC gezeigt. Nebenbefundlich Rhizarthrose links und Heberden-Arthrose Digitus 2 Hand rechts. Anamnestisch, klinisch und sonografisch aktuell keine Zeichen einer Arthritis.

5.2 Dr. med. L.____, Praktische Ärztin, führte im Arzteugnis über Arbeitsunfähigkeit an die Versicherung M.____ vom 4. Juni 2019 (IV-Nr. 26, S. 10 f.) aus, der Beschwerdeführer sei bezogen auf die bisher ausgeübte Tätigkeit seit dem 1. Februar 2019 zu 50 % arbeitsunfähig. In einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit sei er arbeitsfähig.

5.3 Dem Bericht des Spitals N.____ vom 12. Juli 2019 (IV-Nr. 11, S. 1 ff.) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer über zunehmend progrediente Schmerzen berichte, insbesondere in den Handgelenken beidseits seit Mai 2018. Die initiale Abklärung bezüglich eines Karpaltunnelsyndroms sei unauffällig gewesen. Keine akuten Schmerzschübe, keine Schwellung, Rötung oder Überwärmung von Gelenken. Leichte Schmerzen auch in den MCP- und PIP-Gelenken (insbesondere Dig. I und II rechtsbetont). Leichte Schmerzen auch belastungsabhängig in den Fussgelenken. Die Beschwerden träten insbesondere bei der Arbeit als Schreiner auf, in Ruhe und im Urlaub jeweils Schmerzbesserung. Keine Tageszeitabhängigkeit der Schmerzen. Kein Einfluss auf Kälte oder Wärme. Analgesie mit Novalgin und Irfen sowie Einnahme von Condrosulf seit März 2019 habe bisher keinen wesentlichen Effekt gehabt. Ergotherapie sei zwei bis drei Mal erfolgt, ebenfalls ohne Schmerzansprechen. In Zusammenschau der Anamnese sowie der radiologischen und laborchemischen Untersuchungsbefunde bestehe kein Hinweis für eine Erkrankung aus dem rheumatologisch-entzündlichen Formenkreis. Bei ausgeprägtem Leidensdruck (insbesondere durch die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit) werde eine handchirurgische Beurteilung der Situation durch Dr. med. O.____ empfohlen.

5.4 Dem Bericht von Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Juli 2019 (IV-Nr. 25, S. 6 f.) lässt sich die Diagnose einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23) entnehmen. Von psychiatrischer Seite bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

5.5 Am 4. September 2019 wurde eine Handgelenk ap, lateral und Ulnar-/Radialduktion beidseits durchgeführt. Dem dazugehörigen Bericht des Spitals N.____ vom 5. September 2019 (IV-Nr. 26, S. 7) sind folgende Befunde zu entnehmen:

Rechts:Zwischen p.a. und Ulna Abduktions-Aufnahme deutlich zunehmende Dissoziation scapholunär, von 6,5 auf 8,7 mm. Zudem Entstehung einer deutlichen Aligmentstörung zwischen proximaler und distaler Handwurzelreihe mit Prolaps des Os capitatum nach proximal. Radiokarpal-Arthrose und Kriterien für ein Impaktion-Syndrom zwischen Os lunatum und distalen Radius. Zudem geringe Ulnaplust Variante. Oben erwähnte Veränderungen z.B. im Rahmen eines SLAC-Wrist.

Links:Zunehmende scapholunäre Dissoziation in der Ulna, Abduktionsaufnahme (von 4,8 auf 6,7 mm), moderater Prolaps des Os capitatum und resultierende Aligmentstörung zwischen proximalen und distalen Handwurzelreihe. Die Arthrose radiokarpal sei hier moderat DD: SLAC-Wrist.

5.6 Am 11. September 2019 wurde beim Beschwerdeführer eine MRI-Untersuchung des rechten Handgelenks durchgeführt. Im gleichentags erstellten Bericht der Radiologie Q.____ (IV-Nr. 32, S. 7 ff.) wird in der Beurteilung Folgendes festgehalten: Vollständige Ruptur des SL Ligaments mit skapholunärer Dissoziation / SLAC Wrist. Dabei nur mässige arthrotische Veränderungen radiokarpal in Höhe Lunatum / distaler Radius mit Gelenkspaltverschmälerung, vermehrter Sklerosierung der Gelenkflächen und ossärem Stress-Ödem, jedoch ohne Zeichen einer Lunatummalazie; Keine relevante Arthrose zwischen Scaphoid und Radius; Langstreckiger degenerativer Einriss des TFCC unter

Ausbildung eines nach volar reichenden grösseren Ganglions; Radio-palmares Kapsel Ganglion; nur leichte Tendovaginitis der Extensor carpi ulnaris Sehne.

5.7 Am 12. September 2019 erfolgte eine MRI-Untersuchung des linken Handgelenks. Im gleichentags erstellten Bericht der Radiologie Q.____ (IV-Nr. 32, S. 11 ff.) wird in der Beurteilung Folgendes festgehalten: Vollständige Ruptur des SL Ligaments mit skapholunären Dissoziation von 7 mm, jedoch keine Zeichen einer fortgeschrittenen Radiokarpalarthrose; Lediglich fokale hyaline Knorpeldefekte Grad II des distalen Radius und der Basis des Os Lunatum mit leichtem ossären Stress-Ödem. Keine Zeichen einer Lunatummalazie; Leichte Tendovaginitis des IV. Strecksehnenfaches sowie der radialeseitigen Flexoren; Chronischer degenerativer Einriss des TFCC unter Ausbildung eines grösseren septierten nach dorsal reichenden Ganglions; Leichte Rhizarthrose; Keine DISI-Fehlstellung.

