

# **SO\_GERICHTE VSBES.2022.60 vom 3. März 2022**

SO Obergericht, 2022-03-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.60](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.60)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.60 du 3 mars 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.60 del 3 marzo 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 3. März 2022) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach den Bestimmungen des IVG und denjenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung zu beurteilen.

### **E. 2**

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

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in Kraft bis 31. Dezember 2021) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.

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

### **E. 3**

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

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

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

122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

3.4 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht 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.). Vom Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte ist voller Beweiswert zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen.

3.5 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere 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 Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C\_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

#### **E. 4**

4.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass der Beschwerdeführer seit 26. September 2019 (Beginn der einjährigen Wartezeit) bei der Ausübung der bisherigen Tätigkeit in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei. Die bisherige schwere Tätigkeit als Mitarbeiter Sägerei sei ihm nicht mehr zumutbar. In einer leichten und angepassten Tätigkeit bestehe aus medizinischer Sicht keine Einschränkung. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 %. Retrospektiv könne lediglich ab 11. März 2020 für 12 Wochen eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen werden. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 0 %.

4.2 Der Beschwerde lässt sich entnehmen, der Beschwerdeführer rüge eine unrichtige und unvollständige Sachverhaltsermittlung durch die Beschwerdegegnerin. Bei den von ihm geklagten bandscheibenassoziierten Beschwerden seien gemäss Bericht der O.\_\_\_\_ (Dr. med. P.\_\_\_\_) aktuell Untersuchungen im Gange, welche eine mögliche Entzündung des Cage als mögliche Ursache der persistierenden Schmerzen zum Gegenstand hätten. Die entsprechenden bildgebenden Untersuchungen seien am 1. April 2022 durchgeführt worden. Zu kritisieren sei denn auch, dass im Zeitpunkt der Begutachtung bei der F.\_\_\_\_ das letzte MRI der LWS (18. August 2020) bereits über zwei Jahre alt gewesen sei und mit einem konventionellen Röntgen Befunde wie die vorliegend zur Diskussion stehenden aber

auch bspw. eine Einengung des Spinalkanals etc. nicht objektiviert werden könnten. Die Untersuchungen bei der F.\_\_\_\_ seien mithin unvollständig gewesen. Des Weiteren sei das psychiatrische Teilgutachten der F.\_\_\_\_ unvollständig und nicht nachvollziehbar.

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

5.1 Dr. med. C.\_\_\_\_, Chefarzt, Kompetenzzentrum Wirbelsäulenchirurgie, Spital D.\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 10. Dezember 2019 folgende Diagnosen (IV-Nr. 6, S. 4 f.):

Facettengelenkshypertrophie mit höhergradiger Foraminalstenose L5/S1 links

Der Patient beklage die linksseitigen lumboischialgieformen Schmerzen mit Ausstrahlung im L5-Versorgungsgebiet, recht typisch für die oben genannte Situation und nach einiger Diskussion über die verschiedenen Möglichkeiten hinsichtlich der oben genannten Degeneration habe man sich primär zur Infiltration L5/S1 extraforaminal auf der linken Seite entschlossen. Sollte dies letztlich keine relevante Besserung erbringen, werde eine Operation mit weiter Dekompression L5/S1 auf der linken Seite und gleichzeitiger Stabilisierung dieses Segmentes empfohlen.

Am 20. Dezember 2019 wurde die besagte Infiltration beim Beschwerdeführer durchgeführt (siehe Infiltrationsbericht vom 31. Dezember 2019, IV-Nr. 6, S. 2 f.).

5.2 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 6. Februar 2021 (IV-Nr. 15) aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 26. September 2019 für jegliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Der Beschwerdeführer leide seit Jahren unter rezidivierenden Episoden von bewegungsabhängigen Schmerzen im Bereich der LWS, wobei Facettengelenksinfiltrationen durch die Wirbelsäulenchirurgie des Spitals D.\_\_\_\_ und ambulante Physiotherapie einen ungenügenden Effekt gehabt hätten, sodass schliesslich am 11. März 2020 eine ALIF des Segments LWK 5 / SWK 1 mit Diskektomie durchgeführt worden sei. Dies habe laut Patient zu einer deutlichen Reduktion der Schmerzausstrahlungen im Bereich des linken Beins geführt, welche sich bis in den Fussbereich erstreckt hätten. Andererseits sei es seither zu einer progredienten Zunahme der lokalen Schmerzen im Bereich der LWS mit intermittierenden Schmerzausstrahlungen in den dorsalen Oberschenkelbereich beidseits gekommen. Der Beschwerdeführer habe im Sitzen bereits nach wenigen Minuten starke lumbale Schmerzen und auch Stehen und Gehen führten zu einer Beschwerdezunahme, sodass sich die maximale Gehdistanz auf wenige hundert Meter beschränke. Der Patient habe seit 2016 festgestellt, dass es zu degenerativen Veränderungen von PIP- und DIP-Gelenken gekommen sei. Eine Behandlung mit Condrosulf habe diesbezüglich keinen Einfluss gehabt. Seit Januar 2019 sei es dann aber zu Schmerzen im Bereich von DIP- und PIP-Gelenken sowie auch im Bereich der Zehengelenke III bis V beidseits gekommen. Der Patient berichte, unter massiven Schlafstörungen, Kraftlosigkeit, reduzierter Stressbelastbarkeit, Anhedonie, Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug und massiven Insuffizienzgefühlen seit ca. 15 Monaten zu leiden. Er habe sich vollständig zurückgezogen, er fahre kein Auto mehr, sei immobil. Es sei eine psychosomatische Behandlung in der Klinik S.\_\_\_\_ vorgesehen.

5.3 Dem Austrittsbericht der Klinik S.\_\_\_\_ vom 13. April 2021 (IV-Nr. 17) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 15. Februar 2021 bis 14. April 2021 hospitalisiert war. Dem Psychostatus lässt sich entnehmen, es habe sich ein im Kontakt bewusstseinsklarer, allseits orientierter, leicht konzentrations- und aufmerksamkeitsgestörter, denkeingengerter, deutlich niedergestimmter, stark antriebsverarmter Patient mit Hinweisen für Insuffizienz- und Schamgefühle, einen massiven sozialen Rückzug, reduzierte Stressbelastbarkeit, zunehmenden Zukunftsängsten, massiven Gedankenkreisen hinsichtlich weiterer körperlicher und psychischer Funktionsverluste, jedoch ohne Hinweise für Zwänge, Phobien, inhaltliche Denkstörungen, produktiv-psychotische Symptome oder manifeste Selbst- bzw. Fremdgefährdung gefunden. Im Gespräch habe er kooperativ gewirkt, berichte detailgenau und leicht logorrhöisch. Bei einem erheblichen subjektiven Leidensdruck und einer primär somatisch orientierten Krankheits- und Veränderungstheorie habe eine adäquate Krankheitseinsicht und eine soweit belastbare psychosoziale Behandlungsmotivation bestanden. Die Fortschritte während des Aufenthalts könnten als kleinschrittig beurteilt werden. Der Patient habe seine Emotionen besser regulieren können, habe durch die Mitpatienten eine Integration ins Patientenmilieu erleben können und durch die vermehrte Aktivität sei er mobiler geworden. Bei der Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsmodells hätten keine Fortschritte erreicht werden können. Die Schaffung von Akzeptanz und die Stärkung des Selbstwerts durch Alternativen zur Arbeit sollte in der ambulanten Therapie weitergeführt werden. Im Vordergrund stünden stärkste Schmerzen in allen Fingergelenken sowie lumbosakral, welche den Patienten in seiner Mobilität wie auch im Verrichten von Alltagsaktivitäten stark beeinträchtigt hätten. Es sei dem Patienten während des gesamten Aufenthalts nicht möglich gewesen, über längere Zeit zu sitzen, auch habe er aufgrund der Schmerzen in nahezu allen Fingergelenken eine Schonhaltung eingenommen, die zu einer nicht mobilisierbaren Krallenhand beidseits mit Beteiligung von MCP, PIP und DIP aller Finger geführt habe. Insbesondere hierbei sei eine Diskrepanz zwischen objektivierbaren Befunden und der Klinik aufgefallen. Die Schonhaltung beidseits, deren Beübung mit einer ausgeprägten Schmerzreaktion verbunden gewesen sei, habe sich nicht erklären lassen, vielmehr erscheine die Unterarmmuskulatur weder spastisch noch atroph, weshalb ebenfalls nicht auf eine zentrale Genese zu schliessen sei. Unter Ablenkung des Patienten seien wiederum Bewegungen auch der von degenerativen Veränderungen betroffenen Gelenke möglich gewesen, weshalb in Zusammenschau von einer somatoformen Komponente, oder möglicherweise von einer vorbewussten Aggravation der Handschmerzen auszugehen sei. Da die Schlafqualität erheblich von den Schmerzen beeinflusst werde, sei die Therapie mit Saroten begonnen worden, worunter sich sowohl Schlaf als auch Schmerzen bis zu einer Dosis von 50 mg wenig gebessert hätten. Zur Besserung der depressiven Verstimmung und einer ebenfalls erhofften coanalgetischen Wirkung sei Cipralext erhöht worden. Leider sei es nicht im Geringsten möglich gewesen, dem Patienten ein somatoformes Krankheitskonzept zu vermitteln, sodass an der Fingerbeweglichkeit sowie an der körperlichen Belastbarkeit keine Fortschritte hätten erzielt werden können. Es habe vom 15. Februar 2021 bis 2. Mai 2021 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden.

