

# SO\_GERICHTE VSBES.2022.211 vom 22. September 2022

SO Obergericht, 2022-09-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.211](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.211)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.211 du 22 septembre 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.211 del 22 settembre 2022

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

### E. 2.2

2.2.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres (Wartejahr) ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses (Warte-)Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Arbeitsunfähigkeit ist dabei die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

2.2.2 Der Beschwerdeführer meldete sich im November 2019 bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an. Das Wartejahr wäre somit im November 2020 abgelaufen, womit sein Rentenanspruch frühestens in diesem Zeitpunkt hätte entstehen können.

### E. 2.3

2.3.1 Das IVG hat per 1. Januar 2022 verschiedene Änderungen erfahren, u. a. wurde in Art. 28b IVG neu ein stufenloses Rentensystem eingeführt. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Trifft dies zu, so erfolgt ein allfälliger Wechsel zum neuen stufenlosen Rentensystem je nach Alter der Rentenbezügerin oder des Rentenbezügers gemäss lit. b und c der Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020. Steht hingegen ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_644/2022 vom 8. Februar 2023, E. 2.2.1. m. w. H.).

2.3.2 Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022, betrifft aber einen frühestens im November 2020 beginnenden Rentenanspruch. Der Rentenanspruch entstand damit vor den, 1. Januar 2022. Folglich ist grundsätzlich die Rechtslage, wie sie sich bis

zum 31. Dezember 2021 darstellte, massgebend. Die am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen finden keine Anwendung.

2.4. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG in der zuletzt vor den Änderungen vom 1. Januar 2022 geltenden Fassung besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente.

2.5 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. 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.

3. Strittig ist vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Die Beschwerdegegnerin verneinte in der angefochtenen Verfügung den Anspruch auf eine solche mit dem Verweis auf den zu tiefen IV-Grad des Beschwerdeführers. Sie stützte sich dabei auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. B.\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) und C.\_\_\_\_ (Facharzt für Rheumatologie), welches im Januar 2021 erstellt wurde (IV-Nrn. 87.1 und 88.2). Der Beschwerdeführer spricht diesem Gutachten den Beweiswert ab (A.S. 21 ff.), weshalb dieser zu prüfen ist.

### 3.1

3.1.1 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d. h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 122 V 157 E. 1c).

3.1.2 Rechtsprechungsgemäss ist bei der Beurteilung von Gutachten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte oft wertvolle Erkenntnisse hervorbringen, doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige ■ und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende ■ Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkant oder ungewürdigt geblieben sind. Eine vertiefte

Auseinandersetzung mit jedem einzelnen Bericht ist nicht erforderlich, wenn sich insgesamt ein vollständig und schlüssig ermitteltes Bild des Gesundheitszustandes ergibt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_642/2011 vom 14. Februar 2012 E. 5.2).

3.2 Der Beschwerdeführer wurde am 6. Dezember 2021 von Dr. med. C.\_\_\_\_ rheumatologisch und am 20. Dezember 2021 psychiatrisch durch Dr. med. B.\_\_\_\_ begutachtet (IV-Nr. 87.2 S. 1). Das Gutachten selbst datiert vom 28. Januar 2022 (IV-Nr. 87.1 S. 1). Die Gutachter hielten fest, als gemeinsame Konsensbeurteilung könne, unter Berücksichtigung des rheumatologischen Belastbarkeitsprofils, die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters uneingeschränkt übernommen werden (IV-Nr. 87.1 S. 4).

3.2.1 Im psychiatrischen Gutachten diagnostizierte Dr. med. B.\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine nicht näher bezeichnete Angststörung (ICD-10 F41.9) sowie eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1). Als die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussend äusserte Dr. med. B.\_\_\_\_ den Verdacht auf das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41; IV-Nr. 87.1 S. 17). Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Callagent 5,6 Stunden pro Tag arbeitsfähig, entsprechend einem 70%-Pensum. Auch in einer angepassten Tätigkeit, d. h. einer solchen, bei der der Beschwerdeführer nicht unter sehr vielen Menschen sei, bestehe dieselbe Arbeitsfähigkeit von 70 %. Diese Arbeitsfähigkeit bestehe seit ungefähr Mitte 2020 (IV-Nr. 87.1 S. 24 f.).

