

SO_GERICHTE VSBES.2021.36 vom 16. September 2022

SO Obergericht, 2022-09-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.36_d20220916

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.36 du 16 septembre 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.36 del 16 settembre 2022

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 6

Kleine, nicht raumfordernde Arachnoidalzyste temperobasal rechts (CT 2009)

E. 7

Verdacht auf arterielle Hypertonie (I10.00)

E. 8

Status nach Inguinalhernie rechts (K40.3) - operativer Versorgung mit Netzplastik 2014

E. 9

Status nach Appendektomie (Z98.8)

E. 10

Leichte depressive Episode (F32.00)

E. 11

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) 4.6.6 Im Beschwerdeverfahren liess der Beschwerdeführer weitere medizinische Unterlagen einreichen, so einen Bericht von Dr. med. M.____, Fachärztin für Rheumatologie, Klinik N.____, vom 10. Mai 2021 (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 1). Darin wird über eine Sonographie beider Handgelenke berichtet, wobei der Befund normal sei. Die Sonographie der Fingergelenke beidseits zeige eine Enthesitis im Ansatzbereich der Flexorensehnen aller Digiti links und in Digiti II-IV rechts, sowie eine Synovitis Grad II in PIP III und MCP IV links. Dieser Befund wäre vereinbar mit einer axialen Spondylarthritis oder auch mit einer Psoriasis-Arthritis. Darüber hinaus zeige sich auch eine Oligoarthritis mit Synovitis II. Grades in zwei Fingergelenken links. Der Beschwerdeführer wolle weiterhin keine immunsupprimierten Medikamente. Er berichte auch weiterhin über diffuse paravertebrale Beschwerden. Diese sehe sie in erster Linie muskulär bedingt. Nicht zuletzt sei die Möglichkeit eines stationären Aufenthaltes im Rahmen des multimodalen Schmerzprogramms bei hochgradigem Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auf dem Boden der bereits erwähnten somatischen Befunden besprochen worden. Der Beschwerdeführer wolle in erster Linie eine stationäre Rehabilitation. Am 26. Mai 201 berichtete Dr. med. M.____ weiter über eine Sonographie beider Füsse, wonach eine Synovitis Grad II in MTP III und IV rechts, eine Synovitis Grad II in MTP II-IV links sowie ein dorsaler Fersensporn beidseits bestünden. Eine immunsuppressive Medikation werde weiterhin nicht gewünscht (BB-Nr. 2). Gemäss

Bericht von med. pract. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. O.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, vom 13. Mai 2021 (BB-Nr. 3) seien eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode, und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu diagnostizieren. Der Beschwerdeführer sei in psychotherapeutischer Behandlung. Er klage über innere Unruhe, Angst und Schlafstörungen. Er sei vergesslich, unkonzentriert, traurig, deprimiert, interesse- und lustlos. Er klage auch über reduzierte Belastbarkeit und Konfliktfähigkeit. Auf Grund seiner psychischen und physischen Verfassung der Beschwerdeführer nur sehr reduziert belastbar. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Schliesslich wurde ein Befundbericht vom 24. Juli 2021 über eine neuropsychologische Abklärung von M. Sc. P.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, eingereicht (BB-Nr. 4). Die allgemeine Aufmerksamkeit und konzentrierte Belastbarkeit sei in der Untersuchung deutlich reduziert. Der Beschwerdeführer ermüde rasch und stark. Das Verarbeitungs- und Arbeitstempo sei deutlich verlangsamt. Bei bestimmten Aufgaben falle eine deutliche schmerzbedingte motorische Unruhe auf. Konsistenz und Plausibilität seien aus neuropsychologischer Sicht gegeben. Es hätten sich keine Hinweise auf eine Aggravation oder Simulation gezeigt. Die Durchführung von zwei Symptomvalidierungsverfahren habe gesamthaft unauffällige Ergebnisse hervorgebracht. Klinisch falle der Beschwerdeführer auf durch eine reduzierte allgemeine Aufmerksamkeit und konzentrierte Belastbarkeit mit rascher und starker Ermüdung, durch ein verlangsamtes Verarbeitungs- und Arbeitstempo, eine schmerzbedingte motorische Unruhe sowie einen reduzierten Wortschatz und ein leicht vermindertes Instruktionsverständnis bei komplexeren Inhalten (beides fremdsprachlichkeitsbedingt). Affektiv fielen Niedergestimmtheit, Angespanntheit, Wut, Resignation und Enttäuschung auf. In der neuropsychologischen Abklärung zeigten sich unterdurchschnittliche Leistungen in den Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen, den mnestischen Funktionen und den sprachlichen Fertigkeiten. Die unterdurchschnittlichen Leistungen bezüglich der semantischen Flüssigkeit und des objektiven Benennens seien eher in Zusammenhang mit der Fremdsprachlichkeit zu interpretieren. In allen anderen überprüften Bereichen erziele er durchschnittliche Ergebnisse. Weder die anamnestischen Angaben noch der klinische Eindruck sprächen für das Vorliegen eines ADHS im Erwachsenenalter. Die Befunde der neuropsychologischen Abklärung sprächen für das Vorliegen einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung, mit dem Fokus auf die Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen, und seien am ehesten in Zusammenhang mit den psychiatrischen Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung und chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu interpretieren. 4.7 Im Beschwerdeverfahren holt das Versicherungsgericht ein psychiatrisches Gerichtsgutachten ein, welches Dr. med. C.____ am 16. März 2022 erstattet (A.S. 104 ff.): Zu seinen subjektiven Angaben wird ausgeführt, der Beschwerdeführer sei seit einem Jahr in regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung, etwa alle drei Wochen. Er habe nicht nur ein Problem mit seiner Gesundheit, sondern viele, die miteinander zusammenhängen. Die Situation, die er gerade habe, der Schaden, den die Krankheit gebracht habe, dass er sich nicht frei bewegen könne, sei das Hauptproblem. Der Arzt und die Menschen draussen glaubten ihm nicht. Das bringe grossen Druck. Sein Tagesablauf sehe so aus, dass er manchmal um 6:00 oder 7:00 Uhr, manchmal auch um 8:00 Uhr aufstehe. In der Nacht könne er nicht schlafen, höchstens drei bis vier Stunden. Da habe er immer Fragezeichen im Kopf und Schmerzen. Wenn er Wind bekomme oder kleine Feuchtigkeit, schade ihm das sehr. Wenn er aufstehe,

habe er etwas Schwindel, Schmerzen, die Muskeln seien angespannt und er sei müde. Jeden Morgen mache er eine halbe Stunde Übungen. Aber manchmal gehe es ihm so schlecht, dass er das auch nicht machen könne. Nach dem Aufstehen mache er Wasser für den Tee. Meistens stehe er früher auf als seine Frau und mache für sich Frühstück. Danach sitze er auf dem Sofa, drehe sich mal hierum und mal darum. Vielleicht gehe er in der Wohnung ein bisschen herum. Meistens schaue er fern, Nachrichten. Das Mittagessen gebe es nicht zu einer bestimmten Zeit. Seine Frau koche und mache alles selber. Wenn das Wetter schön sei, gehe er laufen. Der Arzt habe gesagt, Laufen sei gut. Aber es dürfe nicht regnen, keinen Wind haben und keine Feuchtigkeit. Er laufe je nach Schmerzen zehn bis