5.8 Dem Arztzeugnis über Arbeitsunfähigkeit von Dr. med. O.____, Fachärztin Chirurgie und Handchirurgie, an die Versicherung M.____ vom 19. März 2020 (IV-Nr. 26, S. 5 f.) sind die Diagnosen einer SLAC-Wrist beidseits rechts > links sowie einer Handgelenks-Instabilität rechts > links seit Mai 2018 zu entnehmen. In der Anamnese wird aufgeführt, es bestünden progrediente Schmerzen seit Mai 2018 im Bereich beider Handgelenke bei Belastung, die den Beschwerdeführer gezwungen hätten, langsamer und kürzer zu arbeiten. Bei zunächst Verdacht auf eine Erkrankung des rheumatologischen Formenkreises sei der Patient durch Dr. med. R.____ (Bericht vom 12. März 2019; IV-Nr. 11, S. 5 ff.; E. II. 5.1 hiervor) und durch Dr. med. S.____ (Bericht vom 12. Juli 2019; IV-Nr. 11, S. 1 ff.; E. II. 5.3 hiervor) untersucht worden. Aktuell bestünden weiter Schmerzen bei Belastung, rezidivierende Schwellungen dorsales Handgelenk beidseits, die Handgelenksbeweglichkeit sei deutlich reduziert resp. eingeschränkt. Früher oder später werde eine Operation nötig sein. In seiner bisher ausgeübten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer vom 1. Februar 2019 bis auf Weiteres zu 50 % eingeschränkt. Sie, Dr. med. O.____, empfehle aber eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die Arbeit als Schreiner sei für den Beschwerdeführer nicht mehr vertretbar. Er sei aber in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit arbeitsfähig. Tätigkeiten welche in Frage kämen, seien Arbeiten, welche keine Kräfte benötigten, keine repetitiven Arbeiten und keine Leitern beinhalteten. Dr. med. O.____ denke, dass bei leichten Arbeiten der Beschwerdeführer zu 50 ■ 70 % arbeitsfähig wäre.

5.9 Im Bericht vom 24. Mai 2020 (IV-Nr. 28, S. 2) führte Dr. med. O.____ aus, sie sei mit dem Beschwerdeführer so verblieben, dass ab dem 1. Juni 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Schreiner gelten werde. Der Patient könne durchaus andere Arbeiten ausführen, bei welchen axiale Belastungen nicht vorkämen. Seinen Beruf könne er jedoch nicht mehr ausüben.

5.10 In ihrem Arztbericht an die Beschwerdegegnerin vom 13. Juni 2020 (IV-Nr. 32, S. 1 ff.) führte Dr. med. O.____ folgende Diagnosen auf: «SLAC-Wrist beidseits rechts > links», «beginnende Radiocarpale Arthrose», «HG-Instabilität rechts > links», «TFCC-Läsion HG links», symptomatisch seit Mai 2018. Der Beschwerdeführer sei für die Tätigkeit als Schreiner sowie für schwere Arbeiten, Steigen auf Leitern und Arbeiten mit axialen Kräften vom 1. Februar 2019 bis 31. Mai 2020 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen und seit dem 1. Juni 2020 zu 100 % arbeitsunfähig. Um die Frage beantworten zu können, wie viele Stunden pro Tag dem Beschwerdeführer eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar sei, müsste man den Patienten je nach Arbeit ausprobieren lassen und ihn sicher

zu Beginn begleiten. Bei einer Arbeit, die keine Kräfte benötige, wäre die Prognose zur Eingliederung gut.

5.11 RAD-Arzt Dr. med. C.____, Praktischer Arzt, führte in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2020 (IV-Nr. 34) aus, für eine schwere körperliche Tätigkeit oder repetitive Tätigkeiten mit axialer Belastung seien die Handgelenke des Beschwerdeführers zu schwach, für andere Tätigkeiten aber gut. Ab 1. Juni 2020 bestehe eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Schreiner. Seit 1. Februar 2019 sei eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert worden. Diese AUFs seien aus gesundheitlichen Gründen attestiert worden und seien medizinisch nachvollziehbar, sodass sich der RAD hier der handchirurgischen Beurteilung anschliesse. Nachdem sich der Versicherte bereits in den Jahren 2008 und 2016 wegen depressiver Symptomatik in psychiatrischer Behandlung befunden habe, sei wegen verschiedener psychosozialer Konfliktfelder vom 30. April 2019 bis 15. Juli 2019 erneut eine ambulante psychiatrische Behandlung erfolgt. Laut Bericht des Psychiaters vom 15. Juli 2019 sei aufgrund einer erfreulichen Verbesserung der psychischen Symptome keine Psychotherapie mehr erforderlich gewesen. Es habe sich um eine Anpassungsstörung ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehandelt. Dem Beschwerdeführer zumutbar seien leichte, nicht repetitive wechselbelastende (nicht ausschliesslich gehende oder stehende) Tätigkeiten mit einer Gewichtsbelastung von maximal 5 kg, ohne axiale Krafteinwirkung auf die Handgelenke, ganztags mit höchstens geringer Leistungsminderung von maximal 10 ■ 20 % durch eine möglicherweise etwas verlangsamte Arbeitsweise bei leicht erhöhtem Pausenbedarf. Zu vermeiden seien Tätigkeiten, bei denen man sich selbst (oder andere) durch Festhalten sichern müsse, wie zum Beispiel das Besteigen von Leitern. Sowohl die von der Hausärztin als auch die von der Handchirurgin attestierten Arbeitsunfähigkeiten hätten sich ausdrücklich auf die angestammte Tätigkeit als Schreiner / Möbelrestaurator bezogen, von Letzterer präzisiert als körperlich strenge, repetitive Tätigkeit mit Einwirkung axialer Kräfte. Für eine angepasste Tätigkeit habe keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit bestanden.

5.12 Die Beschwerdegegnerin liess einen Situationsbericht betreffend Invalidität als Selbstständigerwerbende(r) anfertigen. Dem Bericht des Abklärungsfachmannes Herrn I.____ vom 1. Dezember 2020 (IV-Nr. 38) lässt sich entnehmen, aus Sicht des Abklärungsdienstes sei es dem Beschwerdeführer zumutbar, seine selbständige Tätigkeit als Möbelrestaurator aufzugeben und in einer seiner gesundheitlichen Situation angepassten Verweistätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen im Pensum von 85 % bei vollschichtiger Präsenz zu erwirtschaften bis zur ordentlichen Pensionierung. Ausserdem lasse sich dem Intake-Gespräch vom 29. Juli 2020 entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer bereits auf eine Stelle als Sakristan im Pensum von 50 % beworben habe. Er hätte seine selbständige Tätigkeit aufgegeben, wenn er die Stelle erhalten hätte. Das Valideneinkommen bestehe aus dem durchschnittlichen Einkommen des individuellen Kontoauszuges IK für die Jahre 2012 ■ 2016 und betrage CHF 46'553.20, nach Aufrechnung des Reallohnindex 2016 ■ 2019 CHF 46'291.90. Das Invalideneinkommen betrage CHF 58'094.95. Der Ausfall betrage CHF 0.00 oder 0 %. Aus den genannten Gründen sei das Gesuch vom 30. Januar 2020 abzulehnen. Es sei dem Beschwerdeführer zumutbar, in einer angepassten Verweistätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen zu erwirtschaften.