3.2.2 Dr. med. C.\_\_\_\_ stellte aus rheumatologischer Sicht nur Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und zwar die Folgenden: (1) ausgeprägte Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung, nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend, (2) chronische unspezifische Kreuzschmerzen, (3) Hyperkyphose der BWS bei Status nach Morbus Scheuermann in der Jugend und (4) eine linkskonvexe Torsionsskoliose thorakolumbal (IV-Nr. 88.2 S. 14). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hielt der Rheumatologe fest, die zuletzt vom Beschwerdeführer ausgeübte Tätigkeit in einem Callcenter habe sich innerhalb der rheumatologischen Limiten bewegt, weshalb auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit begründet werden könne. Eine optimal angepasste Tätigkeit sei aus rheumatologischer Sicht eine körperlich leichte bis mittelschwere rückenadaptierte Tätigkeit ohne Arbeitshaltungen längerdauernd oder wiederholt vornüber geneigt oder rekliniert und nicht verbunden mit repetitiven Bück- und Torsionsbewegungen. Diese Einschätzung gelte aktuell sowie retrospektiv (IV-Nr. 88.2 S. 17).

3.3 Der Beschwerdeführer rügt, das Gutachten enthalte keine interdisziplinäre Gesamt- und Konsensbeurteilung (A.S. 22).

3.3.1 Das Gutachten enthält einen als «interdisziplinäre Gesamtbeurteilung» bezeichneten Teil, in dem die beiden Gutachter den medizinischen Sachverhalt kurz zusammenfassen, eine Auswahl der von ihnen als wichtig erachteten Vorakten zitieren und hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das psychiatrische Teilgutachten verweisen (IV-Nr. 87.2). Ausserdem ist festgehalten, dass die beiden Gutachter im Rahmen einer telefonischen Besprechung am 25. Januar 2022 zu dieser Konsensbeurteilung gekommen sind (IV-Nr. 87.3 S. 4). Der interdisziplinäre Teil trägt zudem die Unterschriften beider Gutachter (IV-Nr. 87.3 S. 5).

3.3.2 Die interdisziplinären Ausführungen im Gutachten sind nicht besonders ausführlich. Da aber aus rheumatologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden, sondern lediglich ein Belastungsprofil umrissen wird, dem auch die bisher ausgeübte Tätigkeit als Callagent entspricht, ist nachvollziehbar, dass auf das psychiatrische Gutachten verwiesen wird. Dass zwischen den Gutachtern eine Konsensbesprechung stattgefunden hat, geht aus dem Hinweis auf das am 25. Januar 2022 geführte Telefonat hervor und wird ausserdem unterschriftlich anerkannt. Diesbezüglich ist das Gutachten somit nicht zu bemängeln.

3.4 Der Beschwerdeführer erachtet es als widersprüchlich, dass der rheumatologische Gutachter, Dr. med. C.\_\_\_\_, die Beschwerden auf eine Schmerzfehlverarbeitungsstörung zurückführe, aber aus rheumatologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stelle, während der psychiatrische Gutachter, Dr. med. B.\_\_\_\_, keine Schmerzfehlverarbeitungsstörung diagnostiziere. Zudem bemängelt er die psychiatrische Begutachtung als oberflächlich und nicht in genügender Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt (A.S. 23).

3.4.1 Vorab ist festzuhalten, dass Dr. med. B.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer gemäss den Angaben im Gutachten während rund zwei Stunden persönlich untersucht und zusätzlich die Akten der behandelnden Ärzte studiert hat (IV-Nr. 87.1 S. 4). Er fasst diese zusammen (IV-Nr. 87.1 S. 4 ff.) und setzt sich insbesondere mit den Berichten von Dr. med. D.\_\_\_\_, dem behandelnden Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des Beschwerdeführers, und dem Austrittsbericht des Spitals [...] ausführlich auseinander. Er legt auch dar, weshalb er zu einer anderen Beurteilung gelangt als die behandelnden Ärzte (IV-Nr. 87.1 S. 20 f.). Sodann hat er den Beschwerdeführer während der Untersuchung zu seinem Leiden befragt, seine geklagten Beschwerden im Gutachten dokumentiert (IV-Nr. 87.1 S. 9 ff.) und eine Anamnese erstellt (IV-Nr. 87.1 S. 11 ff.). Auch äussert er sich im Gutachten ausführlich zu seinem Befund (IV-Nr. 87.1 S. 15 ff.), stellt Diagnosen und leitet diese mit eingehender Begründung aus der Anamnese und dem Befund ab (IV-Nr. 87.1 S. 17 f.). Insgesamt erscheinen die Schlussfolgerungen des psychiatrischen Gutachters nachvollziehbar und schlüssig.