E. 15

Minuten, manchmal 30 Minuten. Seine sozialen Beziehungen seien total weg seit den letzten zwei bis drei Jahren. Er telefoniere mit der Schwester und dem Vater in der Türkei. Wenn seine Tochter anrufe, spreche diese meistens mit ihrer Mutter. Ab und zu sprächen sie auch zusammen. Am Nachmittag verbringe er Zeit auf dem Sofa, manchmal auf dieser, manchmal auf der anderen Seite. Er zappe. Ein Buch könne er nicht lesen, es bleibe nichts. Manchmal gehe er zum Schrank und wisse dann nicht mehr, warum er die Tür geöffnet habe. Manchmal schlafe er tagsüber auf dem Sofa, eine halbe oder eine Stunde. Ein Abendessen gebe es manchmal um sechs, manchmal um sieben oder acht. Manchmal esse er auch zwischendrin etwas Kleines. Mit seiner Frau zusammen etwas zu machen, sei sehr schwierig. Zu Bett gehe er gegen 24:00 oder 1:00 / 1:30 Uhr. Diese Unklarheiten machten sein Hirn schwierig. Er stehe hier und die Schmerzen auf der Schulter vermehrten sich. Er wache jede Nacht auf. Manchmal wegen der Schmerzen und wegen der Unklarheiten im Kopf, wegen der Hilflosigkeit. Einkaufen gehe er meistens mit der Frau. Manchmal hole er kleine Sachen wie Brot oder Milch. Das Tragen sei schwierig. Besuch bekomme er von niemandem. Die Tochter komme im Sommer und manchmal gegen Silvester. Wenn sie nichts kaufen könnten, breche die Umgebung auch den Kontakt ab. Er kämpfe gegen seine Krankheit. Manchmal denke er, die anderen lachten ihn aus, inklusive Frau und Kinder. Er würde eigentlich gerne etwas arbeiten, wenn seine Gesundheit das erlauben würde. Aber jetzt gebe es nichts, was er tun könnte. Die Gutachterin erhebt folgende Befunde: Bis auf wenige Ausnahmen habe es keine Hinweise auf Auffassungsstörungen gegeben. In den wenigen Situationen sei der Eindruck entstanden, dass der Beschwerdeführer eher vermieden habe, sich dem erfragten belastenden Thema zuzuwenden, als dass er tatsächlich nicht verstanden hätte, was die Frage gewesen sei. Hinweise auf Konzentrations-, Merkfähigkeits- oder Gedächtnisstörungen habe es in der Untersuchung nicht gegeben. Auf Nachfragen nach der Selbstwahrnehmung habe er Konzentrationsprobleme und zunehmende Merkfähigkeitsprobleme angegeben. Das Denken sei formal mässig geordnet, vielfach assoziativ aufgelockert, vielfach weiche der Beschwerdeführer auch vom Thema ab und komme zu Themen, die ihn umtrieben. Oft perseveriere er auf seinen Schmerzen und der Zerstörung seiner Gesundheit. Das Denken sei nicht verlangsamt. Ausgesprochen intensiv scheine aber Gedankenkreisen vorzuherrschen. Der Gedankengang sei schwer eingengt auf die eigenen Beschwerden und die eigene Lebenssituation. Der Beschwerdeführer scheine generell Kontakte zu meiden. Darauf angesprochen erkläre er, das habe mit seinen gesundheitlichen und psychischen Problemen zu tun. Sorgen bejahe der Beschwerdeführer ausdrücklich. In erster Linie gehe es dabei um seine Gesundheit. Der Kopf sei müde, er könne keinen Stress mehr ertragen, keine Diskussionen. Und er könne sich nicht helfen. Vielfach träten im Verlauf der Exploration hypochondrische Befürchtungen zutage, zum Beispiel, dass der Beschwerdeführer durch bestimmte

Bewegungen oder Heben von Gewichten seiner Wirbelsäule schaden oder dass er durch die Medikamente ein Loch in den Magen bekommen könnte. Der Beschwerdeführer bejahe weiter Dunkelangst und Angst vor dem Alleinsein. Im Hinblick auf anfällige Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen berichte er, dass er vielfach die Wohnungstür kontrollieren müsse. Das Misstrauen sei ausgesprochen hoch ausgeprägt. Er habe einfach sein Vertrauen in die Menschheit allgemein verloren. Das habe mit den Dingen zu tun, die er mit Ärzten erlebt habe. Er sei auch zuhause im Haus isoliert. Das Vertrauen zu seiner Frau habe er total verloren. Seine Kinder seien der einzige Grund, warum er noch auf seinen Füßen stehe. Hinweise auf einen manifesten Wahn gebe es nicht, aber die verschiedenen Äusserungen in Zusammenhang mit den Arztkontakten und den psychiatrisch-psychologischen Behandlungsversuchen sprächen für zumindest überwertige Ideen. Ich-Störungen, insbesondere von Depersonalisation seien nicht ausgeschlossen, aber nicht zu eruieren gewesen. Hörbar werde aus den Beschreibungen, dass es Körperwahrnehmungsstörungen gebe. Dazu könnte auch die Intensität der Schmerzen gehören. Auf die Frage nach der Stimmung im Alltag erkläre der Beschwerdeführer, sie sei meist schlecht, er habe keine Kraft etwas zu machen, sowohl körperlich als auch psychisch. Am Untersuchungstag sei seine Stimmung hoch angespannt, nervös, wütend, teils auch aggressiv und daneben sehr ängstlich gewesen. Das Grundangstniveau sei deutlich erhöht, der Beschwerdeführer bejahe Hoffnungslosigkeit, eine ausgeprägte Gereiztheit und innere Unruhe. Insuffizienz- und Schuldgefühle würden verneint. Die Schwingungsfähigkeit sei deutlich eingengt und tendenziell zum depressiven Pol verschoben. Der Beschwerdeführer beklage massiv reduzierte Vitalgefühle, reduzierte Energie, erhöhte Tagesmüdigkeit und massiv reduzierte Leistungsfähigkeit. Der Antrieb sei teils leicht, teils schwer reduziert, vor allem am Morgen. Nach seinen Schilderungen sei es zu einem schweren sozialen Rückzug gekommen, selbst innerhalb der Familie und selbst gegenüber den Kindern und der Ehefrau. Viele Kontakte habe er laut eigenen Angaben noch nie gepflegt, aber selbst diese schienen inzwischen fast vollständig zum Erliegen gekommen zu sein. Eine Krankheitseinsicht gebe es insofern, als sich der Beschwerdeführer als schwer krank erlebe, nicht im Hinblick darauf, dass es weit überwiegend um eine psychische und nur am Rande um eine körperliche Störung gehe, auch nicht im Hinblick auf seine schweren Interaktions- und Impulskontrollprobleme gegenüber anderen Menschen. Die psychiatrische Gutachterin erhebt folgende Diagnosen: - paranoide Persönlichkeitsstörung gemäss F60.0 - hypochondrische Störung gemäss F45.2, differentialdiagnostisch Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss F45.41 - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode gemäss F33.1 5. Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung auf das von ihr eingeholte polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle B. ___ ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. In allgemeiner Hinsicht lässt der Beschwerdeführer diesbezüglich rügen, dass von der Beschwerdegegnerin umrissene Kontext des Auftrags (IV-Nr. 54.3 S. 2 Ziff. 3.2) suggestiv und vorurteilsbehaftet sei, weshalb die Gutachter voreingenommen seien. Dem kann nicht gefolgt werden. Die Beschwerdegegnerin hält im Auftrag fest, der Beschwerdeführer halte sich selbst für nicht arbeitsfähig und anhand der Diagnoseliste werde deutlich, dass offensichtlich IV-fremde Faktoren die Schmerzproblematik beeinflussten, was in den (Arzt-)Berichten nicht diskutiert worden sei. Die Experten werden damit lediglich darauf hingewiesen, dass vorhandene IV-fremde Umstände bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auszuschneiden sind. Ein Versuch, die Gutachter zu beeinflussen, kann darin nicht gesehen werden und es ist anhand der Expertise auch nicht

erkennbar, dass der Auftrag eine Voreingenommenheit hervorgerufen hätte. 5.1 In der internistischen Beurteilung wird einleuchtend dargelegt, dass die klinische Untersuchung ausser diskreten prätibialen Knöchel-Ödemen einen Normalbefund zeige. Dies wird auch nicht bestritten. Die Diagnose einer Refluxösophagitis wird zudem aus den Akten übernommen und darauf hingewiesen, dass passend dazu entsprechende Befunde in einer Gastroskopie aus dem Jahr 2019 dokumentiert sind. Die regelmässige Einnahme von Ibuprofen wegen der rheumatologischen Beschwerden wird als passendes Risiko für die Entwicklung säurebedingter Störungen des oberen Verdauungstrakts gesehen. Ebenfalls zu Recht wird gutachterlich darauf hingewiesen, dass die Ausprägung der geschilderten Beschwerden und die Befunde in der Untersuchung deutlich im Hintergrund gestanden hätten und weder von den behandelnden Ärzten noch vom Beschwerdeführer in den Kontext eines invalidisierenden Gesundheitsschadens gesetzt worden seien. Weiter wird der Verdacht auf eine arterielle Hypertonie geäussert. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden ergibt sich aber insgesamt nicht. So besteht aus allgemeininternistischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. 5.2 5.2.1 Der rheumatologische Gutachter schlussfolgert unter Berücksichtigung der Aktenlage, dass beim Beschwerdeführer Einschränkungen und Schmerzen im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule dokumentiert worden seien, die letztlich zur Arbeitsaufgabe geführt hätten. Beschwerden im Bereich der unteren Extremität und Lendenwirbelsäule seien erst in der jüngeren Zeit aktenkundig. Dokumentiert sei eine Hyperkyphose mit sekundärer neurogener Reizung, die im Folgenden auch wirbelsäulenchirurgisch bestätigt worden sei. Bei Ausweitung der Schmerzen seien im Jahr 2019 unter Nachweis eines positiven HLA-B27 die Beschwerden als axiale Spondylarthropathie gedeutet und eine immunsupprimierende Therapie eingeführt worden. Diese Therapien seien nicht vertragen worden oder wirkungslos gewesen. Die aktuelle Befragung zeige keinen entzündlichen Schmerzcharakter. Schmerzen würden vorwiegend muskulär sowie neuropathisch brennend-stechend geklagt. In der klinischen Untersuchung erhebt der Gutachter eine Hyperkyphose mit funktioneller Minderbeweglichkeit, eine nach linksseitig eingeschränkte Rotationsfähigkeit der Halswirbelsäule, eine gestörte Rotationsfähigkeit der Brustwirbelsäule sowie ein Wiedererkennen der Schmerzen bei Palpation des Nervenplexus im Austritt aus der Klavikula und im Bereich der Skalenuslücke linksseitig. Darüber hinaus bestehe der Hinweis für eine Atrophie der Unterarmmuskulatur links versus rechts. Ein klar neurologisches Defizit im Sinne eines anhaltenden positiven Nervendehnungszeichens, einer Kraftminderung oder seitendifferenten Muskeleigenreflexen könne nicht objektiviert werden. Die radiologische Diagnostik enthalte im Bereich der Halswirbelsäule mehrsegmentale degenerative Veränderungen. Hinweise auf einen entzündlichen Prozess im Sinne einer ankylosierenden Spondylitis fänden sich nicht. Im Bereich der Brustwirbelsäule fänden sich eine Hyperkyphose sowie Spondylophyten als Spangenbildung, die die Rotations- und Funktionsfähigkeit der Brustwirbelsäule nachvollziehbar einschränkten. In der MRI-Untersuchung vom April 2019 finde sich eine Spondylodiszitis im Bereich der Brustwirbelsäulensegmente BWK6/7 wie auch BWK7/8, die vom Radiologen damals am ehesten als mechanisch angesehen worden sei, die jedoch auch eine entzündliche Genese haben könnte. Die Lendenwirbelsäule zeige im konventionellen radiologischen Bild keine relevanten Auffälligkeiten. Durch die MRI-Untersuchung fänden sich Chondrosen und einige Schmorl'sche Impressionen als Ausdruck einer zunehmenden Degeneration. Besonders ausgeprägt seien die Veränderungen im Bereich der mittleren Brustwirbelsäule, weniger im Bereich der