5.4 Der Aktennotiz zur interdisziplinären Besprechung vom 4. Mai 2021 (IV-Nr. 18) lässt sich entnehmen, der Versicherte leide seit ca. 15 Jahren an bewegungsabhängigen Schmerzen der Lendenwirbelsäule, wobei Infiltrationen keine Besserung gebracht hätten, so dass am 11. März 2020 eine Versteifung des Segmentes L5/S1 vorgenommen worden sei. Dadurch habe eine deutliche Besserung der Beschwerden erreicht werden können, aber

lokale Beschwerden mit Ausstrahlung in beide Oberschenkelrückseiten seien verblieben und seien als zunehmend angegeben worden. Die Schmerzen hätten sich nach einigen Minuten in sitzender Position verstärkt, aber auch Gehen und Stehen verstärkte die Beschwerden, so dass er nur einige hundert Meter gehen könne. Ein MRI der Lendenwirbelsäule vom 8. August 2020 habe regelrechte postoperative Verhältnisse gezeigt, das Osteosynthese-Material finde sich in situ, entzündliche Veränderungen oder eine Neurokompression hätten nicht festgestellt werden können. Zusätzlich bestehe eine bereits fortgeschrittene Fingerpolyarthrose, betont in Form von Heberden-Arthrosen Dig. II beidseits, welche das vom Patienten geklagte Funktionsdefizit der Hände laut ärztlichen Vorbefunden jedoch nicht erkläre. Es bestehe insgesamt eine deutliche Diskrepanz zwischen den körperlichen Befunden und dem Schmerzerleben, bzw. den funktionellen Einschränkungen im Alltag, was insbesondere dem Entlassungsbericht der Klinik S.\_\_\_\_ vom 13. April 2021 zu entnehmen sei. Laut behandelndem Hausarzt leide der Beschwerdeführer seit Jahren unter depressiven Episoden, wobei er auch ein bereits chronifiziertes Schmerzerleben beschreibe. Gemäss RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, halte sich der Versicherte selbst als für gar keine Tätigkeit mehr fähig wegen seiner Schmerzen. Die medizinischen Untersuchungsergebnisse hätten aber keine so ausgeprägten krankhaften Veränderungen gezeigt, dass ihm gar keine Tätigkeiten zumutbar wären. Allerdings lasse sich der mögliche Umfang der ausführbaren Tätigkeiten aus den bisher vorliegenden medizinischen Dokumenten nicht abschliessend beurteilen. Es werde daher eine polydisziplinäre Begutachtung empfohlen.

5.5 Die Beschwerdegegnerin holte bei der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, welches von dieser am 22. Dezember 2021 erstattet wurde (IV-Nr. 29.1 ■ 29.6). Im Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

Es bestehe eine deutliche Minderbelastbarkeit mit chronischem Schmerzsyndrom der unteren Lendenwirbelsäule nach Spondylodese L5/S1 bei Z. n. degenerativer Diskopathie. Die vom Versicherten präsentierte Symptomatik entspreche in erster Linie einem chronifizierten lumbospondylogenen Schmerzsyndrom auf der Grundlage einer degenerativen Diskopathie L5/S1 und Status nach ALIF dieses Bewegungssegmentes. Die aktuell angefertigte konventionelle Röntgenaufnahme der LWS ergebe keine Hinweise auf einen mehrsegmentalen Befall, die klinische Exploration keine Hinweise auf eine radikuläre Kompressionssymptomatik respektive auf ein Syndrom des engen Spinalkanals. Die vom Versicherten angegebenen Sensibilitätsstörungen am linken Bein (bei erhaltener Motorik, fehlender Muskelhypotrophie und seitengleich auslösbaren Eigenreflex) seien Ausdruck einer dissoziativen Sensibilitätsstörung infolge einer extrasomatischen Schmerzamplifikation (DD Aggravation). Die Krallenfehlstellung der Finger lasse sich nicht erklären durch eine lokalisierte strukturelle Pathologie an den Fingergelenken, die früher beschriebene ausgeprägte Fingerpolyarthrose existiere weder klinisch noch radiologisch. Es bestünden auch keine Hinweise für eine Mitbeteiligung des Bewegungsapparates bei bekannter Psoriasis im Sinne einer Psoriasis-Arthropathie. Wie bereits im Austrittsbericht der Klinik S.\_\_\_\_ festgehalten, könne wiederum eine erhebliche Diskrepanz zwischen den angegebenen, invalidisierenden Schmerzen und der geringen objektivierbaren Befunde festgestellt werden. Der Versicherte neige zu vermehrter nach innen gerichteter Selbstwahrnehmung. Psychologische Faktoren seien insoweit an der

Aufrechterhaltung der dysfunktionalen Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung beteiligt. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit ergebe sich aus den psychischen Faktoren, welche bei der Schmerzverarbeitung beteiligt seien, allerdings nicht. Eine Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert habe sich nicht gefunden. Eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei in der angestammten Tätigkeit seit September 2019 anzunehmen. Eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit in optimal angepassten Tätigkeiten könne retrospektiv bis auf die AUF postoperativ ab 11. März 2020 für 12 Wochen nicht attestiert werden. Die Arbeitsunfähigkeit ergebe sich massgeblich aus den Folgen der degenerativen Diskopathie L5/S1 mit Zustand nach Spondylodese und nach erfolgter Entwicklung eines chronifizierten lumbospondylogenen Schmerzsyndroms auf rheumatologischem und neurologischem Fachgebiet.

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

5.6.1 Dem Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie FMH, vom 25. März 2022 (Urkunde Nr. 4 des Beschwerdeführers) lässt sich entnehmen, der Patient sei subjektiv in stark schmerzgeplagtem Zustand. Der Patient sei nicht schwingungsfähig. Es bestehe ein stark überlagertes Schmerzbild. Die Anamnese habe aufgrund der Beschwerden liegend beim Patienten durchgeführt werden müssen. Beim Aufstehen habe er gesagt, dass aufgrund der Schmerzen der Zehenspitzen und Fersengang kaum möglich sei, könne diesen jedoch unter erschwerten Bedingungen durchführen. Im Liegen Prüfung der Sensibilität, der Patient gebe eine Hypästhesie am dorsalen Oberschenkel auf der rechten Seite an, ansonsten gut erhaltene Sensibilität. Bei jeglicher Berührung des Patienten starke Schmerzen, das Lasegue-Zeichen sei somit nicht zuverlässig beurteilbar. Schmerzen auch bei der motorischen Untersuchung, sodass diese nicht korrekt durchführbar sei. Angedeutete Bewegungen bei der Fusshebung / Fussenkung, der Kniestreckung und der Hüftflexion sowie die Abduktion und Adduktion, sämtliche Untersuchungen seien jedoch schmerzbedingt nicht beurteilbar. Blasen- oder Mastdarmstörungen seien verneint worden. Eine gute neurologische Beurteilung sei beim Patienten nicht möglich. Eine S1 Radikulopathie sei aufgrund des grossen Kelches im Bandscheibenfach L5/S1 relativ unwahrscheinlich. Die klinische Symptomatik bestehe gemäss dem Patienten in identischer Art und Weise seit zwei Jahren. Als Ultima Ratio werde zur Untersuchung ein MRI der LWS empfohlen, um eine neue Neurokompression auszuschliessen sowie ein SPECT-CT der LWS, um eine entzündliche Ursache im Bereich des Cages mit letzter Sicherheit ausschliessen zu können.

5.6.2 Am 1. April 2022 fand im Spital D.\_\_\_\_ eine MRI-Untersuchung der Wirbelsäule statt. Dr. med. T.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Institut für Medizinische Radiologie, berichtet von einem stationären Verlauf ohne neu aufgetretene Neurokompression seit der letzten MRT der LWS vom 18. August 2020. Im Verlauf der linken L5 Wurzel neuroforaminal direkter ossärer Kontakt bei Spondylophyten mit dorsal erhaltener Fetttlamelle ohne eindeutige Neurokompression (Urkunde Nr. 6 des Beschwerdeführers).