3.4.2 Der Kritik des Beschwerdeführers, wonach der psychiatrische Gutachter in Abweichung von den behandelnden Ärzten und entgegen den Ausführungen von Dr. med. C.\_\_\_\_ im rheumatologischen Gutachten keine gesicherte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung stelle, verfängt vor diesem Hintergrund nicht. Dr. med. B.\_\_\_\_ legte, auch unter Berücksichtigung von Konsistenz und Plausibilität, nachvollziehbar und ausführlich dar, weshalb er eine Schmerzstörung lediglich verdachtsweise diagnostiziert (IV-Nr. 87.1 S. 18). Anders als behandelnde Ärzte beurteilt Dr. med. B.\_\_\_\_ den psychiatrischen Sachverhalt dabei aus versicherungsmedizinischer Sichtweise und weist in diesem Zusammenhang auf Inkonsistenzen hin, welche zusätzlich gegen eine schwere psychische Erkrankung sprächen, wie beispielsweise das erhaltene Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers, sowie die Tatsache, dass dieser die Behandlung erst Mitte 2020 aufgenommen habe und seither faktisch lediglich 1 - 2 Mal pro Monat in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung sei. Zudem nehme er kaum Medikamente, was insgesamt gegen einen hohen Leidensdruck spreche (IV-Nr. 87.1 S. 18, 20 und 22 f.). Der Gutachter führt auch aus, dass der Mini-ICF, dessen Nichtdurchführung vom Beschwerdeführer als gutachterliches Versäumnis gerügt wird, aufgrund der vielen Inkonsistenzen und Widersprüchlichkeiten in den Angaben des Beschwerdeführers keine

verlässliche Aussage machen würde (IV-Nr. 87.1 S. 24).

3.4.3 So ist denn auch die Tatsache, dass Dr. med. C.\_\_\_\_ jedoch keine solche diagnostiziert, entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 22) kein Widerspruch. Die Diagnose einer Schmerzfehlverarbeitungsstörung wäre, wie der Beschwerdeführer selbst darlegt, dem psychiatrischen Fachgebiet zuzuordnen. Die Beurteilung, ob eine Schmerzverarbeitungsstörung vorliegt, obliegt somit einzig dem psychiatrischen Gutachter, unabhängig von der rheumatologischen Beurteilung. Dr. med. B.\_\_\_\_ legt vorliegend nachvollziehbar dar, weshalb er keine solche diagnostizieren könne. Ein Widerspruch lässt sich nicht erkennen. Der Umstand, dass Beschwerden geklagt werden, für die kein organisches Korrelat besteht, führt nicht zwingend zu einer psychiatrischen Diagnose.