Halswirbelsäule, wenig im Bereich der Lendenwirbelsäule. Zusammenfassend ergebe sich im Bereich der Brustwirbelsäule eine Hyperkyphose, die über Schulterprotraktion Zug auf die Nerven produziere und damit eine Plexus-Irritation im Übergang in den Arm hervorrufe. Passend dazu bestünden eine diffuse Schmerzausstrahlung und die Angabe von diffusen Parästhesien. Das Vorliegen einer Hyperkyphose könne radiologisch bestätigt werden. Als Hinweis für eine fehlende Rotationsfähigkeit der Brustwirbelsäule bestünden mehrsegmentale Spangenbildungen an den durch die Hyperkyphose entstehenden Belastungszonen im Sinne von Spondylophyten im Bereich der Brustwirbelsäule. Ätiologisch kann der Gutachter die Ursache der Hyperkyphose nicht abschliessend klären. Neben einem gewissen Trainingsmangel zur effektiven Haltungskorrektur, einer Mehrbelastung bei körperlicher Arbeit wäre auch ein Morbus Scheuermann denkbar. Die radiologischen Befunde seien hierfür nicht eindeutig, wird festgehalten. Als Nachweis einer funktionell relevanten Auswirkung im Bereich des linken Arms könne eine Umfangdifferenz im Unterarm festgestellt werden im Sinne einer möglichen leichtgradigen Atrophie links vs. rechtsseitig, wobei bei Rechtshändigkeit dies auch einfach einem trainingsbedingten und Mehrgebrauch rechtsseitig geschuldet werden könne. Hierzwischen könne nicht unterschieden werden. Die eingeschränkte Rotationsfähigkeit der Halswirbelsäule wird schliesslich nachvollziehbar mit den degenerativen Veränderungen erklärt. Auch Schmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein werden gutachterlich am ehesten einem intermittierenden L5-Syndrom zugeordnet, das zum Zeitpunkt der Begutachtung jedoch nur noch residuell vorhanden sei. Weiter wird festgehalten, die Angabe von Schmerzen beim Sitzen sei bei Chondrosen der Lendenwirbelsäule plausibel. Das geschilderte Beschwerdebild wird als ohne Inkonsistenzen mit den vorliegenden Veränderungen erklärbar erachtet. Nicht teilen kann der Gutachter die Diagnose einer axialen Spondylarthropathie oder ankylosierenden Spondylitis. Dies wird damit begründet, dass das Auftreten von Wirbelsäulenveränderungen, die mit einer axialen Spondylarthritis vereinbar wären, nicht ungewöhnlich ist nach körperlicher Belastung wie z.B. einer Arbeit als Gipser. Passend zur Diagnose einer axialen Spondylarthropathie seien schliesslich im MRI vom 17. April 2019 Veränderungen an der Brustwirbelsäule ähnlich sog. Andersson-Läsionen an der Brustwirbelsäule zu finden, nicht jedoch an hierfür typischen Stellen wie den Iliosakralgelenken. Die Diagnose einer axialen Spondylarthropathie müsse daher nicht nur allein aus dem MRI, sondern aus dem Kontext gestellt werden. Das Vorliegen des Gens HLA-B27 sei hierfür suggestiv, werde allerdings auch bei einem wesentlichen Teil Gesunder und bei rund 10 % der Gesamtbevölkerung nachgewiesen. Konventionell-radiologisch fänden sich Spondylophyten im Sinne eines degenerativen Prozesses. Auch das bei einer axialen Spondylarthropathie typische Vorliegen von Syndesmophyten sei beim Beschwerdegegnerin nicht gefunden worden. Ebenfalls stünden das fehlende Ansprechen auf die immunsupprimierende Therapie, peripher artikulärer Manifestationen sowie der fehlende entzündliche Schmerzcharakter der Diagnose entgegen, was nachvollziehbar erscheint. Die entzündlich anmutenden Befunde an der Brustwirbelsäule lägen in der mechanischen Belastungszone bei Hyperkyphose. Die Befunde im MRI seien daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mechanisch bedingt. Weiter nimmt der Gutachter Bezug auf eine in den Vorberichten des Hausarztes erwähnte Fingerpolyarthrose. Diesbezüglich wird dargelegt, dass der Beschwerdeführer Schmerzen im Bereich der Finger untergeordnet vorbringe und die klinische Untersuchung unauffällig sei. Sie zeige aber eine leichtgradige Flexionsstellung. Darüber hinaus bestünden indessen eine normale Fingerbeweglichkeit und keine relevanten klinischen Auffälligkeiten. Das

Röntgenbild sei normal. Eine beginnende Fingerpolyarthrose Typ Bouchard kann aber nicht ausgeschlossen werden. Sie sei von Art und Ausmass jedoch allenfalls beginnend und für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht relevant. Insgesamt erweist sich die rheumatologische Beurteilung als schlüssig und begründet. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hält der rheumatologische Gutachter fest, die angestammte Tätigkeit als Gipser sei ohne Dissens als eingeschränkt angesehen worden. Zwar werde die Diagnose einer axialen Spondylarthropathie hier nicht geteilt. Dennoch seien die beschriebenen Funktionseinschränkungen mit objektivierbaren Befunden in Einklang zu bringen. Primär liege das Therapieregime neben einer bedarfsweisen Analgesie jedoch auf der physikalischen Therapie. Dies habe man laut dem Beschwerdeführer erfolglos versucht. Wie konsequent er ein Trainingsprogramm verfolgt und umgesetzt habe, könne nach den Akten und in der Befragung nur ungenügend geklärt werden. In Auswirkung der medizinischen Situation und Befunde auf die Berufstätigkeit ergebe sich ein heterogenes Bild: Generell werde eine manifeste Krankheitsüberzeugung wahrgenommen. Es ergäben sich jedoch Zweifel an einer generellen Arbeitsunfähigkeit auch in einer Verweistätigkeit, da zum Zeitpunkt des Gutachtens nur wenige laufende Therapien bestünden. Es werde nur eine regelmässige bis bedarfsweise Ibuprofen-Einnahme angegeben. Im Serum sei Ibuprofen nicht nachweisbar. Dabei berücksichtigt der Gutachter aber auch, dass die regelmässige Einnahme auf Grund der Begleitdiagnose Refluxösophagitis nicht ideal sei. Weiter wird darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer während der Begutachtung die Sitzposition nach ca. zwei Stunden durch nur sehr kleine Ausgleichsbewegungen verändert habe und ein offensichtliches Schmerzerleben nicht wahrnehmbar gewesen sei. Von medizinischer Seite seien das Gangbild und die peripheren Gelenke ungestört gewesen. Im rechten Arm bestehe ein im Vergleich zur Gegenseite geringerer Leidensdruck. In Zusammenschau mit der genannten Rechtshändigkeit wird hier gutachterlich eine anhaltende Ressource gesehen. Zusammengefasst wird die angestammte Tätigkeit als Gipser auf Grund der Veränderungen und der dargestellten Funktionsstörungen an Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule als nicht mehr möglich erachtet, dies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab der rheumatologischen Behandlung im Mai 2009. Es wird aber ein gemessen an den Befunden nachvollziehbares Profil einer Verweistätigkeit umrissen: Grundsätzlich nur eine leichte körperliche Arbeit ohne Heben von Lasten von mehr als 5 kg. Arbeiten mit Armvorhalt und über Kopf sind nicht möglich. Es muss eine Wechselbelastung zugestanden werden. Eine stehende, gehende und sitzende Tätigkeit ist in Grenzen zumutbar. Hierbei sollten Zwangshaltungen vermieden und die Möglichkeit zu kleineren Pausen zur Entlastung geschaffen werden. Ideal wäre als Verweistätigkeit eine Kombination aus allen drei genannten Anforderungen (Sitzen, Gehen, Stehen), vorwiegend sitzend. Tätigkeiten mit wiederholter dauernder Rotation der Wirbelsäule sind nicht zumutbar. Weiter bestehen Anforderungen an die Umgebungstemperatur: Arbeiten im Luftzug sowie Arbeiten im Freien bei Kälte sind als Auslöser für muskuläre Schmerzen plausibel und daher nicht möglich. Nicht möglich sind auch Arbeiten, die einen sicheren Stand benötigen (z.B. Steigen auf Leitern oder Gerüste). Unter Einhaltung dieser Limiten formuliert der rheumatologische Gutachter eine Einschränkung der allgemeinen Arbeitsfähigkeit von rund 20 %. Dies auf Grund eines vermehrten Pausenbedarfs von 15 Minuten nach ca. zwei Stunden. Zusätzlich ist eine Dispensation zur regelmässigen Teilnahme an aktiver Physiotherapie einzuräumen, so dass summarisch eine Einschränkung in einer Verweistätigkeit von 20 % angegeben wird. Diese gutachterliche Einschätzung gilt ab Juni 2018, da sich ein differenziertes Arbeitsplatzprofil erst in der Kombination aller