5.6.3 Ebenfalls am 1. April 2022 fand im gleichen Spital eine 3-Phasen-Skelettszintigrafie statt. Dem entsprechenden Bericht (Urkunde Nr. 7 des Beschwerdeführers) lässt sich Folgendes entnehmen: Cage mit ventraler Spondylodese im Segment LWK5/SWK1. Kein Anhalt für eine Knochenstoffwechselsteigerung im Fremdmaterialbereich als Hinweis für eine Fremdmateriallockerung oder im kranialen Anschlusssegment als Hinweis für eine Segmentinstabilität. Insgesamt zeige sich im Bereich der LWS und des Beckens kein

Anhalt für eine pathologische Knochenstoffwechselsteigerung als Hinweis für ausgeprägte degenerative Veränderungen. Bei unauffälliger Perfusionsphase und unauffälliger Weichteilphase ergebe sich auch kein Anhalt für eine entzündliche Komponente. Die Knochenstoffwechselsteigerungen in den AC-Gelenken, im Ansatzbereich der Schultergelenke, 1. Rippe beidseits, in der BWS, in den Hüftgelenken, in den Kniegelenken und in den Füßen seien am ehesten vereinbar mit degenerativen Veränderungen.

5.6.4 Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte in seiner Stellungnahme vom 12. April 2022 (Urkunde Nr. 8 des Beschwerdeführers) aus, der Beschwerdeführer leide an einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.1) mit Gefühl von Wertlosigkeit und Suizidgedanken. Dies in Folge einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), vermutlich in Verbindung mit einer chronischen Schmerzstörung (ICD-10 F45.41). Hier sei es schwer, eine Differenzierung zu treffen, weil er, Dr. med. N.\_\_\_\_, über die objektive Schmerzsituation und die allfälligen Ursachen keine Informationen habe. Es wäre für den Beschwerdeführer wichtig, zu versuchen, eine andere Tätigkeit als die als Säger zu finden, soweit dies seine körperlichen Einschränkungen erlaubten. Wenn dies nicht gelinge, bestehe das hochgradige Risiko einer Chronifizierung, wenn diese nicht schon eingetreten sei.

5.6.5 Dem Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_, Leitender Arzt Rheumatologie, Spital D.\_\_\_\_, vom 22. April 2022 (Urkunde Nr. 10 des Beschwerdeführers), lässt sich entnehmen, seit der letzten Konsultation in der Sprechstunde am 4. Dezember 2020 hätten sich die körperlichen Beschwerden des Patienten nicht wesentlich verändert. Es imponierten weiterhin Deformationen der DIP- und weniger auch PIP-Gelenke beider Hände betont des Dig. II mit leichtem Flexions- und Extensionsdefizit, beziehungsweise inkomplettem grossem Faustschluss. Des Weiteren gebe der Patient bewegungsabhängige Schmerzen im Bereich der LWS mit Ausstrahlungen entlang der Aussenseite des gesamten rechten Beins bis in den lateralen Fussbereich sowie entlang der Rückseite des linken Oberschenkels an, wobei Stehen, Gehen und Sitzen zu einer Beschwerdezunahme führten und der Patient nur in Rückenlage einigermaßen beschwerdearm sei. Allerdings imponiere auch weiterhin ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit diffuser Druckdolenz über den Weichteilen sämtlicher Extremitäten und einer Berührungsempfindlichkeit der gesamten LWS-Region. Zusätzliche Symptome, insbesondere auch im Sinne einer Aphthosis, Augenentzündungen, Hautveränderungen, protrahierte gastrointestinale Beschwerden, ruhebetonte Rückenschmerzen, Gelenkschwellungen oder eine Raynaud-Symptomatik verneine der Patient. Es bestehe eine Sicca-Symptomatik, wahrscheinlich in Zusammenhang mit der Therapie mit trizyklischen Antidepressiva. Klinisch sei der Befund bezüglich der Fingerpolyarthrose und der Handfunktion im Wesentlichen gegenüber der Voruntersuchung vom Dezember 2020 unverändert. Es fehlten weiterhin Synovitiden und radikuläre sensomotorische Defizite. Insgesamt sei somit weiterhin von einer fortgeschrittenen primären Fingerpolyarthrose auszugehen, wobei mit dem Patienten erneut thematisiert worden sei, dass es leider keine ursächliche Therapie gebe.

5.6.6 Dem Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, Leitender Arzt Medizin / Pneumologie, Spital D.\_\_\_\_, vom 3. April 2023 (Urkunde Nr. 11 des Beschwerdeführers), lässt sich Folgendes entnehmen: Der Patient sei bei zunehmendem trockenem Husten und wiederholtem Erwachen in der Nacht zugewiesen worden. Er berichte über Fiebergefühl mit Schüttelfrost und starkem nächtlichen Schwitzen sowie im Verlauf Gewichtsabnahme. Im Rahmen von verschiedenen Abklärungen sei ein CT Thorax durchgeführt worden, welches eine

mediastinale Lymphadenopathie gezeigt habe. Es habe sich deswegen die Frage einer Sarkoidose gestellt. Nebenbefundlich sei noch eine unklare Hepatopathie festgestellt worden sowie eine Positivität des Quantiferon-Tests. Zur weiteren Abklärung des Befundes sei am 13. März 2023 eine Bronchoskopie mit endobronchialen Ultraschall durchgeführt worden. Diese Untersuchung habe eine geringgradige alveoläre Lymphozytose mit einem stark erhöhten CD4/CD8 Quotienten nachweisen können. In der Lymphknotenbiopsie seien epitheloidzellige Granulome festgestellt worden. Bei sonst negativem PCR und Mikroskopie für Mykobakterium tuberculosis passe dieser klinische und histologische Befund gut zu einer Sarkoidose Stadium I. In der heutigen Kontrolle berichte der Patient über eine deutliche Verbesserung des Allgemeinzustandes. Der Husten sei seltener geworden und Fieberepisoden seien nicht mehr aufgetreten. Der Appetit sei auch besser geworden. In der durchgeführten Lungenfunktionsprüfung habe sich ein unauffälliger Befund nachweisen lassen können. Es bestehe deswegen keine Indikation für eine Behandlung der Sarkoidose. Beim Patienten sei auch eine Hepatopathie festgestellt worden. Weitere hepatologische Abklärungen seien diesbezüglich in Planung. Ob dort eine Indikation für eine Sarkoidose-Therapie bestehe, sollten die Kollegen der Hepatologie beantworten. Zur definitiven Evaluation einer Behandlungsindikation aus pneumologischer Sicht werde noch eine Ergospirometrie organisiert. Bei Diagnose einer Sarkoidose sei initial eine kardiologische Standortbestimmung zum Ausschluss einer vorliegenden Herzbeteiligung indiziert. Bei einer Sarkoidose-Diagnose seien regelmässige ophthalmologische Verlaufskontrollen empfehlenswert.

5.6.7 Dr. med. M. \_\_\_ verfasste eine Stellungnahme zum rheumatologischen Gutachten von Dr. med. I. \_\_\_ vom 24. Mai 2023 (A.S. 99 ff.). In seinem Schreiben vom 28. Juli 2023 (Urkunde Nr. 12 des Beschwerdeführers) hielt er fest, der Gutachter Dr. med. I. \_\_\_ gebe an, dass ihm die Röntgenbilder der Hände von Februar 2019 aus der Praxis Dr. med. U. \_\_\_ nicht vorlägen. Genau auf diesen Aufnahmen seien aber die fortgeschrittenen Arthrosen der distalen Interphalangealgelenke, hauptsächlich der Dig. II bds. mit Achsenabweichung, und die deutlich weniger ausgeprägten Arthrosen der proximalen Interphalangealgelenke gut sichtbar. In seinem Gutachten führe Dr. med. I. \_\_\_ weiter aus, dass weder Dezember 2020 noch März 2022 eine erneute Bildgebung stattgefunden habe, was aber nicht zutrefte. Es gebe eine von ihm, Dr. med. M. \_\_\_, veranlasste Röntgenaufnahme der Hände von März 2022 am Spital D. \_\_\_, welche aber aufgrund der von Herrn A. \_\_\_ auch während der Untersuchung eingenommenen Flexionshaltung sämtlicher Finger nur in einer Ebene habe durchgeführt werden können. Die distalen und weniger auch proximalen Interphalangealgelenke seien aufgrund der Flexionsstellung auf dieser Aufnahme axial getroffen und damit nur eingeschränkt oder gar nicht zu beurteilen. Wahrscheinlich liege dieselbe untersuchungstechnische Problematik in der Röntgenaufnahme vom 27. September 2021 am Röntgeninstitut V. \_\_\_ in [...] vor, wo immerhin eine Arthrose DIP-Gelenks II rechts, aber im Hinblick auf die gut beurteilbaren Aufnahmen von Februar 2019 nicht nachvollziehbar lediglich eine "angedeutete" Arthrose des DIP-Gelenks II links erwähnt werde. Dies dürfte erklären, dass Dr. med. I. \_\_\_ in seinem Gutachten nicht nachvollziehen könne, dass vor allem im Bereich der DIP-Gelenke II Hand beidseits eine nicht altersentsprechende, deutlich fortgeschrittene Arthrose vorliege. Der letzte Sprechstundenbericht datiere auf den 13. Juni 2023, wobei aus rheumatologischer Sicht keine zusätzlichen objektivierbaren organischen Befunde hätten erhoben werden können.