3.5 Auch die im Bericht vom 10. März 2022 geäußerte Kritik von Dr. med. D.\_\_\_\_, dem behandelnden Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des Beschwerdeführers, am psychiatrischen Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ vermag dessen Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Dr. med. D.\_\_\_\_ bemängelt, dass im Vergleich zwischen den im Gutachten dargestellten Leiden und dem psychiatrischen Befund eine «Abmilderung» stattfinde, was sich in, im Vergleich zu den von den behandelnden Ärzten gestellten, weniger schwerwiegend ausfallenden Diagnosen zeige (IV-Nr. 97 S. 2). Die von Dr. med. D.\_\_\_\_ zitierten Leiden (z. B. die Schmerzen des Beschwerdeführers, seine Schlafprobleme, sein Leiden an Vergesslichkeit oder seine Zukunftsängste) betreffen die vom Beschwerdeführer während der Begutachtung subjektiv geschilderten Beschwerden, während die von Dr. med. D.\_\_\_\_ als Befund bezeichneten Beschwerdeumschreibungen den fachärztlich psychiatrischen Befund von Dr. med. B.\_\_\_\_ betreffen. Es liegt in der Natur der Sache, dass die subjektiv geklagten Leiden nicht immer mit dem psychiatrischen Befund übereinstimmen. Es zählt zu den zentralen Aufgaben eines Gutachters, diese Unterscheidung zu treffen. Entsprechend ist es auch kein Mangel, wenn der Befund vergleichsweise weniger ausgeprägt ausfällt als die subjektiv geklagten Beschwerden. Die restlichen von Dr. med. D.\_\_\_\_ aufgeworfenen Kritikpunkte ■ die im Vergleich zu den behandelnden Ärzten als weniger schwer diagnostizierte Angststörung sowie die Schamproblematik ■ entspringen einer unterschiedlichen Beurteilung eines im Wesentlichen aber übereinstimmenden Sachverhaltes. Wichtige, nicht der rein subjektiven Interpretation entspringende, bisher unerkannte oder ungewürdigte Aspekte sind nicht ersichtlich. Eine von derjenigen von Dr. med. B.\_\_\_\_ abweichende Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes oder Zweifel am Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ drängen sich vorliegend aufgrund des Berichts von Dr. med. D.\_\_\_\_ nicht auf.

3.6

3.6.1 Der Beschwerdeführer rügt weiter, weder im rheumatologischen noch im psychiatrischen Teilgutachten werde auf die erschwerte Gesprächsführung mit dem Beschwerdeführer und Begleitsymptomatikern wie die Hyperhidrosis oder Rötungen eingegangen (A.S. 23).

3.6.2 Diese Kritik lässt sich mit Blick auf das Gutachten nicht nachvollziehen. Die Hyperhidrosis des Beschwerdeführers wurde von Dr. med. B.\_\_\_\_ im Gutachten explizit beschrieben («auf dem Leibchen sind [ ] deutliche Schwitzspuren unter der Achsel und einer Hautfalte am Abdomen sowie am Rücken zu erkennen», IV-Nr. 87.1 S. 15). Der psychiatrische Gutachter bemerkt hinsichtlich der Gesprächsführung mit dem

Beschwerdeführer auch, angesichts der vom Beschwerdeführer angestregten Überlegungen und Äusserungen sei von einer knapp durchschnittlichen Intelligenz auszugehen (IV-Nr. 87.1 S. 16), die Beschwerdeschilderung durch den Beschwerdeführer sei teils wenig fassbar und vage, nicht immer konsistent und widersprüchlich gewesen (IV-Nr. 87.1 S. 15).

3.7 Der Beschwerdeführer bemängelt am rheumatologischen Gutachten, darin würden beinahe ausschliesslich die subjektiv geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers wiedergegeben. Die objektiven Belege für Funktionsbeeinträchtigungen in jeglicher Arbeitstätigkeit würden zu wenig diskutiert (A.S. 24).

3.7.1 Dr. med. C.\_\_\_\_ beschreibt im rheumatologischen Gutachten den medizinischen Sachverhalt ausführlich und zitiert dabei auch Berichte der behandelnden Ärzte (IV-Nr. 88.2 S. 3 f.). Auch die eingesehenen Vorakten sind dokumentiert (IV-Nr. 88.2 S. 4 ff.). Der Rheumatologe beschreibt zudem ausführlich die anlässlich der eigenen Untersuchung gemachten Befunde (IV-Nr. 88.2 S. 12) und legt dar, woraus er die von ihm gestellten Diagnosen ableitet (IV-Nr. 88.2 S. 14). So hält er fest, beim Beschwerdeführer sei in der Jugend Morbus Scheuermann diagnostiziert und konservativ behandelt worden, um ein weiteres Fortschreiten der Kyphosierung der BWS zu verhindern, und erwähnt, dass dieses Krankheitsbild in der Adoleszenz Schmerzen verursachen könne, aber nicht müsse. Es lägen weder Hinweise auf ein entzündliches Geschehen vor, noch auf eine Myelopathie, eine Neurokompression, eine Radikulärsymptomatik, ein Facettengelenksyndrom oder auf segmentale diskogene Schmerzen. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen ausgeprägten Beeinträchtigungen im Alltag könnten keinem rheumatologischen Krankheitsbild zugeordnet werden. Der Beschwerdeführer klagt über Kreuzschmerzen, welche aber anhand der nicht dazu passenden bildgebenden Befunde und des thorakal aufgetretenen Rundrückens als unspezifisch bezeichnet werden müssten. Im Vordergrund stehe eine Schmerzfehlerverarbeitungsstörung, welche kein rheumatologisches Krankheitsbild sei, weshalb die entsprechenden Beschwerden bei der rheumatologischen Beurteilung nicht berücksichtigt worden seien (IV-Nr. 88.2 S. 14 f.).