6. Im Beschwerdeverfahren reicht der Beschwerdeführer weitere medizinische Berichte ein. Diesen zusätzlichen Unterlagen ist insbesondere Folgendes zu entnehmen:

6.1 Dr. med. J.____, Facharzt FMH Handchirurgie, führte im Bericht vom 24. Februar 2021 (Beschwerdebeilage [BB] 3) als Diagnose eine fortgeschrittene radiolunäre Arthrose rechts und wahrscheinlich beginnende Radioscaphoidarthrose rechts ausgeprägter als links bei scapholunärer Bandinsuffizienz beidseits und zentralem Diskusriss beidseits auf. Beidseits liege eine scapholunäre Bandinsuffizienz mit entsprechender DISI-Fehlstellung der Handwurzelknochen vor. Rechts finde sich eine fortgeschrittene radiolunäre Arthrose, welche eigentlich nicht typisch sei für eine scapholunäre Bandruptur. Der Befund würde eher zu einer entzündlich rheumatischen Erkrankung passen, was aber beim Beschwerdeführer offenbar nicht vorliege. Solange die Schmerzsymptomatik erträglich sei, könne abgewartet werden, eine Bandrekonstruktion sei aufgrund der vorliegenden Veränderungen nicht mehr sinnvoll. Allenfalls käme rechts eine radioscapholunäre Teilarthrodese des Handgelenkes infrage, links müsste die Situation noch genauer abgeklärt werden, ob allenfalls eine Resektion des Os scaphoideums mit Resektion der übrigen proximalen Carpalia geeignet wäre. Ein dringender Handlungsbedarf bestehe bei erträglicher Schmerzsymptomatik nicht, konservative Massnahmen könnten weitergeführt werden mit Tragen einer Handgelenksmanschette oder allenfalls auch lokal entzündungshemmenden Massnahmen wie Salbenumschläge oder lokale Ultraschallbehandlung. Bei Beschwerdezunahme könne sich der Patient natürlich auch jederzeit wieder melden. Man habe sich nun auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % versuchsweise ab 24. Februar 2021 geeinigt. Es werde eine volle Arbeitsfähigkeit als Schreiner und Möbelrestaurator nicht erreicht werden können, auch nach operativen Eingriffen sei mit einer reduzierten Belastbarkeit zu rechnen. Wie die Arbeitsfähigkeit im Detail aussehe, werde ein Arbeitsversuch zeigen müssen.

6.2 Dem Bericht von Dr. med. J.____ vom 29. Juli 2021 (BB 13) lässt sich entnehmen, die Situation habe sich seit der letzten Kontrolle vom 23. Februar 2021 eindeutig verschlechtert. Da sich mit der Belastungsreduktion die Schmerzsymptomatik bessere, stelle sich tatsächlich die Frage, ob die Arbeitsbelastung nicht besser reduziert werden sollte. Auch nach einem operativen Eingriff im Sinne einer Handgelenks-Teilarthrodese könnte keine volle Belastbarkeit der beiden Hände garantiert werden und die manuell stark belastende Arbeit als Schreiner wäre auch nach einem operativen Eingriff ungünstig und wahrscheinlich auch nicht mehr möglich. Auch jetzt sei natürlich diese manuell belastende Arbeitstätigkeit sehr ungünstig in Anbetracht der vorhandenen Abnutzungsveränderungen im Handgelenk auf beiden Seiten. Aufgrund der fortgeschrittenen Arthrosen werde eine Besserung unter konservativen Massnahmen sicherlich nicht möglich sein und die Arbeitsbelastung sollte tatsächlich reduziert werden. Dementsprechend sei ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis zu 80 % ab dem 1. August 2021 ausgestellt worden. Eine nur langsamere Arbeitsführung werde hier nicht genügen, um die Schmerzen reduzieren zu können und natürlich sei bei langsamerer Arbeitsausführung (was ja schon tatsächlich so gelebt werde) auch nicht mehr ein gleiches Einkommen zu generieren bei einer Tätigkeit als Schreiner. Dementsprechend werde erhofft, dass über die IV die Situation doch nochmals beurteilt werden könne im Hinblick auf eine zumindest teilweise Berentung. Man habe auch heute nochmals besprochen, dass die arthrotischen Veränderungen in den Handgelenken mit der Zeit zunehmen würden und unter Umständen könne dann die aktuell noch denkbare Teilversteifung des Handgelenkes nicht mehr durchgeführt werden und es müsste dann eine vollständige Versteifung vorgenommen werden. Eine solche vollständige Versteifung sei eigentlich bei jedem Stadium der Handgelenksarthrose noch möglich, natürlich sei es auch für die Gebrauchsfähigkeit der Hände im Alltag günstiger, wenn wenigstens eine

Restbeweglichkeit bestehe. Dementsprechend werde ■ gerade in Anbetracht der beidseitigen Arthrosen ■ eigentlich zur operativen Versorgung geraten.

6.3 Dem Bericht von Dr. med. T.____, Facharzt Orthopädie, Klinik U.____, vom 30. Juli 2021 (BB 15) lässt sich entnehmen, unter Berücksichtigung der vorliegenden Befunde erscheine eine operative Behandlung, die dem Beschwerdeführer in der Vergangenheit bereits nahegelegt worden sei, sicherlich sinnvoll. Aktuell wünsche der Patient jedoch ein konservatives Prozedere. Eine Verordnung für Physiotherapie mit Ultraschallbehandlung und ein Rezept für Zaldiar seien ihm mitgegeben worden. Bei ausbleibender Beschwerdelinderung wäre zudem eine nuklearmedizinische Strahlentherapie eine weitere mögliche konservative Behandlungsoption. Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sei dem Patienten mitgegeben worden. Unter Berücksichtigung der angegebenen Beschwerden und der radiologischen Befunde erscheine eine Rückkehr in seinem Beruf als Schreiner momentan unwahrscheinlich, da hierfür eine freie Beweglichkeit und Belastungsfähigkeit der Handgelenke essenziell sei.

6.4 Dr. med. V.____, Facharzt für Rheumatologie, Klinik U.____, führte in seinem Bericht vom 13. August 2021 (BB 16) aus, aus seiner Sicht erklärten sich die Beschwerden durch die Bandläsion am SL-Band. Am ehesten sei eine arbeitsassoziierte Ätiologie anzunehmen. Durch die Bandläsion komme es zu einer gewissen Fehlstellung der Handwurzelknochen mit dadurch entstehender radiokarpaler Gelenkverschmälerung zwischen Os lunatum und Radius / Ulna bzw. Auswirkung auch auf das STT-Gelenk. Durch die handchirurgische Expertise von Dr. med. J.____ sei eine zusätzliche rheumatologische Erkrankung aufgeführt worden. In der Anamnese seien typische entzündlich rheumatologische Phänomene allerdings verneint worden. Eine beginnende STT-Arthrose gebe jedoch einen Hinweis auf eine CPPD-Arthritis. Diese habe aktuell sonographisch jedoch nicht verifiziert werden können. Möglich sei daher eine Überlastung des STT-Gelenks durch die Bandläsion-bedingte Fehlstellung als alternative Erklärung.