Einschränkungen am Bewegungsapparat ergebe. Ab Juni 2018 seien auch chronische Veränderungen am linken Bein ausgehend von der Lendenwirbelsäule dokumentiert. 5.2.2 Der Beschwerdeführer lässt gegen das rheumatologische Gutachten vorbringen, dieses sei widersprüchlich, weil alle Gutachter davon ausgingen, dass keine Inkonsistenzen vorlägen und der rheumatologische Gutachter sämtliche geklagten Beschwerden und Schmerzen objektivieren könne, er aber trotzdem nicht auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit schliesse und hinsichtlich der Konsistenz Zweifel konstruiere. Dazu ist festzuhalten, dass objektivierbare Befunde, auch wenn sie die Grundlage für eine Diagnose darstellen, nicht zwangsläufig mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit einhergehen (vgl. dazu BGE 140 V 193 S. 195 E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_514/2015 vom 14. Januar 2016 E. 4). Der Gutachter hat nachvollziehbar dargelegt, warum er nur eine teilweise Arbeitsunfähigkeit sieht, indem zum Beispiel der rechte Arm einsetzbar ist und der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration problemlos zwei Stunden sitzen konnte. Er formuliert ein schlüssiges Zumutbarkeitsprofil. Dies schliesst nicht aus, dass die Beschwerden objektivierbar wären, sie wirken sich aber nicht so weitgehend aus, wie der Beschwerdeführer dies subjektiv empfindet. Weiter wird moniert, der Gutachter verneine im Widerspruch zu den Vorakten eine Spondylarthropathie. Einerseits steht nicht im Vordergrund, welche Diagnosen genau zu stellen sind, sondern die belegbaren Einschränkungen (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_84/2022 vom 19. Mai 2022 E. 6.2.1). Andererseits hat der Gutachter mit Verweis auf die obigen Ausführungen schlüssig, in Kenntnis der Aktenlage und umfassend ausgeführt, weshalb er diese Diagnose verneint. Schliesslich wird gerügt, der Experte bemängle die Therapieadhärenz, erkläre dann aber im Widerspruch dazu, von einer Behandlung sei keine Besserung mehr zu erwarten. Auch hierin lässt sich kein Widerspruch erkennen, der die Plausibilität der gutachterlichen Einschätzung anzuzweifeln vermöchte. Der Gutachter hält fest, dass Ibuprofen nur bedarfsweise genommen werde und relativiert dies selber auf Grund der bestehenden Refluxösophagitis. Allerdings werden auch keinerlei andere Schmerzmittel eingenommen. Weiter wird angegeben, dass sich die physikalische Therapie als subjektiv wirkungslos herausgestellt habe, wobei unklar sei, inwieweit der Beschwerdeführer das indizierte Trainingsprogramm umgesetzt habe. 5.3 5.3.1 In der neurologischen Beurteilung wird dargelegt, dass in der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung zwar keine Hinweise für eine ausgeprägtere Schädigung der Wurzel L5 auf der linken Seite nachgewiesen werden könnten, der Beschwerdeführer jedoch über lumboischialgiforme Schmerzen mit Ausstrahlung Punctum maximum im Dermatome L5 (lateraler Oberschenkel, lateraler Unterschenkel und Rist mit Ausstrahlung Grosszehen) berichte. Im aktuell durchgeführten spinalen MRI zeige sich eine rezessale Enge LWK4/5 linksseitig mit Einengung der Wurzel L5. In der elektromyographischen Untersuchung im Juni 2018 seien chronische neurogene Veränderungen im Myotom L5 linksseitig nachgewiesen worden. Im Rahmen dieser damaligen Untersuchung sei ebenfalls der Verdacht auf eine lumboradikuläre Reizsymptomatik geäussert worden. Insgesamt sei zwar plausibel, dass es bei längerer Belastung und wahrscheinlich auch bei Belastung in Zwangshaltung mit Rotation des Rumpfes zu einem lumboradikulären Schmerz- und Reizsyndrom komme. Darüber hinausgehende motorische Einschränkungen bestünden jedoch nicht. Zudem stünden wahrscheinlich doch die lokalen lumbalen Schmerzen im Vordergrund. Diese Einschätzung erweist sich als stimmig. Zu den Händen wird ausgeführt, im Rahmen einer neurologischen Untersuchung am 29. September 2019 sei eine lokale Schädigung des Nervus ulnaris im Bereich des Ellenbogens etwas linksbetont nachgewiesen worden, zudem dazu passende

nervensonographisch fassbare Veränderungen. Jedoch gingen die vom Beschwerdeführer aktuell berichteten Sensibilitätsstörungen deutlich über das Ulnaris-Versorgungsgebiet hinaus (Schmerzen und Sensibilitätsstörungen von nuchal über den Oberarm in den Unterarm in die Finger II bis V). Auch auf explizite Frage werde indessen nicht über vom medialen Ellenbogen in die Finger IV und V ausstrahlende Schmerzen berichtet. Es bestehe in der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung kein Nachweis eines sensomotorischen Defizits, das auf eine Ulnaris-Neuropathie zurückgeführt werden könnte. In der Zusammenschau der Befunde schliesst der neurologische Gutachter somit auf einen elektrophysiologisch fassbaren Befund ohne derzeitiges klinisches Korrelat. Dies passe auch zur Einschätzung des beurteilenden Neurologen, der die neurographischen Veränderungen als leichtgradig klassifiziert habe und ein primär konservatives Vorgehen mit Vermeidung von Druck und länger anhaltenden Ellenbogen-Flexionsstellung vorschlage. Die vom Beschwerdeführer berichteten rezidivierend auftretenden Sensibilitätsstörungen im Bereich der linken Hand sieht der Gutachter aller Wahrscheinlichkeit nach in einem unspezifischen / muskulären TOS begründet. Im Hyperabduktionstest könnten Sensibilitätsstörungen, wie sie auch spontan auftraten, ausgelöst werden. Durch den Hyperabduktionstest werde der Plexus brachialis u.a. retroklavikulär zusätzlich eingengt und es könne damit eine Reizsymptomatik provoziert werden. Im Falle ausgeprägter Verspannungen im Schultergürtelbereich, wie sie bei dem Beschwerdeführer vorlägen, seien derartige Reizerscheinungen und das Vorliegen eines unspezifischen TOS sehr häufig. Weiter wird auf eine in der klinisch-neurologischen Untersuchung aufgefallene linksseitige sensible Halbseitensymptomatik hingewiesen, die in den oberen und unteren Extremitäten gleichförmig ausgeprägt sei. Darüber hinausgehende sensible Ausfälle werden nicht gesehen. In der Zusammenschau der Befunde handelt es sich gutachterlich gesehen wahrscheinlich um ein «Nondermatomal somatosensory deficit», das gelegentlich bei zentralisierten, chronifizierten Schmerzen auftrete. Als arbeitsrelevant wird die Sensibilitätsstörung in der aktuell bestehenden Ausprägung nicht gesehen. Zum in den Akten geäusserten Verdacht auf eine vestibuläre Migräne hält der Gutachter fest, beim Beschwerdeführer bestehe weder ein Migränekopfschmerz noch seien die von ihm berichteten, für Sekunden anhaltenden Schwindelsensationen beim Aufstehen kompatibel mit einer vestibulären Migräne. Am ehesten handle es sich dabei um einen orthostatisch bedingten Schwindel. Im spinalen MRI vom 2. Juni 2020 komme schliesslich eine Foraminalstenose HWK5/6 auf der rechten Seite zur Darstellung. In der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung sei der Spurling-Test auf der rechten Seite negativ, zudem ergäben sich keine Hinweise für eine sensomotorische Ausfallsymptomatik C6 auf der rechten Seite. Mit Verweis auf die Aktenlage wird festgehalten, im Rahmen der 2008 / 2009 durchgeführten diagnostischen Abklärung habe es keinen Nachweis einer Neurokompression im Bereich der HWS gegeben, elektromyographisch im Myotom C5 bis C7 keinen Hinweis für eine Nervenschädigung, elektroneurographisch bezüglich des Nervus medianus und ulnaris habe sich ein Normalbefund gezeigt. Eine Ursache für die damals bestehenden Symptome könne aus dem neurologischen Fachgebiet nicht identifiziert werden. Im Rahmen einer neurologischen Abklärung im Juni 2018 habe es weiter keine Hinweise für eine Myasthenie, Myopathie oder Neuropathie gegeben. Einziger pathologischer Befund in der elektromyographischen Untersuchung sei eine chronisch-neurogene Veränderung ohne Hinweis für eine floride Schädigung im Myotom L5 auf der linken Seite gewesen. Ein eindeutiges klinisches Korrelat für eine L5-Radikulopathie habe jedoch nicht gefunden werden können. Im durchgeführten spinalen