5.6.8 Der Stellungnahme von Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 25. Juli 2023 (Urkunde Nr. 13 des Beschwerdeführers) lässt sich entnehmen, seit dem letzten Bericht vom 12. April 2022 habe sich die psychische Situation des Versicherten etwas verbessert, seine Äusserungen seien etwas variabler, zuweilen meine man sogar, ein Lächeln zu erahnen. Er sei jedoch nach wie vor unfähig, gegenüber seiner Situation eine andere Position einzunehmen, eine neue Zukunftsperspektive aufzubauen. Wie bis anhin sei er der Meinung, nun zu nichts mehr zu taugen, weil er nicht mehr als Säger arbeiten könne. Es sei in der Zwischenzeit ausserdem offenbar noch eine Divertikulitis (Systemkrankheit) bekannt geworden, ausserdem jüngst eine Sarkoidose diagnostiziert worden. In Folge dessen habe er weniger Appetit und habe erheblich an Gewicht abgenommen, letzteres habe sich jedoch nicht auf seine Schmerzen ausgewirkt. Die übrigen Diagnosen gälten weiterhin, ausser dass die Depression nicht mehr mittel- bis schwergradig, sondern nur mehr mittelgradig sei. Sein chronischer Schmerzmittel-Gebrauch von Oxynorm (morphinhaltig) habe sicher keine günstigen Auswirkungen, es mache ihn u.a. müde und sicher auch mit initiativlos. Er brauche dies jedoch unbedingt, die Versuche des Hausarztes oder von ihm, Dr. med. N.\_\_\_\_, ihn zu einer leichten Dosisreduktion zu bewegen, hätten sich als aussichtslos erwiesen. Man dürfe mittlerweile also auch eine entsprechende Abhängigkeit annehmen. Als Fortschritt sei aufzuwerten, dass er mittlerweile alleine mit dem Bus zur Therapie und häufig ins Spital D.\_\_\_\_ fahre, dies sei früher nicht möglich gewesen. Er lobe, dass eine direkte Busverbindung zu ihm, Dr. med. N.\_\_\_\_, bestehe und die Haltestelle nicht weit entfernt sei. Nach wie vor stehe, knie oder liege der Patient während der Konsultation. Auch wenn dies nicht Aufgabe von ihm, Dr. med. N.\_\_\_\_, sei für diesen Bericht, müsse er doch einige Anmerkungen zu dem vorgelegten Gutachten machen. Der Gutachter attestiere eine 80%ige Arbeitsfähigkeit mit der Einschränkung, dass diese eine wechselbelastende sei. Alleine, dass der Patient nicht sitzen könne und seine unklaren Verformungen an den Fingern schränken eine Arbeitsfähigkeit doch etwas ein. Der Patient sei in Ergotherapie, dies nütze jedoch nichts nach seinen Angaben. Mindestens sei es dem Patienten nicht zumutbar, aus eigener Kraft sich als Ungelernter eine neue Tätigkeit zu suchen, dazu müssten seine Fähigkeiten zunächst ausgetestet werden und er müsse auch wieder von einer Arbeitsfähigkeit überzeugt werden, so sie denn bestehe. Andernfalls sei die Prognose in der Tat ungünstig, zu welchem Schluss auch der Gutachter komme.

6. Da die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 3. März 2022 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2021 (IV-Nr. 29.1 ■ 29.6) abgestellt hat, ist zunächst zu prüfen, ob diesem Beweiswert zukommt. Der Beschwerdeführer bringt in diesem Zusammenhang vor, der rheumatologische Gutachter Dr. med. W.\_\_\_\_ habe das Ausmass der Arthrose sowie der Einschränkungen in den Fingergelenken weder klinisch noch bildgebend richtig abgeklärt. Weiter sei nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. med. W.\_\_\_\_ davon ausgehe, dass die Fingerpolyarthrose ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit sei, er aber dennoch in seinem Zumutbarkeitsprofil festhalte, dass sämtliche Tätigkeiten, welche eine normale Fingerfertigkeit voraussetzten, zu vermeiden seien. Des Weiteren werde im rheumatologischen Gutachten nicht rechtsgenügend abgeklärt, weshalb die angestammte Tätigkeit für den Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar sei, eine Verweistätigkeit jedoch zu 100 % möglich sei. Die vom Beschwerdeführer erhobenen Rügen sind nicht von der Hand zu weisen. So gab Dr. med. W.\_\_\_\_ in seinem rheumatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 29.4) als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit «Krallenfehlstellung der Finger unklarer Genese (DD Aggravation)» und «Diskrete Fingerpolyarthrose (DIP II

rechts, andeutungsweise DIP II und III links)» an (IV-Nr. 29.4, S. 9). Zur Begründung seiner Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei, gab er aber an, aus rheumatologischer Sicht könne man lediglich eine leichte Einschränkung der zumutbaren Belastungsfähigkeit des Achsenskelettes und der Funktionseinheit LWS Beckengürtel begründen, ebenso eine Reduktion der zumutbaren Belastbarkeit der Fingergelenke für alle manuell betonten und ausgerichteten Tätigkeiten (IV-Nr. 29.4, S. 8). In seiner Einschätzung des Zumutbarkeitsprofils für eine angepasste Tätigkeit, welche dem Beschwerdeführer zu 100 % zuzumuten sei, führte der rheumatologische Gutachter unter anderem aus, es seien sämtliche Arbeitstätigkeiten zu vermeiden, welche eine normale Fingerfertigkeit (sowohl grob als auch feinmotorisch) voraussetzten. Die gutachterliche Beurteilung ist somit im Resultat nicht nachvollziehbar. Aufgrund dieser widersprüchlichen Angaben im rheumatologischen Gutachten vermag auch der Konsens der Gutachter nur bedingt zu überzeugen. Auch bestehen Unzulänglichkeiten in der Konsensbeurteilung der F.\_\_\_\_-Gutachter (IV-Nr. 29.1). Eine eingehende Diskussion der gesundheitlichen Einschränkungen aus verschiedenen Fachdisziplinen kann der interdisziplinären Gesamtbeurteilung nicht entnommen werden. Es wurden einzig Ausschnitte aus den einzelnen Teilgutachten wiederholt. Aus diesen Gründen erscheint eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers gestützt auf das F.\_\_\_\_-Gutachten nicht möglich. Die gutachterliche Beurteilung ist somit im Resultat nicht nachvollziehbar.

7. Aus den vorgenannten Gründen wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei der K.\_\_\_\_ in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie und Neurologie ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten veranlasst.

7.1 Das Gutachten der K.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2023 (A.S. 59 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. Im Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt (A.S. 67 f.):

Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit:

7.2 Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, führte in seinem internistischen Teilgutachten nachvollziehbar aus, weshalb aus allgemeininternistischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung nicht attestiert werden könne (A.S. 80 ff.). So berichteter Explorand über einen anfangs dieses Jahres aufgetretenen hartnäckigen Husten. Mit Inhalationen habe sich dieser nun verbessert. Bei den Abklärungen sei eine Sarkoidose diagnostiziert worden. Gemäss dem Bericht der Pneumologie am Spital D.\_\_\_\_ handle es sich um ein Stadium I einer Sarkoidose ohne wesentliche Organpathologien. Eine spezifische Behandlung habe ebenfalls noch nicht eingeleitet werden müssen. Die klinisch allgemeininternistische Untersuchung habe weitgehend unauffällige Befunde ergeben. Festgestellt worden sei eine Adipositas mit einem BMI von 31.5kg/m<sup>2</sup>. Bei den Laboruntersuchungen hätten sich die bekannten Leberwerterhöhungen gezeigt, deren Ursache nicht klar definiert werden könne. Im Übrigen seien teilweise nur grenzwertig pathologische Laborwerte vorhanden, welche unspezifisch seien und keinen Krankheitswert hätten. Insgesamt könne aus allgemeininternistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, zumindest für

körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, festgestellt werden.