6.5 Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Handchirurgie, hielt in seinem Bericht vom 22. September 2021 (BB 6) fest, eine rheumatologische Ursache sei bisher nicht gefunden worden. Es liege allerdings bereits schon die entsprechende Arthrose vor. Es sei mit der Beurteilung durch Dr. med. J.____ davon auszugehen, dass eine gelenkerhaltende Operation nicht kurzfristig helfen werde, um auch die volle Arbeitsfähigkeit weiter zu beurteilen. Diese sei insbesondere als selbstständiger Schreiner wahrscheinlich mit operativen Massnahmen nicht mehr möglich. Lediglich eine Handgelenksdenervation nach Wilhelm alleine könnte die Beschwerden verringern, allerdings würden noch Restbeschwerden vorhanden sein, was insbesondere die manuell schweren Tätigkeiten als Schreiner mit auch repetitiven Tätigkeiten ebenfalls nicht möglich machen würde. Anhand der vorhandenen konventionellen Röntgenbilder käme, wie von Dr. med. J.____ vorgeschlagen, rechts die RSL-Arthrodeese, links die four-corner-Arthrodeese infrage. Allerdings müsse noch eine CT-Abklärung durchgeführt werden, um die genaue Beurteilung der Arthrose interkarpal zu beurteilen. Theoretisch käme auch die prothetische Versorgung infrage, wobei z.B. die dominante rechte Seite mit einer Prothese (Motec vs. RCPI-Spacer) durchgeführt werden könne und links die four-corner-Arthrodeese im Sinne der Teilversteifung resp. im späteren Verlauf auch die totale Arthrodeese, welche der Patient natürlich aktuell nicht durchführen möchte. Um die aktuelle Handgelenksbeweglichkeit beizubehalten und auch einen kurzen Rehabilitationsverlauf zu ermöglichen, käme theoretisch auch die alleinige Handgelenksdenervation nach Wilhelm beidseits infrage. Dies allerdings mit dem Wissen

des weiteren Fortschreitens der Arthrose und dann später nur noch möglicher Totalversteifung des Handgelenkes resp. auch nur noch möglicher prothetischer Versorgung.

6.6 Am 27. September 2021 erfolgte bei Dr. med. H. ___ eine Lokalanästhesie zur Imitation der Handgelenksdenervation nach Wilhelm. Diese sei am Vormittag durchgeführt worden. Der Patient habe am Nachmittag seine Hand belastet. Reduktion der Schmerzen von ursprünglich 7 ■ 8/10 in der VAS-Skala auf 4 ■ 5/10 nach Infiltration. Keine Schmerzfreiheit. Zusätzlich sei letzte Woche noch ein CT beider Handgelenke durchgeführt worden, welches die Arthrosen bestätige, insbesondere rechts radiolunär, STT sowie auch beginnende radioscapoidal distal und auch diskret beginnend zwischen Scaphoideum und Capitatum. Links bekannte Arthrose radioscapoidal, STT sowie vor allem Sattelgelenk. Mit dem Patienten seien die verschiedenen Operationen besprochen worden. Allerdings sei dem Patienten bewusst, dass nach beiden Operationen eine Vollbelastung beider Handgelenke nicht mehr möglich sein werde, insbesondere rechts mit teilprothetischer Versorgung und auch, dass eine verminderte Beweglichkeit nachfolgend zu erwarten sei im Vergleich zur jetzigen noch recht guten Beweglichkeit. Die Operationen seien zur Schmerzreduktion da. Entsprechend sei der Patient aufgeklärt worden. Geplant sei zur Proximal row Carpectomy, RCPI-Spacerimplantation sowie dorsaler Teildenervation des Handgelenkes im Rahmen eines stationären Eingriffes für den 17. November 2021.

7. Die Beschwerdegegnerin hat sich zur Begründung der angefochtenen Verfügung vor allem auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. C. ___ (IV-Nr. 34) abgestützt.

7.1 Die Regionalen Ärztlichen Dienste stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig. Bei Bedarf können sie selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest. RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden. Die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei der Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung. Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Arztes begründet sind. Der Arzt muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Diesen Anforderungen genügende RAD-Berichte nach Art. 49 Abs. 2 IVV können einen Beweiswert haben, der mit jenem von externen medizinischen Gutachten vergleichbar ist. Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen der RAD (Urteil des Bundesgerichts 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.1 f. mit Hinweisen).

7.2 Nach der Rechtsprechung ist es denn auch zulässig, im Wesentlichen oder einzig auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen abzustellen. In solchen Fällen sind an die

Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. II. 3.3 hiervor).

7.3 Gemäss der RAD-Stellungnahme vom 28. Juli 2020 sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Schreiner nicht mehr arbeitsfähig. Dem Beschwerdeführer zumutbar seien leichte, nicht repetitive wechselbelastende (nicht ausschliesslich gehende oder stehende) Tätigkeiten mit einer Gewichtsbelastung von maximal 5 kg, ohne axiale Krafteinwirkung auf die Handgelenke, ganztags mit höchstens geringer Leistungsminderung von maximal 10 ■ 20 % durch eine möglicherweise etwas verlangsamte Arbeitsweise bei leicht erhöhtem Pausenbedarf. Zu vermeiden seien Tätigkeiten, bei denen man sich selbst (oder andere) durch Festhalten sichern müsse, wie zum Beispiel das Besteigen von Leitern. Für eine angepasste Tätigkeit bestand und bestehe keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit. Theoretisch denkbar wäre allenfalls eine geringe Leistungsminderung von höchstens 10 ■ 20 % durch eine möglicherweise etwas verlangsamte Arbeitsweise bei leicht erhöhtem Pausenbedarf.