MRI vom 17. April 2019 im Bereich der HWS, BWS und LWS bestünden kein Hinweis für eine Neurokompression, jedoch Hinweise für eine Spondylarthropathie. Im Rahmen einer nochmaligen neurologischen Untersuchung im September 2019 wegen rechtsbetonten Sensibilitätsstörungen die gesamte Hand betreffend und seit einem Jahr bestehend, habe sich elektrophysiologisch ein Hinweis für eine linksbetonte motorische Leitungsverzögerung des Nervus ulnaris im Bereich des Ellenbogens ergeben. Es sei jedoch hinterfragt worden, ob die Ulnaris-Neuropathie die Sensibilitätsstörung im Bereich der Hände wirklich erkläre. Diesbezüglich sei ein konservatives Vorgehen mit Vermeidung von Ellenbogen-Flexion und lokalem Druck im Bereich des Ellenbogens empfohlen worden. Da die beim Beschwerdeführer bestehende lumboradikuläre Schmerzkomponente insgesamt nur einen kleinen Teil der gesamten Schmerzsymptomatik ausmache und wahrscheinlich auch nicht im Vordergrund stehe, sei eine isolierte Behandlung nicht zielführend, sondern es müsste ein gesamtheitliches Konzept mit Einbezug der muskuloskelettalen Veränderung stattfinden. Zur Arbeitsfähigkeit sei zu sagen, dass eine schwere körperliche Tätigkeit als Gipsler auf einer Baustelle mit der Notwendigkeit, schwere Lasten zu bewegen, in Zwangsstellung zu arbeiten und zum Teil wahrscheinlich auch in Rotation im unteren LWS-Bereich zu arbeiten, nicht mehr möglich erscheine. Es bestehe somit in der bisherigen Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Bei sämtlichen leichten, nicht wirbelsäulenbelastenden Arbeiten mit der Möglichkeit einer Wechselbelastung (mit der Möglichkeit im Stehen und im Sitzen wechselnd zu arbeiten), bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, zumal die lumboradikuläre Schmerzsymptomatik lediglich bei längeren spezifischen Belastungen auftrete.

5.3.2 Der Beschwerdeführer lässt das neurologische Teilgutachten ebenfalls bemängeln, da der Gutachter nicht auf die geltend gemachten Kopfschmerzen eingehe und die erhobenen Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bleiben sollen. Beidem ist nicht zuzustimmen: Auf die geklagten Kopfschmerzen, auf Grund welcher gemäss Aktenlage in der Vergangenheit schon der Verdacht auf eine Migräne geäussert wurde, wird Bezug genommen und das Bestehen einer Migräne nachvollziehbar verneint. Da die Kopfschmerzen unter Schmerzmitteln deutlich rückläufig sind (vgl. IV-Nr. 54.7 S. 7 Ziff. 3.2.1), wurde diesen zu Recht kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugestanden. Schliesslich ist mit Verweis auf die obigen Ausführungen durch den Gutachter auch plausibel hergeleitet worden, weshalb die gestellten Diagnosen sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Zur Ulnaris-Neuropathie besteht kein klinisches Korrelat, das eine solche Wirkung entfalten könnte und zu den geklagten Sensibilitätsstörungen in den Händen wurde gesagt, dass diese deutlich über das Ulnaris-Versorgungsgebiet hinausgingen. Der Gutachter hat die vom Beschwerdeführer beklagten Reizerscheinungen bzw. das Reizsyndrom gewürdigt und eine ausgeprägtere Schädigung der Nervenwurzel verneint.

5.4 Die psychiatrische Beurteilung fällt schliesslich folgendermassen aus: Beim Beschwerdeführer bestehe eine chronische Schmerzproblematik, wegen der er sich nicht mehr arbeitsfähig fühle. Diese Überzeugung lasse sich aber mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektivieren, weshalb eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Diagnostisch handle es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Psychische Faktoren, die eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen hätten, seien hier die emotionale Belastung infolge der chronischen somatischen Problematik, aber auch die angespannte finanzielle Situation mit Abhängigkeit vom Sozialamt und die zuweilen auch angespannte familiäre Situation mit verbalen Auseinandersetzungen. Passend zu einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und

psychischen Faktoren, beklage der Beschwerdeführer Schmerzen im Bewegungsapparat, die er somatisch bedingt sehe. Bei chronischen Schmerzen komme es oft zu affektiven Symptomen, die beim Beschwerdeführer genügend ausgeprägt seien für die Diagnose einer leichten depressiven Episode. Diese sei gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freude, anamnestisch auch aggressiver Gemüthsart, erhöhter Ermüdbarkeit, leichten Konzentrationsstörungen und negativen Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation. Die Depression habe sich auf dem Hintergrund der Schmerzproblematik bei chronischen somatischen Problemen entwickelt. Die Anamnese sei sonst früher psychiatrisch bland, was gegen eine Persönlichkeitsstörung spreche. Der Beschwerdeführer habe im Untersuchungsgespräch mehrfach betont, gegen seine Schmerzen «anzukämpfen». Auch sei er in seinem Leben nicht einfach inaktiv. So helfe er im Haushalt seiner Familie mit. Alleine aus psychiatrischer Sicht könne hier eine Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden, auch auf Grund der täglichen Aktivitäten, die möglich seien (Mithilfe im Haushalt, durchaus auch bei anspruchsvolleren Haushaltstätigkeiten wie Staubsaugen und Kochen, regelmässige Kontakte zu seinen Freunden, selbstständiges Autofahren und auch sonst gute Reisefähigkeit mit dem Auto). Eine eigentliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei bisher nicht erfolgt. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung könne empfohlen werden, falls der Beschwerdeführer eine solche Behandlung auch tatsächlich wünsche, um eine bessere Akzeptanz und realistische Einschätzung seiner Beschwerden und Leistungsfähigkeit zu finden. Auch könne die regelmässige Einnahme eines sedierenden und schmerzmodulierenden Antidepressivums auf die Nacht hilfreich sein. Zur Konsistenz sei zu sagen, dass der Beschwerdeführer die Schmerzen als Hauptproblem angebe, im Untersuchungsgespräch aber keine Zeichen einer Schmerzwahrnehmung zeige. Stundenlange Autoreisen in die Heimat Türkei seien ebenfalls möglich. Es könne dem Beschwerdeführer ausserdem durchaus eine Willensanstrengung zugemutet werden, um trotz der Schmerzen zu arbeiten. So bestünden zwar gewisse Inkonsistenzen, ein deutliches aufmerksamkeitssuchendes oder aggravatorisches Verhalten mit einer deutlich nach aussen gerichteten Beschwerdedarstellung bestehe im Rahmen der Untersuchung aber nicht. Ein unbewusster Konflikt sei beim Beschwerdeführer nicht erwiesen. Er zeige im Untersuchungsgespräch keine Hinweise auf schwere unverarbeitete lebensgeschichtliche Belastungen oder irgendeinen verfestigten schweren Konflikt. Bei gut erhaltener Leistungsfähigkeit in vergleichbaren täglichen Aktivitäten lasse sich hier eine Arbeitsunfähigkeit in somatisch angepassten Tätigkeiten alleine aus psychiatrischer Sicht nicht begründen. 5.4.1 Auch das psychiatrische Teilgutachten erachtet der Beschwerdeführer als nicht überzeugend. Offenbar werde darin immer noch von der Überwindbarkeitsvermutung ausgegangen sowie davon, dass eine leichte Depression per se keinen invalidisierenden Charakter habe. Die notwendige Indikatorenprüfung sei unterblieben. Im psychiatrischen Teilgutachten werden eine leichte depressive Episode und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert. In Bezug auf die die Frage, inwiefern sich diese auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, drängen sich gewisse Fragen auf. Eine geordnete Indikatorenprüfung hat der psychiatrische Gutachter tatsächlich nicht durchgeführt, er hat sich aber durchaus mit Fragen der Konsistenz und des sozialen Umfelds befasst. Er spricht in diesem Zusammenhang indessen von einer zumutbaren Willensanstrengung, um trotz der Schmerzen zu arbeiten zu können. Die Formulierung weist auf die frühere Praxis zur Überwindbarkeit bzw. die Förster-Kriterien (BGE 130 V 352 / BGE 131 V 49) hin. Diese