3.7.2 Die gutachterlichen Feststellungen von Dr. med. C.\_\_\_\_ sind nachvollziehbar begründet. Auch ist es folgerichtig, wenn er die nicht durch seine Befunde gedeckten Beschwerden des Beschwerdeführers nicht einem rheumatologischen Geschehen zuordnet und entsprechend nicht in seine Beurteilung hat einfließen lassen. Das vom Rheumatologen entworfene Belastungsprofil bezieht zudem die aus rheumatologischer Sicht nachvollziehbaren Beschwerden und Einschränkungen des Beschwerdeführers mit ein. Da die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Callagent diesem Belastungsprofil entspricht, ist die Schlussfolgerung, aus rheumatologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (in der bisherigen und anderen, dem Belastungsprofil ebenfalls entsprechenden Tätigkeiten) ebenfalls einleuchtend. Die Kritik des Beschwerdeführers verfängt somit nicht.

### 3.8

3.8.1 Der Beschwerdeführer erachtet eine bisdisziplinäre Begutachtung als nicht ausreichend, sondern ist der Meinung, es hätten in weiteren Fachdisziplinen Gutachten eingeholt oder Abklärungen getätigt werden müssen, so u. a. in den Bereichen Neurologie und Neuropsychologie (A.S. 24 f.).

3.8.2 Der Beschwerdeführer führt hierzu begründend aus, anlässlich einer neurologischen Sprechstunde im Kantonsspital Olten seien nur oberflächliche Untersuchungen durchgeführt worden. Zusatzuntersuchungen oder Testungen seien nicht erfolgt (A.S. 24). Der Beschwerdeführer bezieht sich dabei auf den in den Akten liegenden Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie) vom 13. Februar 2020. Darin konnte zusammenfassend «das Vorliegen einer somatisch neurologischen Ursache» der Beschwerden des Beschwerdeführers nicht bestätigt werden, und die Symptomatik wurde als «am ehesten im Rahmen eines chronifizierten Schmerzsyndroms» verortet (IV-Nr. 17 S. 3). Es leuchtet nicht ein, weshalb der Beschwerdeführer eine neurologische Abklärung aufgrund dieses Berichts für indiziert erachtet, sieht darin doch selbst sein behandelnder Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_ keine neurologische Ursache seiner Beschwerden. Auch sahen weder die Gutachter (Dres. med. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_) noch der RAD die Notwendigkeit neurologischer oder anderer, beispielsweise neuropsychologischer oder allgemeininternistischer, Abklärungen. Hinweise, wonach der medizinische Sachverhalt nicht erstellt bzw. durch weitere Abklärungen ergänzt werden müsste, ergeben sich somit nicht.

3.9 Das Gutachten entspricht den Anforderungen der Rechtsprechung an eine medizinische Expertise. Es ist beweiswertig. Weitere Abklärungen, insbesondere auch die antragsgemässe Einholung eines Gerichtsgutachtens, erübrigen sich damit. Auch die Rüge, die Beschwerdegegnerin habe den Sachverhalt unvollständig und unrichtig festgestellt, verfängt somit nicht (A.S. 21).

4. Die Beschwerdegegnerin durfte bei der Beurteilung des Anspruches des Beschwerdeführers folglich auf das Gutachten der Dres. med. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ abstellen. Die Ermittlung des Invaliditätsgrades in der angefochtenen Verfügung erscheint korrekt und die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin erweist sich insgesamt als rechters. Entsprechend ist die dagegen gerichtete Beschwerde abzuweisen.

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

Demnach wird erkannt:

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

Rechtsmittel

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