7.4 Wie nachfolgend aufgezeigt wird, überzeugt die reine Aktenbeurteilung des RAD nicht:

7.4.1 RAD-Arzt Dr. med. C.____ hält in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2020 fest, dass sich sowohl die von der Hausärztin attestierten Arbeitsunfähigkeiten als auch die von der Handchirurgin attestierten Arbeitsunfähigkeiten ausdrücklich auf die angestammte Tätigkeit als Schreiner / Möbelrestaurator bezogen hätten. Diese Feststellung ist aber unzutreffend. Dr. med. O.____ attestierte dem Beschwerdeführer in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 13. Juni 2020 (IV-Nr. 32, S. 1 ff.) zwar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, was mit den Ausführungen von Dr. med. C.____ übereinstimmt. Sie lässt aber die Frage offen, ob dem Beschwerdeführer eine den Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar wäre. Konkret führt sie dazu aus, je nach Arbeit (Typ der Arbeit) müsste man den Beschwerdeführer ausprobieren lassen und ihn sicher zu Beginn begleiten, um diese Frage beantworten zu können. Ihre Prognose zur Eingliederung sei bei einer Arbeit, die keine Kräfte benötige, aber gut. Folglich nimmt Dr. med. O.____ zwar keine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit vor, erachtet aber berufliche Eingliederungsmassnahmen als angezeigt.

7.4.2 Weiter fällt auf, dass Dr. med. C.____ in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2020 nicht auf sämtliche sich in den IV-Akten befindlichen medizinischen Berichte, insbesondere die der Handchirurgin Dr. med. O.____, eingeht. Neben dem Bericht der Handchirurgin an die Beschwerdegegnerin vom 13. Juni 2020, auf welchen der RAD-Arzt in seiner Stellungnahme Bezug nimmt (vgl. IV-Nr. 34, S. 1), finden sich in den Akten zwei weitere Berichte der Handchirurgin: Im Bericht vom 24. Mai 2020 (IV-Nr. 28, S. 2) führte sie aus, der Beschwerdeführer könne durchaus andere Arbeiten ausführen, bei welchen axiale Belastungen nicht vorkämen. Seinen Beruf könne er jedoch nicht mehr ausüben. In ihrem Bericht vom 19. März 2020 an die Versicherung M.____ (IV-Nr. 26, S. 5 f.) attestierte sie dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit noch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, empfahl aber eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Auf die Frage, ob der Beschwerdeführer in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit arbeitsfähig wäre, führte sie aus, sie denke, dass der Beschwerdeführer bei leichten Arbeiten, welche keine Kräfte benötigten, ohne repetitiven Arbeiten und ohne Leiter, zu 50 ■ 70 % arbeitsfähig wäre. Aus dem Gesagten lässt sich schliessen, dass Dr. med. O.____ in ihren Berichten keine

einheitlichen Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit getätigt hat. Inwiefern und ob überhaupt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit besteht, lässt sich den Beurteilungen der Handchirurgin nicht eindeutig entnehmen. Immerhin schliesst sie eine Leistungseinschränkung in einer Verweistätigkeit nicht aus, was sich dem Bericht vom 19. März 2020 an die Versicherung M.____ entnehmen lässt. Insofern trifft es nicht zu, dass sich die attestierten Arbeitsunfähigkeiten der Handchirurgin ausschliesslich auf die angestammte Tätigkeit bezogen hätten, so wie in der RAD-Stellungnahme behauptet. Dr. med. C.____ setzte sich in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2020 in keiner Weise mit den vorgenannten abweichenden Einschätzungen der Handchirurgin auseinander. Insbesondere findet der Bericht vom 19. März 2020 und die darin getätigte Arbeitsfähigkeitseinschätzung (50 ■ 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit) in seiner Stellungnahme keine Erwähnung.

7.4.3 Sodann ist nicht nachvollziehbar, auf welche Berichte sich der RAD-Arzt stützt, wenn er behauptet, die attestierten Arbeitsunfähigkeiten der Hausärztin bezogen sich ausdrücklich auf die angestammte Tätigkeit als Schreiner / Möbelrestaurator. Die IV-Akten enthalten lediglich einen Bericht der Hausärztin Dr. med. L.____ (Bericht an die Versicherung M.____ vom 4. Juni 2019, IV-Nr. 26, S. 10 f.). Zwar findet sich in den Akten auch ein Bericht von Dr. med. W.____, Praktischer Arzt (Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 17. Februar 2020, IV-Nr. 25, S. 1 ff.). Dr. med. W.____ liess aber sämtliche der an ihn von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen offen, weshalb dem Bericht kaum Beweiswert zukommt. Wie die Handchirurgin machte auch Dr. med. L.____ in ihrem Bericht vom 4. Juni 2019 Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Sie attestierte dem Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Weiter führte sie aus, dem Beschwerdeführer wäre eine den Beschwerden angepasste Tätigkeit zumutbar. Auf die Frage, welche Tätigkeiten in Frage kämen und in welchem Umfang, führte sie aus, «die gleiche in 50 %». Die Ausführungen der Hausärztin sind zwar sehr vage, jedoch klar genug, um daraus schliessen zu können, dass auch sie dem Beschwerdeführer eine Leistungseinschränkung in einer Verweistätigkeit attestierte. RAD-Arzt Dr. med. C.____ setzte sich in seiner Stellungnahme auch mit dem Bericht der Hausärztin vom 4. Juni 2019 nicht auseinander.

7.4.4 Unter diesen Umständen kann die durch Dr. med. C.____ geschätzte Leistungsminderung von maximal 10 ■ 20 % in einer angepassten Tätigkeit nicht als beweiskräftig gelten, denn sie beruht nicht auf hinreichend verlässlichen Grundlagen. Dasselbe gilt für die angefochtene Verfügung. Da auch die übrigen medizinischen Akten nicht ausreichen, um alleine gestützt darauf allfällige Auswirkungen der Handgelenksproblematik auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen, war das Gericht gehalten, diese Abklärungslücke zu schliessen. Aus diesem Grund wurde ein Gerichtsgutachten eingeholt.

8. Aufgrund der in E. II. 7 hiervor genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. E.____ (Handchirurgie), PD Dr. med. F.____ (Orthopädie) sowie zusätzlich zur Fallführung Dr. med. D.____ (Innere Medizin), alle von der Begutachtungsstelle G.____, ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten veranlasst. Das Gutachten vom 29. Dezember 2022 (A.S. 56 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Zudem sind die Aussagen der Experten in allen Punkten schlüssig und

nachvollziehbar, wie nachfolgend darzulegen ist.

8.1 Im allgemeinmedizinischen Teilgutachten der G.____ hielt der Gutachter fest, aus internistischer Sicht seien keine spezifischen Beschwerden beklagt worden, der internistische Status sei durchgängig normal. Entsprechend sei der Explorand aus internistischer Sicht in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Im Vordergrund stünden Handgelenksbeschwerden beidseits, rechtsbetont. Es sei deshalb auf das handchirurgische Fachgutachten zu verweisen.