### 7.3

7.3.1 Dem psychiatrischen Teilgutachten (A.S. 88 ff.) liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erhob nach ausführlicher Befragung des Beschwerdeführers den psychiatrischen Befund (A.S. 92): Der eher etwas älter aussehende, gross gewachsene Explorand sei in der äusseren Erscheinung sonst adäquat. Er habe einen sehr verlangsamten Gang gezeigt, als er ins Untersuchungszimmer begleitet worden sei. Er sei während der ganzen Untersuchung stehen geblieben, habe sich leicht von einem Bein auf das andere bewegt, habe sonst keine Zeichen einer akuten Schmerzwahrnehmung gezeigt. Er habe auch sonst gut zu sich geschaut, er habe auch einen Becher Wasser bei sich gehabt, aus dem er zwischendurch getrunken habe. Er sei freundlich und kooperativ gewesen und habe die gestellten Fragen ausführlich beantwortet. Er habe auch Lebensdaten angeben können, wenn auch nicht immer genau. Die lebensgeschichtlichen Ereignisse habe er in der zeitlichen Abfolge richtig angegeben. Er habe am Schluss nicht mehr müde als zu Beginn gewirkt. Er habe mit fester Stimme gesprochen, seine Mimik und Gestik seien normal ausgeprägt gewesen, die affektive Modulation sei eingeschränkt geblieben. Er sei durchwegs in ernster und gefasster Haltung geblieben, habe nur einmal gelächelt, als er einen Truthahn imitiert habe beim Erzählen von den vielen Tieren bei der Mutter in der Heimat [...]. Er habe seine Beschwerden, die Schmerzen und konsekutiven Depressionen betont. Seinen Lebenslauf habe er bereits vorgängig abgegeben. Es habe genügend Zeit bestanden, um Fragen zu stellen, er habe dann keine Frage und nichts zu ergänzen gehabt. Der affektive Kontakt sei gut herstellbar gewesen. Die Stimmung sei depressiv mit verminderter Freude und einem Interessensverlust gewesen. Er habe Schlafstörungen in der Nacht und erhöhte Ermüdbarkeit am Tag angegeben. Er habe einen verminderten Appetit mit Gewichtsabnahme bei nach wie vor Übergewicht angegeben. Der Selbstwert sei herabgesetzt mit Insuffizienzgedanken gewesen. Er habe Schuldgedanken angegeben. Negative Zukunftsperspektiven allumfassender Art hätten nicht bestanden. Er sei bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien nicht gestört gewesen. Das Denken sei formal geordnet gewesen und inhaltlich hätten keine Hinweise auf Wahnideen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen bestanden. Er habe etwas spätes Aufstehen am Morgen angegeben. Eine Zirkadianität sei sonst nicht ausgeprägt gewesen. Er habe passive Sterbewünsche und anamnestisch Suizidgedanken angegeben, Hinweise auf akute Suizidalität hätten nicht bestanden. Hinweise auf fremdagggressives Verhalten habe nicht bestanden. Sonst habe er als Hauptproblem ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat angegeben.

7.3.2 Dr. med. H.\_\_\_\_ beschäftigte sich in seiner medizinischen Beurteilung mit den Vorakten und den vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden. Seine Schlussfolgerungen sind ausführlich und nachvollziehbar (A.S. 94 ff.): Übereinstimmend mit den Schlussfolgerungen des Vorgutachters Dr. med. Y.\_\_\_\_ kam auch Dr. med. H.\_\_\_\_ zum Ergebnis, dass beim Exploranden die diagnostischen Kriterien einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode erfüllt seien, welche gekennzeichnet sind durch depressive Verstimmung mit verminderter Freude, Interessensverlust, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, verminderten Selbstwert mit Insuffizienz- und Schuldgedanken und Appetitverminderung sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, gekennzeichnet durch ausgeweitete Schmerzen im

Bewegungsapparat, deren Ausmass mit somatischen Befunden nicht erklärt werden könne. Der Explorand habe eine Körpergewichtsabnahme angegeben, sei aber nach wie vor übergewichtig. Die Störung manifestiere sich auf dem Hintergrund von lebensgeschichtlichen und psychosozialen Belastungsfaktoren bei anhaltender Arbeitsunfähigkeit und angespannter finanzieller Situation. Die Anamnese sei sonst früher psychiatrisch bland mit normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit während mehrerer Jahre gewesen, was gegen die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spreche. Der Explorand habe bei der heutigen Untersuchung ein dramatisierendes Verhalten mit einer nach aussen gerichteten Beschwerdedarstellung gezeigt, das Untersuchungsgespräch sei aber gut möglich gewesen, er sei konzentriert und aufmerksam bis zum Schluss geblieben. Die Depression und die Schmerzstörung interagierten negativ im Sinne der Chronifizierung. Eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit könne aufgrund der Schmerzstörung nicht attestiert werden. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Depression anhaltend eingeschränkt.

Zu den Vorakten führte der psychiatrische Gutachter aus, der behandelnde Psychiater habe eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Bei einer mittelgradigen depressiven Episode sei eine Teilarbeitsfähigkeit zu erwarten, im Bericht vom 12. April 2020 habe Dr. med. N. \_\_\_ zudem keinen psychopathologischen Befund aufgeführt, sodass es möglich sei, dass er sich bei der von ihm diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode auf subjektive Angaben abgestützt habe. In der Klinik S. \_\_\_ seien im Psychostatus auch lediglich leichte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen festgehalten worden, es sei aber auch auf einen erheblichen subjektiven Leidensdruck hingewiesen worden, somit habe auch damals eine Diskrepanz zwischen den objektiv erhebbaren Befunden und der subjektiven Selbsteinschätzung bestanden. Gegenüber dem F. \_\_\_-Gutachten 2021 bestehe aber doch eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, es sei zu einer leichten Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen.

7.3.3 In Bezug auf die Arbeits(un)fähigkeit gelangt der Gutachter sodann zum Schluss, aufgrund der Depression komme es bei einer Arbeit zu einer erhöhten Ermüdbarkeit. Es bestehe ein vermehrter Pausenbedarf. Bezogen auf ein 100%-Pensum sei der Explorand sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig.

7.3.4 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und

Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

- Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

- Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

- gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

- behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 7.3.2 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass der Beschwerdeführer vor allem aufgrund der Depression leicht bis allenfalls mittelschwer eingeschränkt ist.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führt der Gutachter aus, es bestehe eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, auch mit antidepressiver Medikation. Der Medikamentenspiegel des Antidepressivums Escitalopram sei im therapeutischen Bereich, was an sich auf eine gute Compliance hinweise. Der Explorand erhalte Analgetika, auch vom Opioid-Typ, Oxynorm, in konstanter Dosierung verordnet, dessen Medikamentenspiegel im therapeutischen Bereich gewesen sei. Bei psychisch überlagerten Schmerzen sollten Opiate vermieden werden, wenn auch hier eine missbräuchliche Einnahme oder gar ein Abhängigkeitssyndrom nicht erwiesen seien. Das Opiat Oxynorm mache den Exploranden auch müde, wie er angegeben habe. Die Analgetikaeinnahme sollte auf jeden Fall kontrolliert werden. Hinweise auf eine missbräuchliche Einnahme oder gar eine Entzugssymptomatik hätten nicht bestanden. Es bestehe eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung, der Explorand könne es sich nicht vorstellen, mit seinen Beschwerden wieder Schritte hin auf eine Erwerbstätigkeit zu machen. Seine Schmerzen führe er auch auf die frühere, auch als anstrengend empfundene Arbeit zurück und er gebe konsekutive Depressionen an. Die Prognose sei ungünstig. Die Therapie könne zwar optimiert werden, so durch Ersetzen der Opiat-Analgetikamedikation, die auch müde mache, z.B. mit einem schmerzmodulierenden Antikonvulsivum, Pregabalin, die deutliche Überzeugung, gänzlich krank und arbeitsunfähig zu sein, deshalb auch keine Schritte hin auf eine Erwerbstätigkeit machen zu können, könne dadurch aber in absehbarer Zeit kaum geändert werden. Gestützt auf diese Ausführungen kann somit weder von einer Behandlungsresistenz noch von einer definitiven Eingliederungsresistenz ausgegangen werden.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Im psychiatrischen Teilgutachten wird eine ressourcenhemmende Wirkung der Depression beschrieben und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Der Gutachter beschreibt aber auch Hinweise auf Inkonsistenzen und Selbstlimitierung. Bei der Untersuchung habe der Explorand ein dramatisierendes Verhalten mit einer nach aussen gerichteten Beschwerdedarstellung gezeigt, das Untersuchungsgespräch sei aber gut möglich gewesen, er sei konzentriert und aufmerksam bis am Schluss geblieben. Dr. med. H. \_\_\_ führte aus, aufgrund der erheblichen psychopathologischen Befunde, der Lebenskapazität, die sich in der genauen Exploration der täglichen Aktivitäten doch auch mit gewissen Inkonsistenzen (Angabe, gesundheitsbedingt gar nichts mehr machen zu können, trotzdem vorhandene Konzentration im Untersuchungsgespräch und vor allem Reisefähigkeit mit Flugreisen in die Heimat) zeige, könne alleine aus psychiatrischer Sicht eine anhaltende höhergradige Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden (A.S. 95). Im Gutachten wird festgehalten, die Depression und die Schmerzstörung interagierten negativ im Sinne einer Chronifizierung. Eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit könne aufgrund der Schmerzstörung nicht attestiert werden. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Depression anhaltend eingeschränkt (A.S. 94). Aufgrund der gutachterlichen Ausführungen ist nicht von einer relevanten Komorbidität auszugehen.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Hierzu geht aus dem Gutachten hervor, dass keine relevanten Persönlichkeitsaspekte mit negativem Einfluss auf die Gesundheitssituation vorlägen (A.S. 92).

Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Hierzu lässt sich dem Gutachten entnehmen, der Beschwerdeführer wohne zusammen mit seiner Ehefrau und dem Sohn in einer Mietwohnung. Die Ehefrau, eine Landsfrau, arbeite in der Gastronomie im Spital zu 60 %, habe sich auch einer Handoperation unterziehen müssen. Der 2003 geborene Sohn sei im dritten Lehrjahr. Die 1998 geborene Tochter sei verheiratet. Grossvater sei er noch nicht. Finanziell sei es sehr schwierig, da er seit 19 Monaten kein Einkommen mehr habe und der Lohn der Ehefrau nicht ausreiche. So bestünden finanzielle Schulden bei der Tochter, beim Schwager. Auf die Frage der Reaktion der Menschen in seiner Umgebung auf ihn habe der Beschwerdeführer gesagt, dass sich seine Familie, die Ehefrau und die Kinder Sorgen machen würden. Früher sei er aktiv gewesen, jetzt liege er viel herum, es sei ihm einfach wohler, wenn er alleine sei. Auf die Frage nach Kontakten habe er gesagt, dass die Tochter oft vorbeikomme, man habe auch gute Kontakte zu den Schwiegereltern, die sich auch viel

Sorgen machen würden um ihn. Gute Kontakte habe er auch zum Schwager, der ihn jeweils auch begleite, mit dem Auto fahre, wenn er weiter wegmüsse. Auch zum Bruder, der auch in [...] sei, habe er gute Kontakte, dieser habe ihm auch viel mit Geld geholfen. Kollegen habe er keine. Auf die Frage, wo denn seine früheren Kollegen seien, sagte er, dass er gar nie so viele Kollegen gehabt habe, er habe stets viel gearbeitet (A.S. 90 f.). Demnach enthält der soziale Lebenskontext des Versicherten mobilisierbare Ressourcen.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Der psychiatrische Gutachter gab zur Konsistenz und Plausibilität in der Untersuchungssituation an, der Explorand sei zwar die ganze Zeit über stehengeblieben, habe sich leicht hin und her bewegt, habe sonst aber keine Zeichen einer akuten Schmerzwahrnehmung gezeigt, das Untersuchungsgespräch sei auch so sehr gut möglich gewesen. Er sei aufmerksam und konzentriert bis zum Schluss geblieben. So könne nicht nachvollzogen werden, warum ihm eine somatisch angepasste Tätigkeit nicht mehr möglich sein solle, insbesondere, wenn er dabei die Möglichkeit zu vermehrten Pausen habe. Zur Konsistenz und Plausibilität im Alltag hielt Dr. med. H. \_\_\_ fest, der Explorand habe angegeben, auch in seinem Alltag praktisch nichts mehr machen zu können, viel herumzuliegen, da Liegen für ihn noch am besten sei. Dagegen kontrastiere die Tatsache, dass er nach wie vor Flugreisen in die Heimat Serbien zur Mutter und zum Bruder dort unternehmen könne. Die ICD-10 halte fest, dass eine schwere depressive Episode dadurch gekennzeichnet wäre, dass Tätigkeiten und Aktivitäten gar nicht mehr möglich seien, bei einer mittelgradigen depressiven Episode hingegen mit Anstrengung noch möglich seien. Der Explorand habe aber auch angegeben, dass es für ihn gar nicht nötig sei, im Haushalt etwas mitzuhelfen, so habe er es nie versucht, kleinere Einkäufe selber zu erledigen, denn die Haushaltsarbeiten erledige seine Ehefrau mit Hilfe des noch zu Hause wohnenden Sohnes. Er habe auch angegeben, sich unbeschäftigt, gelangweilt zu fühlen, Menschen mit einer schwereren Depression würden dies eher nicht so sagen, sondern die durch die Depression bedingte negative Sichtweise zeigen und z.B. sagen, dass eben etwas Schlimmes passieren könne, wenn sie sich beschäftigen würden, katastrophisierende Gedanken stünden im Vordergrund des negativ zirkulären Denkens bei einer schwereren Depression. Der Explorand habe sogar angegeben, dass er jeweils auch Freude empfinden könne im Garten der Mutter bei den verschiedenen Tieren in der Heimat (A.S. 93).

Ähnliche Ausführungen tätigte auch der psychiatrische Vorgutachter Dr. med. Y. \_\_\_\_. Auch er stellte in seinem Gutachten Inkonsistenzen fest (IV-Nr. 29.2, S. 15). So führte er aus, die angegebenen Beschwerden und das Verhalten während der Untersuchung seien aus psychiatrischer Sicht nicht konsistent. Die vom Versicherten angegebene Schmerzintensität, das demonstrative Verhalten des Versicherten sowie die erkennbare Selbstlimitierung liessen Inkonsistenzen erkennen. Auch in Bezug auf die geschilderten Alltagsaktivitäten, bspw. Spaziergänge mit dem Schwiegervater, Interesse an Sportübertragungen ergäben sich Hinweise darauf, dass die vom Versicherten angegebene nonstop Schmerzintensität nicht in dem von ihm ausgeprägten Umfang nachvollziehbar sei. Eine konsistente Einschränkung des Aktivitätenniveaus ist daher eher zu verneinen.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hievord]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden. Der Beschwerdeführer befinde sich seit eineinhalb Jahren in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. N.\_\_\_\_, auch mit antidepressiver Behandlung. Der Beschwerdeführer erhalte Analgetika, auch vom Opioid-Typ Oxynorm, in konstanter Dosierung verordnet, dessen Medikamentenspiegel gemäss Dr. med. H.\_\_\_\_ im therapeutischen Bereich war. Ein behandlungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck kann somit bejaht werden.

7.3.5 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 gibt. Eine Gesamtwürdigung der Indikatoren ergibt, dass die ressourcenbildenden Faktoren deutlich überwiegen, womit die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit auch im Lichte der neuen Rechtsprechung überzeugt.

#### 7.4

7.4.1 Den Einschätzungen des rheumatologischen Teilgutachters (A.S. 99 ff.) liegt eine umfangreiche klinische Untersuchung (vgl. A.S. 104 ff.) zugrunde. Die klinische Untersuchbarkeit war aber ■ wie bereits bei der rheumatologischen Untersuchung beim Vorgutachter Dr. med. W.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 29.4) ■ aufgrund der weitgehend aufgehobenen Untersuchbarkeit resp. der ungenügenden Kooperation seitens des Beschwerdeführers bei allen klinischen Untersuchungsabläufen deutlich erschwert, sodass es Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, trotz sehr vorsichtiger Bewegungsprüfung nicht möglich war, eine adäquate klinisch-rheumatologische Untersuchung abschliessend durchzuführen. Auf die klinische und radiologische Befunderhebung folgt eine ausführliche und nachvollziehbare medizinische Beurteilung (A.S. 107 ff.): Dr. med. I.\_\_\_\_ führte aus, der Explorand schildere, dass er von der Rückenoperation vom März 2020 zu keinem Zeitpunkt profitiert habe, er beklage nun seit über drei Jahren anhaltende lumbogluteale Schmerzen mit diffuser Ausstrahlung in den Ober- und Unterschenkel dorsal beidseits. Im Weiteren bestünden chronische Schulter-Arm-Handschmerzen beidseits mit Entwicklung von Kontrakturen im Bereich der PIP-Gelenke und DIP-Gelenke beidseits. Der Referent habe das spontane Gangbild des Exploranden im Gang beobachten können, es habe sich ein leicht hinkendes Gangbild gezeigt, ebenfalls habe der Referent beobachten können, dass der Explorand sich mehrfach Wasser an einem Wasserspender in einen Becher abgefüllt habe, dabei eine tiefe Knieflexion durchgeführt habe, zum Teil sich auch hingekniet habe, um den Becher gut unter dem Wasserspender zu positionieren, wobei er den Becher mit beiden Händen gleichzeitig festgehalten habe, eine eigentliche Greiffunktion einer einzelnen Hand habe nicht beobachtet werden können. Das Ausziehen der Kleidungsstücke sei relativ gut gelungen, wobei der Explorand sich zum Teil habe hinknien müssen, das Anziehen sei deutlich schwieriger gewesen, sodass der Referent dem Exploranden abschliessend beim Schliessen der Hosen habe helfen müssen. Wie ausführlich dargelegt worden sei, habe der Explorand weder am Achsenskelett noch an den peripheren Gelenken an den oberen und