Praxis wurde mit BGE 141 V 281 durch ein strukturiertes Beweisverfahren abgelöst (vgl. E. II. 2.2.3 hiervor). Ausserdem ist nicht ersichtlich, inwieweit der Experte Einschränkungen auf psychosoziale Faktoren zurückführte und diese als invaliditätsfremd ausschied. Schliesslich erweisen sich gewisse gutachterliche Feststellungen, welche als Basis einer Indikatorenprüfung dienen könnten, als wenig nachvollziehbar. Der Gutachter erwähnt, der Beschwerdeführer pflege Kontakte zu seinen Freunden, sei aktiv durch Mithilfe im Haushalt, unternehme Autofahrten und sei einmal im Jahr Ferien in der Türkei. In den übrigen Teilgutachten findet sich jedoch ein anderes Bild: Bei der neurologischen Erhebung bezeichnete sich der Beschwerdeführer als isoliert. Er verneinte Hobbys, verbringe den Tag, abgesehen von kleinen Einkäufen, daheim, teils vor dem Fernseher. Im näheren Umfeld finde er kein Verständnis für seine Symptomatik (IV-Nr. 54.7 S. 9 und 16). Im rheumatologischen Teilgutachten wurde festgehalten, der Beschwerdeführer verbringe seine Zeit mehrheitlich zu Hause, teilweise vor dem Fernseher (IV-Nr. 54.6 S. 7). Ausserdem besteht eine angespannte familiäre Situation (IV-Nr. 54.8 S. 14 und 17), so dass diese keine Ressource darstellen kann. Hinzu kommt, dass das psychiatrische Gutachten vor den übrigen, somatischen Expertisen erstellt wurde. Insofern wird auf die Frage, welche Bedeutung den Komorbiditäten zukommt, nicht eingegangen (s. dazu BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.). Zusammenfassend erweist sich das psychiatrische Teilgutachten im Gegensatz zu den somatischen Teilgutachten der Gutachterstelle B. ___ als nicht beweiswertig. 6. Auf Grund der fehlenden Beweiskraft hat das Versicherungsgericht bei Dr. med. C. ___ ein psychiatrisches Gerichtsgutachten eingeholt. Anhand dessen lässt sich das vorgegebene strukturierte Beweisverfahren durchführen. Dr. med. C. ___ kommt in ihrer Beurteilung zum Schluss, dass das beim Beschwerdeführer bestehende ausgesprochen hohe Misstrauen und seine Abwehr konkreter Schilderungen über die Erfahrungen während seiner Jahre in der Türkei die Frage aufkommen liessen, ob er damals ausgeprägte psychische und physische Gewalterfahrungen gemacht habe. Durch seine Arbeitsbiografie ziehe sich ab seiner Einreise nach Deutschland ein auffällig häufiger Stellenwechsel mit Episoden von Stellenlosigkeit. Trotz einer Reihe von offenen Fragen trete durch die vertiefte Exploration in der aktuellen Untersuchung zutage, dass sich der Beschwerdeführer regelmässig im Streit getrennt habe. Auch die Beziehung zu seiner Ehefrau sei von unablässigem Streit geprägt. Selbst in der aktuellen Untersuchung sei es immer wieder zu hoch spannungsgeladenen Situationen, provokantem Verhalten und provokanten Bemerkungen gekommen. Es zeigten sich Beispiele auf überwertige Ideen und Überzeugungen, ungerecht behandelt zu werden, in der Gestaltungsmöglichkeit eingeschränkt zu werden, nicht ausreichend entlohnt zu werden und anderes mehr. Der Beschwerdeführer sei überzeugt genau zu wissen, was passiert sei. Beharrlich bleibe er dabei, dass in den vorliegenden Berichten nicht das stehe, was sich real zugetragen habe, denn das habe er erlebt. In den Berichten gemäss Aktenlage tauche diese Seite eher als Nebenthema auf, ebenso wie der seit Jahren schwelende Konflikt mit der Ehefrau und dem Schwager. Ganz im Vordergrund der Dokumentation stünden die Klagen über Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und Gefühlsstörungen. Hinsichtlich der körperlichen Beschwerden habe die behandelnde Rheumatologin am 9. Juli 2009 berichtet, dass die Behandlung mit Schmerzmitteln und Physiotherapie über ein gutes halbes Jahr nicht zu einer relevanten Besserung geführt habe. Der Beschwerdeführer beklage unverändert dieselben Beschwerden und vertrete dieselben Krankheitsüberzeugungen. Er sei schon im Jahr 2009 vom Hausarzt an die psychiatrischen Dienste überwiesen worden unter der Annahme einer depressiven Entwicklung bei chronischen Schmerzen. Psychopathologisch

sei er damals als im formalen Denken umständlich und perseverierend beschrieben worden. Diagnostisch seien die Untersuchenden von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer leichten depressiven Episode ausgegangen. Wegen des ständigen Gedankenkreisens und der inneren Anspannung sei es nicht möglich gewesen, über andere Themen als die geklagten Beschwerden zu sprechen. Eine ab Dezember 2009 bei einem Psychiater begonnene Therapie habe der Beschwerdeführer wegen fehlendem Erfolg wieder abgebrochen. Nach zwei Sitzungen mit einem Psychologen habe er im Schmerzzentrum [...] erklärt, er wolle die Gespräche nicht fortsetzen. Diagnostisch sei man von einem chronischen Wirbelsäulensyndrom mit Tendenz zur Chronifizierung und mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in beide Beine ausgegangen, neben den Problemen in der Beziehung zu angeheirateten Verwandten, zur Ehefrau, im Kontext von Arbeitslosigkeit und von Körperbeschwerden im Kontext von andernorts klassifizierten Krankheiten gemäss F54 nach ICD-10. In einem RAV Basisprogramm sei es binnen kurzer Zeit zum Abbruch gekommen. In der aktuellen Untersuchung auf die damalige Situation angesprochen, habe der Beschwerdeführer darauf beharrt, dass die ihm zustehenden Leistungen gekürzt worden seien und man auch dort versucht habe, ihn zu unterdrücken. Zum Zeitpunkt der Wiederanmeldung bei der IV am 27. Mai 2019 habe ein Untersuchungsbericht mit der nun nachgewiesenen Diagnose eines Morbus Bechterew bzw. einer Spondylarthritis vorgelegen. Dazu seien auch Behandlungsvarianten skizziert worden. Der Beschwerdeführer habe entsprechende Medikamente nicht einnehmen wollen. Im Frühjahr 2018 habe er sich in einer neurologischen Praxis vorgestellt, anscheinend in der Überzeugung, an einer Myasthenie zu leiden. Nach entsprechender Diagnostik sei die Verdachtsdiagnose nicht bestätigt worden, hingegen der Verdacht auf eine Chronifizierung der Schmerzen und eine Schmerzverarbeitungsstörung geäussert. Zu einem pharmakologischen Behandlungsversuch sei der Beschwerdeführer nicht bereit gewesen. Die weiter bei der IV eingegangenen Berichte zeugten von wiederholter Diagnostik in unterschiedlichen Fachgebieten wegen geklagten Beschwerden. Die vielfältige Diagnostik in den Bereichen Rheumatologie, Neurologie und Neurochirurgie habe nicht zu zusätzlichen Erkenntnissen geführt. 2017 sei eine psychotherapeutische Behandlung im Haus wegen Schlafproblemen, Kraft- und Hoffnungslosigkeit installiert worden. Die Gutachterin geht davon aus, dass im vorliegenden Fall eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine hypochondrische Störung, eine depressive Störung und Fragen zur Persönlichkeit zur Diskussion stünden und leitet die Diagnosen eingehend her: Zur chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei zu sagen, dass ein somatischer Krankheitsfaktor gegeben sei. An aufrechterhaltenen psychologischen Faktoren fänden sich eine erhebliche Belastungssituation durch die Einschränkungen bei schwerer körperlicher Tätigkeit, ein hoch ängstlich aufgeladenes Schmerzerleben mit der Überzeugung, durch Bewegung, selbst Physiotherapie dem Körper weiteren Schaden zufügen zu können, eine zunehmende Passivität, Schon- und Fehlhaltung und dadurch auch eine körperliche Dekonditionierung. Der Gedankengang sei massiv eingeengt auf das Schmerzerleben und Körperempfindungen würden realiter katastrophisiert. Die Attribution auf organische Faktoren sei erheblich ausgeprägt. Punktuelle Überlegungen zu einem Zusammenhang der Schmerzwahrnehmung mit psychischer Belastung tauchten zwar auf, könnten aber nicht vertieft werden. Zu familiären, sozialen und beruflichen Konsequenzen sei es gekommen, einschliesslich einer Rollenveränderung in der Familie, ebenso zum Verlust des bereits zuvor spärlichen Freundeskreises und einem massiven sozialen Rückzug. Somit seien die Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen

und psychischen Faktoren gemäss F 45.41 nach ICD-10 vollständig erfüllt. Die Krankheitsüberzeugung, insbesondere an einer gefährlichen, den Körper zunehmend destruierenden Krankheit zu leiden, sei jedoch so ausgeprägt, dass sich die Frage nach einer hypochondrischen Störung stelle. Der Beschwerdeführer sei überzeugt, an einer ernsthaften körperlichen Krankheit zu leiden, er spreche wiederholt davon, dass «das System» zusammengebrochen sei. Zu vielfältigen Untersuchungen sei es im Verlaufe der vergangenen gut zehn Jahre wiederholt gekommen, ohne dass sich die Krankheitsüberzeugungen dadurch verändert hätten. Der Umgang des Beschwerdeführers mit den verschiedenen Behandlungsempfehlungen, spreche dafür, dass es ausgeprägte hypochondrische Befürchtungen gebe, sich durch die Medikamenteneinnahme zusätzlich zu schädigen. Die Kriterien einer hypochondrischen Störung gemäss F45.2 seien damit erfüllt. Von den Grundsymptomen einer depressiven Episode fänden sich schliesslich aktuell eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust, weniger ausgeprägt Freudlosigkeit, aber eine Klage über Antriebsminderung und erhöhte Ermüdbarkeit. Von den weiteren häufigen Symptomen in der Untersuchung verifiziert werden könnten eine allenfalls leichte Verminderung von Konzentration und Aufmerksamkeit, kein vermindertes Selbstwertgefühl, keine Schuldgefühle, wohl aber negative Zukunftsperspektiven, passive Todeswünsche, keine Suizidgedanken, wohl aber ausgeprägte Klagen über Schlafstörungen, kein verminderter Appetit. Damit seien sicher zwei der Grundsymptome und drei, allenfalls auch vier der zusätzlichen Symptome vorhanden. Dies entspreche einer gegenwärtig anhaltenden mittelschweren depressiven Episode, was mit dem Ergebnis der Hamilton Depressions-Skala mit 26 Punkten übereinstimme. Auf Grund der Vorberichte sei von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen. Zu einer Persönlichkeitsstörung hält die Gutachterin Folgendes fest: Ganz im Zentrum der vorliegenden Berichte und auch des Teilgutachtens von Dr. med. L. ___ stünden die Klagen über Schmerzen und eine ganze Reihe weiterer Körperbeschwerden. Nicht vertieft erhoben und nicht näher geklärt worden seien bislang die vielen Hinweise auf hohe Anspannung, Gereiztheit, Wut, verbale Auseinandersetzungen und aggressive Ausbrüche in der Ehe und die wiederholt erwähnten Auseinandersetzungen mit dem Schwager. Die vertiefte Exploration in der aktuellen Untersuchung habe ergeben, dass sich verbale Auseinandersetzungen durch alle Interaktionen des Beschwerdeführers zögen, bis hin zu den ärztlichen Behandlungen. Dies habe sich auch in der aktuellen Untersuchung in eindrücklicher Weise abgebildet. Damit fänden sich von den allgemeinen Kriterien der ICD-10 eine deutliche Unausgeglichenheit in Einstellung und Verhalten sowie in den Beziehungen zu anderen Menschen, soweit rekonstruierbar zumindest seit der Einreise nach Deutschland, also spätestens seit dem jungen Erwachsenenalter. Ausserdem berichte der Beschwerdeführer aber auch, dass er bereits in der Schule Mühe gehabt habe, Kontakte zu knüpfen. Dieses Verhaltensmuster ziehe sich durch und sei nicht auf depressive Episoden begrenzt. Der Beschwerdeführer könne in keinerlei Weise darüber nachdenken oder eine andere Perspektive einnehmen. Sein Verhalten sei offensichtlich in vielen sozialen Situationen unpassend. Der Störungsbeginn liege wahrscheinlich bereits in der Kindheit, die Rekonstruktion sei in der aktuellen Untersuchung nur sehr eingeschränkt möglich gewesen. Nachweisen lasse sie sich auf Grund der vorliegenden Dokumentation und der aktuellen vertieften Exploration insbesondere der Berufsbiografie seit dem Erwachsenenalter. Zu deutlichem Leiden scheine es bereits ab ca. 2004 gekommen zu sein, zum Einbruch mit beruflichen und unübersehbaren sozialen Konsequenzen und Einschränkung der Leistungsfähigkeit ab 2008. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 seien somit

erfüllt. Im Vordergrund der Symptomatik stünden vor allem paranoide Züge (übertriebene Empfindlichkeit bei Rückschlägen und Zurücksetzung, Neigung zu ständigem Groll, Misstrauen und eine starke Neigung, Erlebtes zu verdrehen, streitsüchtiges und beharrliches, situationsunangemessenes Bestehen auf eigenen Rechte, häufiges ungerechtfertigtes Misstrauen gegenüber der sexuellen Treue des Ehe- oder Sexualpartners, Tendenz zu stark überhöhtem Selbstwertgefühl, Inanspruchnahme durch ungerechtfertigte Gedanken an Verschwörungen als Erklärungen für Ereignisse in der näheren Umgebung und in aller Welt). Damit seien die Kriterien einer paranoiden Persönlichkeitsstörung gemäss F60.0 nach ICD-10 erfüllt. Dass die Einschränkungen den Beschwerdeführer, der lange Jahre körperlich schwer gearbeitet habe, intensiv beschäftigten, ziehe sich durch die vorliegenden Behandlungsberichte, führt die Gutachterin weiter aus. Die dokumentierten Bemühungen um berufliche Wiedereingliederung durch das RAV liessen die Frage der Leistungsmotivation aufkommen. Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit von psychiatrischer Seite verwendet die Gutachterin die Mini-ICF-APP und legt dar, die Beschreibungen in den Protokollen und Berichten durch das RAV und auch die Verhaltensweisen während der aktuellen gutachterlichen Untersuchung sprächen für erhebliche Probleme in der Anpassung an Regeln und Routinen, mindestens mittelschwer. Zur Planung und Strukturierung von Aufgaben lägen keine konkreten Informationen vor. In der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich Einschränkungen in den exekutiven Funktionen gezeigt. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien schwer eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei in keiner Weise in der Lage, von seinen rigiden Vorstellungen und Wahrnehmungen abzuweichen. Hinsichtlich Kompetenz- und Wissensanwendung bestünden zwar Kompetenzen, jedoch könne er diese wegen der hypochondrischen Symptomatik und der ausgeprägt paranoiden Symptomatik nicht zuverlässig abrufen. Die Einschränkung sei leicht. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit seien mittelschwer eingeschränkt. Hier spielten wiederum das hohe Misstrauen, die Rigidität und die Unfähigkeit eine andere Perspektive einzunehmen eine grosse Rolle. Proaktivität und Spontanaktivitäten seien nach den aktuellen Schilderungen durch die Antriebsminderung, vor allem aber die hypochondrischen Befürchtungen schwer eingeschränkt. Die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sei auf Grund der als bedrohlich wahrgenommenen Schmerzen, der Antriebsminderung und der hypochondrischen Befürchtungen ebenfalls schwer eingeschränkt, ebenso die Selbstbehauptungsfähigkeit. Der Beschwerdeführer könne sich behaupten, jedoch in offensichtlich sozial nicht verträglicher Weise. Selbst im engsten Familienkreis habe er die Kontakte massiv eingeschränkt, ansonsten seien die Kontakte fast vollständig abgebrochen. In Gesprächen scheine es regelmässig zu hoher Spannung und verbalen Auseinandersetzungen zu kommen. Auch die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei schwer eingeschränkt, genauso wie die Gruppenfähigkeit. Die Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen sei mindestens mittelschwer eingeschränkt. Selbstpflege und Selbstversorgung erschienen nicht eingeschränkt, Mobilität und Verkehrsfähigkeit leicht bis mittelschwer, da der Beschwerdeführer im öffentlichen Verkehr auf die Interaktion mit anderen Menschen angewiesen sei. Gesamthaft bedeute dies, dass der Beschwerdeführer in für eine berufliche Tätigkeit relevanten Fähigkeiten eingeschränkt sei: leicht in der Kompetenz- und Wissensanwendung, leicht bis mittelschwer in der Mobilität und Verkehrsfähigkeit; mittelschwer in der Anpassung an Regeln und Routinen, der Planung und Strukturierung von Aufgaben und der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, schwer in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Proaktivität und Spontanaktivitäten, der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, der