Diese gutachterlichen Ausführungen vermögen im Lichte der Befunderhebung (A.S. 84) zu überzeugen und es stehen auch keine medizinischen Vorakten im Widerspruch dazu. Auf das internistische Teilgutachten kann somit abgestellt werden.

8.2 Im orthopädischen Gutachten der G.____ (A.S. 86 ff.) wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen gestellt:

Zur Begründung wurde im Gutachten ausgeführt, der Explorand leide primär an Problemen mit den Händen beidseits. Diesbezüglich werde auf das handchirurgische Fachgutachten verwiesen (siehe E. II. 8.3 nachstehend; A.S. 97 ff.). Ansonsten bestehe ein Pes planovalgus et abductus sowie eine durch Fehlstellung und Verkürzung der Wadenmuskulatur mitbedingte Plantarfasziitis bds., rechtsbetont und einen Hallux valgus bds. Der Explorand habe diesbezüglich eine Masseinlagenversorgung, mache regelmässig Dehnungsübungen und müsse bezüglich Schuhwahl etwas Rücksicht nehmen. Ansonsten bestünden keine Einschränkungen. Vor mehr als 20 Jahren habe er beide Schultern, links dreimal, rechts einmal, luxiert. Auf der linken Seite habe eine operative Stabilisierung durchgeführt werden müssen. Diesbezüglich sei der Patient vollständig beschwerdefrei. Klinisch finde sich einzig eine etwas eingeschränkte Innenrotationsfähigkeit, jedoch ohne funktionelle Relevanz. Anderweitige Diagnosen bestünden am Bewegungsapparat nicht.

Da die führende Problematik gemäss der Gutachterin bei den Händen liegt, wurden im orthopädischen Teilgutachten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, was gestützt auf die von der Gutachterin erhobenen Befunde nachvollziehbar erscheint. Dementsprechend ergab sich aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit.

8.3 Im handchirurgischen Teilgutachten der G.____(A.S. 97 ff.) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

Dem Gutachten liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde. Für die Beurteilung zog Dr. med. E.____ zusätzlich zur klinischen Untersuchung (A.S. 101 f.) den im Rahmen der Begutachtung erstellten Röntgenbericht beider Handgelenke (Bericht vom 15. September 2022, A.S. 111) sowie den MRI-Bericht des linken Handgelenks (Bericht vom 30. September 2022, A.S. 109 f.) bei. Weiter setzte er sich eingehend mit den Vorakten auseinander (A.S. 102 und 106). Seine Ausführungen zur Krankheitsentwicklung und Diagnoseherleitung sind schlüssig und nachvollziehbar (A.S. 103): Ab 2018 hätten beim Exploranden zunehmende Arthrosebeschwerden an beiden Handgelenken bestanden. Dies sei aetiologisch einer erhöhten Belastung bei der Arbeit zugeschrieben worden, was plausibel sei. Eine differentialdiagnostisch erwogene sogenannte SCAC Wrist (Systemic chondrocalcinosis advanced collaps) auf dem Boden einer Chondrokalzinose habe nie nachgewiesen werden können. Aufgrund der besonders handbelastenden Tätigkeit des

Exploranden sei die Verursachung durch die chronische Überlastung nachvollziehbar. Im Dezember 2021 sei aufgrund des Leidensdrucks und bei fortgeschrittener Arthrose eine Teilversteifung des rechten Handgelenks mit Einsatz einer Oberflächenprothese zum Resterhalt der Beweglichkeit erfolgt. Durch die Entfernung einer Gelenkreihe habe eine Reduktion der Beweglichkeit um die Hälfte resultiert. Ziel solcher Operationen sei eine Schmerzreduktion und Vermeidung eines Fortschreitens der Arthrose. Die effektive mechanische Belastungsfähigkeit könne dadurch jedoch nicht verbessert werden, dies auch im Hinblick auf das Verhindern des weiteren Fortschreitens der degenerativen Handgelenksveränderungen. Die effektive Schmerzreduktion sei durch die Operation beim Exploranden nicht erreicht worden, trotz zusätzlicher Teildeneration. Es habe eine zusätzlich eingeschränkte Beweglichkeit im Handgelenk resultiert. Im Bereich des rechten Handgelenks bestehe eine subjektive Instabilität, wobei dies zehn Monate nach stattgehabter Operation im Rahmen des normalen Heilungsprozesses noch stadiengerecht zu werten sei. Ein Abwarten des weiteren Heilungsprozesses für insgesamt 12 ■ 18 Monate werde hier empfohlen. Einschränkungen im Bewegungsumfang seien bleibend und vermutlich würden auch die Schmerzen nicht wesentlich weiter bessern. Am linken Handgelenk bestehe ebenfalls eine noch nicht behandelte SLAC Wrist Grad 3, welche die Schmerzen und die Funktionseinschränkung vollständig erkläre. Handgelenksarthrosen führten zu Schmerzen bei Vibration und bei Kraftübertragung von der Hand auf den Unterarm. Morgendliche Steifigkeit und Schmerz bei Überbelastung, resp. Zunahme im Tagesverlauf seien die Kardinalsymptome, die auch beim Exploranden vorkämen.

Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung des Zumutbarkeitsprofils und der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Grundsätzlich sei eine Tätigkeit mit starker mechanischer Belastung in den Handgelenken bei vorhandener Handgelenksarthrose und belastungsabhängigen Schmerzen nicht geeignet. Eine übermäßige Belastung führe zu einer weiteren Beschleunigung der degenerativen Veränderungen, zunehmender Funktionseinschränkung und auch Schmerzzunahme. Der Explorand arbeite aktuell rund zwei bis maximal zweieinhalb Stunden in der eigenen Werkstatt. Vom Pensum her entspreche dies rund 25 % des früheren Arbeitstages. Die zeitliche Einschränkung sei absolut nachvollziehbar. Die dabei mögliche Leistungsfähigkeit werde deutlich geringer eingeschätzt als ohne die gesundheitlichen Einschränkungen. Es werde von einer effektiven Leistungsfähigkeit (bezogen auf ein 100%-Pensum) von bestenfalls 15 % ausgegangen. Wie erwähnt, sei diese Art von Tätigkeit eigentlich nicht geeignet, da sie zu stark handgelenksbelastend und die Degeneration beschleunigend sei. Es sei aber aus der Arbeitsbiographie nachvollziehbar, dass der Explorand seine jahrelange selbständige Tätigkeit nicht ohne weiteres aufgeben wolle und versuche, bestmöglich über die Runden zu kommen. Dies umso mehr, als er mit der gegebenen Handgelenkspathologie in einer angestellten Tätigkeit im angestammten Beruf als 100 % arbeitsunfähig einzustufen sei. Die geforderte Leistungsfähigkeit in einer angestellten Tätigkeit könne er nicht erbringen. Die selbständige Tätigkeit mit gänzlich freier Einteilbarkeit der Arbeitsbelastung, der Abläufe, der Pausen etc. biete optimale Bedingungen, die geringe Restarbeitsfähigkeit umzusetzen. Die Tätigkeit als Sakristan sei uneingeschränkt möglich.