unteren Extremitäten adäquat untersucht werden können aufgrund einer subjektiv massivst ausgeprägten Schmerzschilderung und einer ganz erheblichen Abwehrhaltung. Der Referent habe im Beisein der [...] sprechenden Dolmetscherin vor allem im Rahmen der Tonaufnahme mehrfach darauf hingewiesen, dass die Untersuchungen ganz langsam und vorsichtig durchgeführt worden seien, dass der Explorand aber aus seiner Sicht schmerzbedingt eine Untersuchung der Wirbelsäule nicht zugelassen habe, ebenso wenig eine relevante funktionelle Untersuchung der peripheren Gelenke an den oberen und unteren Extremitäten. Diese faktische Nichtuntersuchbarkeit könne somatisch orientiert in keiner Art und Weise nachvollzogen werden und lasse auf eine erhebliche funktionelle Überlagerung respektive auf ein bewusstseinsnahes Verhalten des Exploranden schliessen. Dr. med. I.\_\_\_\_ begründet seine Ausführungen unter Bezugnahme der bildgebenden Voruntersuchungen: Dem Referenten liege das rheumatologische Vorgutachten von Dr. W.\_\_\_\_ zuhanden des F.\_\_\_\_ in [...] vom 23. September 2021 vor, dementsprechend eineinhalb Jahre nach der Operation vom März 2020 durchgeführt. Im Rahmen dieses Gutachtens habe der rheumatologische Spezialist die oben zitierte Bildgebung mittels Röntgen der LWS und beider Hände veranlasst, diese Befunde seien von Fachärzten des Röntgeninstituts V.\_\_\_\_ in [...] am 27. September 2021 befundet worden. Relevante mechanisch-degenerative Anschlussveränderungen an der LWS hätten nicht dargestellt werden können, die an den Händen beschriebenen Veränderungen seien nur leichter Natur gewesen, vor allem im Bereich des DIP II rechts, angedeutet DIP II links bei normaler Darstellung der MCP-Gelenke, die PIP-Gelenke seien im Rahmen der Kontrakturen bildmässig nicht konklusiv zu beurteilen gewesen. Ebenfalls habe der Referent die letzte MRT-Untersuchung vom 1. April 2020 der LWS zitiert. Es fänden sich keine höhergradigen mechanisch-degenerativen Veränderungen, insbesondere keine relevante Anschlussdegeneration proximal vom fusionierten Segment L5/S1. In Anbetracht dieser bildgebenden Befunde von 2021 und 2022 sei die momentan aufgehobene Bewegungsfähigkeit der LWS pathoanatomisch nicht zu erklären. In Bezug auf den Handstatus müsse der Referent ebenfalls konstatieren, dass eine lokale, sachgerechte Untersuchung aufgrund des erheblichen Abwehrverhaltens des Exploranden nicht möglich gewesen sei, auch einen sehr vorsichtigen Versuch, die kontrakte Fingerstellung zu redressieren, sei vom Exploranden vehement abgewehrt worden. Das oben zitierte Handröntgenbild vom September 2021 habe insgesamt jedoch nur gering ausgeprägte degenerative Veränderungen ergeben, wobei der Referent klar festhalten möchte, dass diese Befunderhebung von Fachärzten aus dem Gebiet der Radiologie erfolgt sei. Es sei für den Referenten nicht nachvollziehbar, wie es in den vergangenen Jahren zu dieser erheblichen Kontraktur im Bereich des Handskelettes gekommen sei respektive könne der Referent nicht schlüssig erklären, wieso der Explorand massive Beschwerden an beiden Armen inklusive sämtlichen Gelenken an beiden Händen beklage. Die oben dargelegte Szintigraphie habe durchaus gewisse degenerative Veränderungen am ganzen Bewegungsapparat ergeben, jedoch in einer geringen Masse, wie der Referent oben detailliert zitiert habe im Befundbericht von Prof. Dr. med. Z.\_\_\_\_ vom Institut für Medizinische Radiologie des D.\_\_\_\_. In diesem Sinne könne auch unter Berücksichtigung dieser Szintigraphie vom 1. April 2022 die momentan weitgehend aufgehobene Untersuchbarkeit des Exploranden rein pathoanatomisch in Bezug auf den Bewegungsapparat nicht adäquat erklärt werden. Ebenso wenig sei das komplette Rückzugsverhalten des Exploranden in seinem Alltag somatisch erklärbar, trotz mehrfachem Nachfragen hätten keine Alltagsaktivitäten eruiert werden können, das Gehen

ausser Haus ohne Pausen sei auf zwei bis drei Minuten limitiert, was somatisch nicht erklärt werden könne. Es ist aufgrund des Gesagten nachvollziehbar, wenn der rheumatologische Gutachter ausführt, dass der Explorand eine ganz massiv ausgeprägte subjektive Krankheits- und erhebliche Behinderungssymptomatik mit einer ausgeprägten Selbstlimitierung und einem sekundären Krankheitsgewinn präsentiere, da der Explorand im eigenen Haushalt überhaupt nichts mehr ausüben könne und sogar Hilfe durch die Ehefrau bei persönlichen Verrichtungen bedürfe. Diese erheblich geschilderten funktionellen Einschränkungen für alltägliche Verrichtungen hätten klinisch-rheumatologisch nicht erklärt werden können. Ähnliche Diskrepanzen schilderten bereits die Mediziner der Klinik S.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 13. April 2021 (IV-Nr. 17). So wurde auch von ihnen festgehalten, dass insbesondere eine Diskrepanz zwischen objektivierbaren Befunden und der Klinik aufgefallen sei. Die Schonhaltung beidseits, deren Beübung mit einer ausgeprägten Schmerzreaktion verbunden gewesen sei, habe sich nicht erklären lassen, vielmehr erscheine die Unterarmmuskulatur weder spastisch noch atroph, weshalb ebenfalls nicht auf eine zentrale Genese zu schliessen sei. Unter Ablenkung des Patienten seien wiederum Bewegungen auch der von degenerativen Veränderungen betroffenen Gelenke möglich gewesen, weshalb in Zusammenschau von einer somatoformen Komponente, oder möglicherweise von einer vorbewussten Aggravation der Handschmerzen auszugehen sei.

7.4.2 Des Weiteren setzte sich der rheumatologische Gutachter eingehend mit den Vorakten auseinander und hielt fest, die zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegenden, vor allem vom Neurochirurgen respektive wirbelsäulenorthopädischen Einschätzungen zwischen 2019 bis Frühjahr 2022, ergäben keine klaren Erklärungen für das komplett therapieresistente Schmerzbild. Dem Referenten liege ein letzter Bericht des Rheumatologen Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 22. April 2022, bezugnehmend auf die Untersuchung vom 9. März 2022, vor. Der Rheumatologe habe folgende Handbefunde festgestellt: «Hände: Fortgeschrittene Bouchard- und Heberden-Arthrosen betont des Dig. II beidseits mit Achsenabweichungen, keine umschriebenen Schwellungen, passiv leichtes Beuge- und Extensionsdefizit sämtlicher PIP- und DIP-Gelenke beidseits, grosser und kleiner Faustschluss beidseits inkomplett mit starker Schmerzangabe, diffuse Druckdolenz im Bereich beider Hände. Handgelenk: Kein Erguss, Motilität normal■. D.h. vor 14 Monaten sei die Bewegungsfähigkeit der peripheren Gelenke an beiden Händen im Vergleich zum 24. Mai 2023 noch erheblich besser gewesen. Die aktuell faktisch schmerzbedingte aufgehobene Bewegungsfähigkeit der peripheren Gelenke an beiden Händen sei daher klinisch massiv schlechter geworden, ohne dass dies somatisch orientiert erklärt werden könne. Der Referent habe im Einverständnis des Exploranden die lokalen Befunde der Hände photographisch und mit einem Video dokumentiert, um klare Fakten zu schaffen: Relevante Achsenabweichungen der Finger, wie dies Dr. med. M.\_\_\_\_ im März 2022 postuliert habe, hätten aktuell ganz klar nicht festgestellt werden können. Der Referent möchte insbesondere hervorheben, dass die postulierte Diagnose einer fortgeschrittenen Polyarthrose an den Fingern Typ Heberden und Bouchard offensichtlich auf den Aussagen des früher behandelnden Rheumatologen Dr. med. U.\_\_\_\_ aus [...] beruhe aufgrund der von ihm am 23. Februar 2019 durchgeführten Bildgebung beider Hände. Diese Röntgenbilder lägen dem Referenten nicht vor. Der weiter behandelnde Rheumatologe Dr. med. M.\_\_\_\_ habe gemäss Aktenlage weder im Dezember 2020 noch im März 2022 eine erneute Bildgebung veranlasst, um diese im Februar 2019 postulierten degenerativen Befunde zu kontrollieren. Demgegenüber sei im Rahmen des letzten Gutachtens, wie oben zitiert, durch

ein Röntgeninstitut in [...] und dementsprechend durch einen Facharzt FMH für Radiologie, eine neue Bildgebung der Hände nun am 27. September 2021 durchgeführt worden. Der Befund des Radiologen sei oben zitiert worden, der Referent könne nun feststellen, dass ein Facharzt für Radiologie die radiologischen Befunde an den Händen nun anders interpretiere als der Rheumatologe Dr. med. U.\_\_\_\_ im Februar 2019. Aus Sicht des Referenten sei eine Aussage eines Facharztes FMH für Radiologie in Bezug auf die Beurteilung von radiologischen Untersuchungen eine höhere Gewichtung zu geben als einem Rheumatologen. Die Diskrepanz in der Beurteilung der Handröntgenbilder von Februar 2019 gegenüber September 2021 sei für den Referenten nicht schlüssig zu erklären. In Bezug auf die szintigraphischen Befunde vom 1. April 2022 möchte der Referent auf die Beurteilung von Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ vom Institut für Medizinische Radiologie des D.\_\_\_\_ verweisen. Ohne Zweifel hätten an verschiedenen peripheren Gelenken gewisse degenerative Veränderungen szintigraphisch festgestellt werden können. Solche Veränderungen seien aber auch in der gesunden Durchschnittsbevölkerung bei knapp 50-jährigen Personen häufig ohne Symptome vorkommend. Ein kausaler Zusammenhang mit der aktuellen präsentierten Klinik könne der Referent nicht herstellen.