Selbstbehauptungsfähigkeit, der Konversation und Kontaktpflege zu Dritten und der Gruppenfähigkeit. Die Einschränkungen beträfen in ausgeprägter Weise auch den privaten Bereich. Damit erweisen sie sich als konsistent. Zur Ausprägung der diagnostizierten psychischen Störungen hält die Gutachterin fest, diese seien gesamthaft mittelschwer bis schwer, tendenziell schwer ausgeprägt. Die bisherige psychiatrische Behandlung habe nicht zu einer relevanten Besserung geführt. Nach umfangreicher Diagnostik habe der Hausarzt den Beschwerdeführer verhältnismässig früh an die psychiatrischen Dienste überwiesen. Dieser habe sich nicht auf eine psychiatrische Behandlung einlassen können. Bei somatoformen Störungen und einer ausgeprägt somatischen Krankheitsüberzeugung seien solche Verläufe eher die Regel als die Ausnahme. Dies führe jedoch auch dazu, dass die Symptomatik chronifiziere und einer Behandlung kaum mehr zugänglich sei. Die Krankheitseinsicht sei bis heute im Hinblick auf die hypochondrische Störung höchstens ansatzweise und nicht dauerhaft gegeben. Unter diesen Umständen sei eine relevante Änderung durch die psychotherapeutische Behandlung nicht zu erwarten. Hinzu komme die Persönlichkeitsstörung. Trotz der Hinweise auf sie habe sie bis heute keinen Eingang in die Behandlung gefunden, sehr wahrscheinlich bedingt durch diese Pathologie mit schwer ausgeprägtem Misstrauen, der ausgeprägten Reizbarkeit, den Missinterpretationen des Beschwerdeführers im Austausch mit anderen und der Unkorrigierbarkeit seiner Ansichten, die sich auch in der aktuellen Untersuchung abbildeten. Seit etwa einem Jahr stehe der Beschwerdeführer zwar in ambulanter psychiatrisch- und psychologisch-psychotherapeutischer Behandlung. Die Behandlerin schildere jedoch – unter den gegebenen Umständen – erwartbar und nachvollziehbar, dass eine eigentliche Psychotherapie nicht durchführbar sei. Die Komorbidität von Hypochondrischer Störung und Paranoider Störung sei ausgeprägt. Diese verstärkten sich gegenseitig. Die depressive Störung stehe hier eher im Hintergrund in Form episodischer Akzentuierungen anlässlich unterschiedlicher zusätzlicher und / oder akuter Belastungen. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung finde sich in den bisherigen Berichten nicht. Dr. med. L. ___ habe eine solche explizit verneint, allerdings mit der Begründung, dass die Anamnese früher psychiatrisch bland gewesen sei und es kaum auffällige Persönlichkeitsmerkmale gebe. Dies halte der näheren Prüfung nicht stand. Den vielen Hinweisen auf verbale Auseinandersetzungen in den Akten sei dieser ebenso wenig nachgegangen wie der Beziehungsgestaltung zur Ehefrau und der Frage, inwieweit der Beschwerdeführer real noch Kontakte pflege. Die behandelnde Psychotherapeutin gehe hinsichtlich der Persönlichkeitspathologie angesprochen eher von einer narzisstischen Störung aus. Als entscheidende Verhaltensauffälligkeit nenne sie, dass der Beschwerdeführer rigide Überzeugungen dazu vortrage, was ihm alles zustehe. Überschneidungen zwischen paranoiden und narzisstischen Persönlichkeitsstörungen seien vorhanden. Der Disput um die Spezifität der Persönlichkeitsstörung sei insofern akademisch, als es um eine Bemühung um Standardisierung gehe, die zum einen nicht ohne Weiteres mit den klinischen Gegebenheiten übereinstimme und zum zweiten als die Abgrenzung spezifischer Persönlichkeitsstörungen so trennscharf gar nicht möglich sei. Zum Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers wird dargelegt, dieses sei seit Jahren auffallend niedrig. Der Beschwerdeführer fürchte, auch bei kleineren körperlichen Aktivitäten seinem Körper Schaden zuzufügen. Die Schlussfolgerung im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. L. ___, dass der Beschwerdeführer ein relativ aktives Privatleben führe, sei nicht nachvollziehbar. Inzwischen sei das Aktivitätsniveau noch weiter zurückgegangen. Ressourcen seien kaum vorhanden: Selbst die Kontakte in der eigenen Familie seien

weitgehend weggebrochen. Auch im privaten Alltag sei das Aktivitätsniveau auf ein Minimum der Selbstpflege, kurzer Spaziergänge und Fernsehen herabgesunken. Die Einschränkungen zögen sich durch alle Bereiche. Der Leidensdruck sei hoch. Er dürfte der wesentliche Motor dafür sein, dass so vielfältige, wiederholt eingehende Diagnostik im Verlauf der Jahre stattgefunden habe. Die hypochondrischen Befürchtungen und das Misstrauen seien bis heute so ausgeprägt, dass sich der Beschwerdeführer nicht auf Behandlungsmassnahmen einlassen könne. Zusammengefasst kommt die Gutachterin zum nachvollziehbaren Schluss, dass der Beschwerdeführer als Gipser bereits aus somatischen Gründen unbestrittenermassen nicht mehr arbeitsfähig ist. Doch auch in einer somatisch angepassten Tätigkeit ist aus psychiatrischer Sicht mit Problemen durch die hypochondrische Störung zu rechnen und mit den Einschränkungen der exekutiven Funktionen, die sich in der neuropsychologischen Untersuchung abgebildet haben und ihre Entsprechung in der Berufsbiografie finden. Im Hinblick auf die Mini-ICF-APP haben sich zusätzliche Störungen ergeben, weshalb davon auszugehen ist, dass auch in einer Nischantätigkeit die Fähigkeiten für eine verwertbare Tätigkeit nicht ausreichen. Das Verhalten des Beschwerdeführers während der Bemühungen von Seiten des RAV plus im Anschluss an die IV-Verfügung von 2011 bilde die Persönlichkeitspathologie bereits deutlich ab. Insofern geht die Gutachterin aus psychiatrischer Sicht spätestens ab den Massnahmen durch RAV plus Im Februar 2011 von einer nur teilzeitig gegebenen Arbeitsfähigkeit aus. Die vorliegenden Berichte seit Wiederanmeldung im Mai 2019 sprächen schliesslich dafür, dass spätestens ab damals keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben gewesen sei, auch nicht in einer angepassten Tätigkeit. Ihre Einschätzung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit gilt somit auch für den Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung. Auf diese plausiblen Ausführungen ist insgesamt abzustellen. Beim Beschwerdeführer besteht allein aus psychiatrischen Gründen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab Mai 2019 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. 7. Ohne einen Einkommensvergleich vornehmen zu müssen, hat der Beschwerdeführer im Ergebnis gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % mit Wirkung ab 1. Mai 2020 (Ablauf des Wartejahrs ab Mai 2019, Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) Anspruch auf eine volle Invalidenrente. Die Beschwerde ist zu gutzuheissen. 8. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 13. Mai 2022 eine Kostennote zu den Akten gegeben (A.S. 178 ff.), in welcher ein zeitlicher Aufwand von 21,37 Stunden zu einem Stundenansatz von CHF 250.00, Auslagen von 345.00 und damit inkl. Mehrwertsteuer von 7,7 % eine Parteientschädigung von insgesamt CHF 6'125.45 geltend gemacht. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf den entsprechenden Betrag festzusetzen (21,37 Stunden zu CHF 250.00 [§ 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11], zuzüglich Auslagen und Mehrwertsteuer). 9. 9.1 Auf Grund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1 000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten. 9.2 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (s. Art. 45 Abs. 1 ATSG, BGE 143 V 269 E. 6.2.1 S. 279 f.), sofern zwischen seiner

unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2 S. 75, 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Das Gutachten der Gutachterstelle B.____, welches der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorlag, erlaubte keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, weil die dortige Indikatorenprüfung nicht schlüssig war bzw. offenbar noch von der alten Überwindbarkeitspraxis ausgegangen wurde. In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, ein weiteres Gutachten einholen müssen, um den entscheiderelevanten Sachverhalt zu klären, bevor sie über den Leistungsanspruch befand. Sie hat daher die Kosten des Gerichtsgutachtens von insgesamt CHF 9'096.20 zu tragen. Gegen deren Höhe hat die Beschwerdegegnerin keine Einwände erhoben, nachdem sie die fragliche Rechnung zugestellt erhalten hatte (A.S. 169).

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