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führte der Gutachter aus, denkbar seien Tätigkeiten mit sehr geringer Anforderung und Belastung für die Handgelenke. Zu vermeiden seien insbesondere hohe Kraftanwendung, repetitive Bewegungen, grössere

Bewegungsauslenkungen, Arbeiten in Zwangshaltungen der Hände, Schläge, Erschütterungen und Vibrationen, Exposition zu Kälte und Nässe. Tätigkeiten müssten mit optimaler ergonomischer Anpassung erfolgen, bei grösseren Belastungen sollten Handgelenksschienen getragen werden zur Entlastung. Mittlere Belastungen seien nur ganz kurzzeitig zumutbar. Eine zeitliche Einschränkung bestehe nicht. Der Explorand sei grundsätzlich in der Lage, ganztägig zu arbeiten. Die effektive Leistungsfähigkeit werde auch in einer optimal angepassten Tätigkeit, je nach Profil, als eingeschränkt eingeschätzt, weil faktisch in jeder Berufstätigkeit eine Handbelastung vorkomme. Selbst wenn es sich um eine vorwiegend intellektuelle Tätigkeit handeln würde, sei in der Regel eine Arbeit an einem PC zu erwarten, die wiederum limitiert sei. Auch eine Tätigkeit z.B. als Antiquitätenhändler würde die Notwendigkeit zum Handling von Möbeln und Gegenständen beinhalten, was wiederum handbelastend sei. Entsprechend werde die Leistungsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit auf (medizinisch-theoretisch) 60 % geschätzt. Die Frage der Umsetzbarkeit (Alter, Arbeitsbiographie etc.) bleibe hierbei aus medizinischer Sicht ausgeklammert.

Auch der von Dr. med. E.____ umschriebene zeitliche Verlauf der Arbeitsfähigkeit ist schlüssig und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden kann. So habe in der angestammten Tätigkeit ab Februar 2019 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden; ab Juni 2020 dann eine 15%ige Leistungsfähigkeit; peri- / postoperativ nach der Handgelenksoperation vom 8. Dezember 2021 habe für rund sechs Monate eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden; ab Juni 2022 bestehe eine andauernde 15%ige Leistungsfähigkeit. Diese Arbeitsfähigkeiten seien nur umsetzbar in der selbständigen Tätigkeit, für eine angestellte Tätigkeit als Schreiner bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab Februar 2019 und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab Juni 2020. Zur Begründung führte Dr. med. E.____ aus, zu Händen der Taggeldversicherung sei ab 7. Februar 2019 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und ab Juni 2020 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Dies sei nachvollziehbar aufgrund der objektiven Befunde. Die volle Arbeitsunfähigkeit gelte sicher weiterhin und bleibend für eine angestellte Tätigkeit. Dr. med. O.____ habe ab 1. Juni 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Schreiner mit der prognostischen Annahme attestiert, dass er diesen Beruf nicht mehr werde ausüben können. Leichte Arbeiten ohne Krafteinsatz und ohne repetitives Arbeiten wären zu 50 ■ 70 % möglich. Diverse Handchirurgen hätten eine hohe oder vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Dr. med. J.____ sehe eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % ab 1. August 2021, eine manuell stark belastende Arbeit als Schreiner wäre auch nach einem operativen Eingriff ungünstig und wahrscheinlich auch nicht mehr möglich. Die Einschränkung als Schreiner werde auch durch den Orthopäden Dr. med. T.____ am 30. Juli 2021 so gesehen. Dr. med. H.____ halte fest, dass eine Tätigkeit als Schreiner auch mit operativen Massnahmen kaum wieder erreichbar sei. Die leichten Abweichungen zwischen einer vollen Arbeitsunfähigkeit und einer geringen Restarbeitsfähigkeit (20 %) seien dadurch zustande gekommen, dass der Explorand in der eigenen Werkstatt eine geringe Restleistungsfähigkeit erbringen könne, er sich aber grundsätzlich für diesen Beruf nicht mehr eigne und in einem angestellten Verhältnis klar als 100 % arbeitsunfähig eingestuft werden müsse. Dabei sei zu keinem Zeitpunkt ausser perioperativ die zeitliche Präsenzfähigkeit eingeschränkt, jedoch hochgradig die dabei mögliche Leistung.

In einer angepassten Tätigkeit präsentiere sich der Verlauf der Arbeitsfähigkeit gemäss dem handchirurgischen Gutachter wie folgt: Ab Februar 2019 habe eine 60%ige

Leistungsfähigkeit bestanden; eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit peri- / postoperativ nach der Handgelenksoperation vom 8. Dezember 2021 für rund sechs Monate; ab Juni 2022 eine andauernde 60%ige Leistungsfähigkeit. In einer optimal angepassten Tätigkeit wirkten sich die Einschränkungen jedoch weniger gravierend aus als in der handbelastenden Tätigkeit als Schreiner.

Auf das beweiswertige handchirurgische Gutachten der G.____ kann somit ebenfalls abgestellt werden.

8.4 Gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten vermag auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der G.____-Gutachter, welche sich vollumfänglich mit der Beurteilung im handchirurgischen Teilgutachten deckt, zu überzeugen (A.S. 56 ff.). Dies leuchtet ein, zumal sowohl der allgemeininternistische Gutachter als auch die orthopädische Gutachterin keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt haben und beide in ihren Teilgutachten festhielten, dass die Handgelenksproblematik beim Beschwerdeführer im Vordergrund stehe. Entsprechend haben auch beide Experten auf das handchirurgische Teilgutachten verwiesen. Es kann deshalb auf die Ausführungen unter E. II. 8.3 hiavor verwiesen werden.

9. Zusammenfassend kann in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt vollumfänglich auf das Gerichtsgutachten der G.____ vom 29. Dezember 2022 abgestellt werden. Danach ist der Beschwerdeführer seit Februar 2019 in der angestammten Tätigkeit als selbstständiger Schreiner zu 50 % und ab Juni 2020 zu 85 % arbeitsunfähig (volles Pensum mit um 85 % reduzierter Leistung), wobei peri- / postoperativ nach der Handgelenksoperation vom 8. Dezember 2021 für rund sechs Monate eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hatte. Für eine angestellte Tätigkeit als Schreiner ist der Beschwerdeführer ab Februar 2019 zu 50 % und ab Juni 2020 zu 100 % arbeitsunfähig. In einer leidensangepassten Tätigkeit besteht eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (volles Pensum mit um 40 % reduzierter Leistung). Geeignet sind Tätigkeiten mit sehr geringer Anforderung und Belastung für die Handgelenke. Zu vermeiden sind insbesondere hohe Kraftanwendung, repetitive Bewegungen, grössere Bewegungsauslenkungen, Arbeiten in Zwangshaltungen der Hände, Schläge, Erschütterungen und Vibrationen, Exposition zu Kälte und Nässe. Die Tätigkeiten müssten mit optimaler ergonomischer Anpassung erfolgen, bei grösseren Belastungen sollten Handgelenksschienen getragen werden zur Entlastung. Mittlere Belastungen sind nur ganz kurzzeitig zumutbar. Einschränkend wirken sich aus gutachterlicher Sicht ausschliesslich die Probleme an beiden Handgelenken aus.

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

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

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

10.2 Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Der Beschwerdeführer ist im April 1959 geboren. Für die Frage, ob die festgestellte Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter noch verwertbar sei, ist derjenige Zeitpunkt massgebend, zu dem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbsfähigkeit feststeht. Dies ist der Fall, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben. Muss wegen bestehender Unklarheiten ein medizinisches Gutachten eingeholt werden, ist in aller Regel massgebend, wann das Gutachten erstattet wird (BGE 138 V 457 E. 3.3 und 3.4 S. 461 f.). Dies gilt auch dann, wenn ein Gerichtsgutachten eingeholt werden muss, weil der medizinische Sachverhalt zuvor nicht rechtsgenügend geklärt war (Urteil des Bundesgerichts 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.1.2 und 3.2). Als die durch das Gericht beauftragte Begutachtungsstelle G. ___ im Dezember 2022 ihr Gutachten vorlegte, war der Beschwerdeführer 63 ½ Jahre alt und wies somit eine verbleibende Aktivitätsdauer von 1 ½ Jahren auf. Dem Beschwerdeführer kann nicht vorgeworfen werden, er habe sich bewusst mit Verzögerung angemeldet, so dass kein Grund besteht, von der Massgeblichkeit dieses Zeitpunktes abzuweichen.

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

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

Die bisherige Tätigkeit als selbstständiger Schreiner kann der Beschwerdeführer aufgrund des von handchirurgischer Seite festgestellten Beschwerdebildes nur noch mit einer Arbeitsfähigkeit von 15 % (volles Pensum mit um 85 % reduzierter Leistung) ausüben. Eine angestellte Tätigkeit als Schreiner ist ihm nicht mehr zumutbar. Eine berufliche Umstellung ist daher unumgänglich. Ungünstig wirkt sich in der vorliegenden Konstellation aus, dass der Beschwerdeführer seit 1984 (er war damals 25-jährig) ausschliesslich als selbstständiger Schreiner erwerbstätig war und diese Tätigkeit nun nicht mehr infrage kommt. Der Beschwerdeführer ist demnach nicht mit beruflichen Umstellungen, wie sie nunmehr notwendig wären, vertraut. Diese Umstände begründen im Quervergleich mit anderen Fällen eine gewisse Erschwerung. Weiter enthält das durch die Gutachter formulierte Zumutbarkeitsprofil eine Reihe von Einschränkungen. Insbesondere die Kombination einer leichten bis nur zeitweise mittelschweren Tätigkeit mit sehr geringer Anforderung und Belastung für die Handgelenke (zu vermeiden sind hohe Kraftanwendung, repetitive Bewegungen, grössere Bewegungsauslenkungen, Arbeiten in Zwangshaltungen der Hände, Schläge, Erschütterungen und Vibrationen sowie Exposition zu Kälte und Nässe) schränkt das Feld möglicher Tätigkeiten stark ein. Eine besondere Konstellation ergibt sich aus dem Umstand, dass aus handchirurgischer Sicht keine spezifischen Massnahmen genannt werden konnten, welche zu einer Verbesserung der Handgelenkssituation führen könnten und welche eine höhere Leistungsfähigkeit zur Folge hätten. Insbesondere müsste man bei einem allfälligen operativen Eingriff (Dr. med. E. ___ nennt Arthrodesen oder Prothesen als mögliche Interventionsmassnahmen) mit einer mehrmonatigen Ausheilphase rechnen, so dass im konkreten Fall nicht mit einer Ausheilung vor Erreichen des Pensionsalters gerechnet werden könnte (A.S. 64). In Verbindung mit der Berufsbiographie des Beschwerdeführers, dem vergleichsweise engen Feld zumutbarer Tätigkeiten und der relativ kurzen, verbleibenden Aktivitätsdauer von 1 ½ Jahren liegt eine Konstellation vor, in der davon ausgegangen werden muss, dass sich die verbleibende Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten lässt. Eine Anstellung wäre nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich.

11. Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass die durch das Gerichtsgutachten ermittelte Arbeitsfähigkeit mit Blick auf das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers und angesichts der gesundheitlichen Einschränkungen, namentlich des vergleichsweise engen Zumutbarkeitsprofils und der ausgeprägten Handgelenksproblematik, auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwertet werden kann. Da es ■ entsprechend der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 138 V 457 E. 3.1; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 9C_734/2013 vom 13. März 2014 E. 3.4, 8C_482/2010 vom 27. September 2010 E. 4.2 und 4.3, 9C_437/2008 vom 19. März 2009 E. 4.3, in: SVR 2009 IV Nr. 35 S. 97) ■ an der wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit fehlt, liegt folglich eine vollständige Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. In Anwendung der zitierten Rechtsprechung ist dem Beschwerdeführer daher ab 1. Juli 2020 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Die Beschwerde ist demgemäss gutzuheissen.

12.

12.1 Der Beschwerdeführer ist vorliegend nicht anwaltlich vertreten, weshalb zu Recht keine Parteientschädigung verlangt wird. Eine solche ist vorliegend nicht auszurichten.

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

12.3 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens der Begutachtungsstelle G.____ vom 29. Dezember 2022 von CHF 14'164.45 zu tragen.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 3. Februar 2021 aufgehoben. Dem Beschwerdeführer wird mit Wirkung ab 1. Juli 2020 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen.

2. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Gerichtskasse die Kosten des Gerichtsgutachtens der Begutachtungsstelle G.____ von CHF 14'164.45 zu erstatten.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Lazar

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_452/2023 vom 19. Dezember 2023 teilweise (Ziff. 4) aufgehoben.

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