7.4.3 Gesamthaft überzeugen auch die Ausführungen des rheumatologischen Gutachters zur Arbeitsfähigkeit, welche wegen des Umstands, dass der Beschwerdeführer vom Referenten bei fehlender Kooperation nicht adäquat detailliert untersucht werden konnte, eingeschränkt möglich gewesen und rein rheumatologisch-theoretischer Natur sind (A.S. 111 f.): So sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit in der Sägerei nicht arbeitsfähig (100 % Arbeitsunfähigkeit). Diese Angaben gälten seit September 2019. In einer angepassten Tätigkeit könne der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung vor allem der Aktenlage der früheren Bildgebung theoretisch eine körperlich leichte, wechselbelastende berufliche Tätigkeit unter folgenden Arbeitsplatzbedingungen durchführen: Es bestehe aus klinisch-rheumatologischer Sicht keine Begründung für eine Einschränkung der Gehfähigkeit in der Ebene auf ebenem Untergrund, sodass z. B. gewisse Kontroll- und Überwachungsfunktionen möglich sein sollten. Der Explorand müsse seine Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln können, zu vermeiden seien stereotype Rotationen der Wirbelsäule respektive Arbeiten in anhaltende Oberkörpervorneige- respektive -rückhalteposition. Ebenfalls zu vermeiden seien manuelle Tätigkeiten, welche eine normale funktionelle Bewegungsfähigkeit, sei es fein- oder grobmotorisch, der Hände voraussetzten. Im Rahmen der Schmerzchronifizierung könne eine gewisse Reduktion der Leistungsfähigkeit zugebilligt werden im Umfang von 20 %. Es bestehe somit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit respektive 20%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

7.5 Dem neurologischen Teilgutachten (A.S. 115 ff.) liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde, wobei auch hier die klinische Untersuchung ■ ähnlich wie bei der rheumatologischen Untersuchung bei Dr. med. I.\_\_\_\_ (vgl. E.II. 7.4 hiervor) ■ wegen Schmerzen nur eingeschränkt durchgeführt werden konnte (vgl. A.S. 117 f.). Wie bereits Dr. med. I.\_\_\_\_ und der neurologische Vorgutachter Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie (vgl. IV-Nr. 29.3), stellte auch Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Inkonsistenzen fest (A.S. 118 f.). An den oberen Extremitäten berichte der Versicherte über bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen mit Schwerpunkt im Bereich der Finger. Es seien alle Finger davon betroffen. Die Schmerzen breiteten sich über das Handgelenk bis in den volaren Unterarm aus. Die Finger würden in einer Krallenstellung gehalten. Es seien aktiv und passiv keinerlei Bewegungen möglich, da jeglicher Versuch, die Finger zu

bewegen, mit sehr starken Schmerzen verbunden sei. Äusserlich bestünden keine Rötung oder Schwellung. Die Sensibilität im Bereich der Finger und oberen Extremitäten sei für Berührung und Schmerzreize normal. Eine offensichtliche muskuläre Atrophie bestehe nicht. Das Muskelrelief sei gut erhalten. Das Aus- und Ankleiden sei aufgrund der Bewegungseinschränkung in den Händen stark erschwert. Kurzzeitig könne jedoch beobachtet werden, wie die Finger beim Anziehen der Socken gestreckt würden. Zudem könne er auch mit Daumen und Zeigefinger Gegenstände greifen. Die Muskeleigenreflexe seien symmetrisch lebhaft auslösbar. Im Weiteren berichte der Versicherte über stärkste lumbale Rückenschmerzen, welche sich diffus in beide Beine ausbreiten würden. Die Schmerzen seien im dorsalen Bereich der Beine stärker ausgeprägt als vorne. Ein radikuläres Verteilungsmuster der Schmerzen werde nicht beschrieben. Bei der klinischen Untersuchung könne das gestreckte Bein bei der Prüfung des Lasegue kaum von der Unterlage angehoben werden, der Versicherte reagiere sofort mit stärksten Schmerzen im Rücken. Während dem Gespräch habe der Versicherte allerdings das rechte Bein aktiv gestreckt im Liegen von der Unterlage angehoben, um zu zeigen, wo er am rechten Knie Schmerzen habe. Es sei kein rückschonendes Verhalten zu beobachten. Das Aus- und Ankleiden erfolge dysfunktional im Knien. An den unteren Extremitäten fänden sich keine trophischen Störungen. Bei der Kraftprüfung bestehe ein ruckartiges Nachgeben gegen leichten bis mittelschweren Widerstand. Es ergäben sich keine Hinweise auf fokale Paresen. Die Muskeleigenreflexe seien symmetrisch lebhaft auslösbar. Der Versicherte beschreibe ein sockenförmiges Defizit ab Niveau Knie für Schmerz- und Temperaturempfindung, dahingegen sei die Sensibilität für Berührung normal. Bei der Prüfung des Vibrationssinns mache der Versicherte wechselnde Angaben über eine stark verminderte Wahrnehmung an allen Stellen des Körpers, was aus neurologischer Sicht nicht erklärbar sei. Auch das angegebene sockenförmige Defizit ab Niveau Knie wirke wenig authentisch und sei in Anbetracht des völlig normalen Berührungssinnes schwierig einzuordnen. Insgesamt ergebe die neurologische Untersuchung keine Hinweise auf eine radikuläre Reiz- bzw. sensomotorische Ausfallsymptomatik. Der Versicherte berichte, dass er seine Hände im Alltag aufgrund einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung der Finger nicht mehr einsetzen könne. Während der fokussierten Untersuchung habe der Versicherte keinerlei Bewegungen ausführen können. Beim Ankleiden hätte sich jedoch ein deutliches aktives Bewegen der Finger gezeigt, wobei die Finger sogar kurzzeitig gestreckt worden seien. Inwiefern im Alltag Einschränkungen aufgrund einer muskuloskelettalen Schmerzursache bestünden, müsse aus rheumatologischer Sicht beurteilt werden. Im Bereich der unteren Extremitäten berichte der Versicherte ebenfalls über Einschränkungen aufgrund von sehr starken Rücken- und Beinschmerzen. Es fänden sich diverse Diskrepanzen, wie oben beschrieben. Aus neurologischer Sicht seien die vom Versicherten beschriebenen hochgradigen Einschränkungen angesichts der Verhaltensbeobachtung wenig plausibel.

Dementsprechend fielen die sich auf die Untersuchungen abstützenden Diagnoseerhebung sowie die Darstellung der funktionellen Auswirkungen der Befunde knapp aus, vermögen aber zu überzeugen (A.S. 119 f.): Der Versicherte leide unter einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung in den Fingern, sodass er im Alltag seine Hände nicht mehr einsetzen könne. Diese Einschränkungen hätten aus neurologischer Sicht nicht plausibel erklärt werden können. Es bestünden erhebliche Diskrepanzen, wobei es sich möglicherweise um eine Symptomverdeutlichung handle. Inwiefern Einschränkungen aufgrund einer muskuloskelettalen Schmerzursache bestünden, müsse aus rheumatologischer Sicht beurteilt werden. Im Bereich der unteren Extremitäten leide der

Versicherte ebenfalls unter erheblichen Schmerzen. Eine zugrundeliegende neurologische Diagnose könne nicht gestellt werden, insbesondere bestehe keine radikuläre Symptomatik. Es bestehe eine auffällige Beschwerdepräsentation. Bei der klinischen Untersuchung ergäben sich die oben beschriebenen Diskrepanzen, welche wahrscheinlich einer Symptomverdeutlichung entsprächen. In Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des Rückenleidens sei im Wesentlichen auf die rheumatologische Begutachtung verwiesen. Der Versicherte berichte über erhebliche Beeinträchtigungen aufgrund der lumbalen Rückenschmerzen. Es sei aus neurologischer Sicht nachvollziehbar, dass der Versicherte seine frühere berufliche Tätigkeit, welche körperlich stark belastend gewesen sei, nicht mehr ausüben könne. Inwiefern Einschränkungen in einer adaptierten Tätigkeit bestünden, muss aus rheumatologischer Sicht beurteilt werden. Aus neurologischer Sicht hätten keine Einschränkungen festgestellt werden können. Dies gelte auch für die Schmerzsymptomatik an den Händen, welche aus neurologischer Sicht nicht erklärt werden könne.

7.6 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten der K.\_\_\_\_ zu überzeugen (A.S. 67). So beklage sich der Explorand primär über Schmerzen im Rücken und in den Händen. Auch an verschiedenen anderen Körperstellen verspüre er Schmerzen. Zudem würde er an Depressionen leiden und könne keinen speziellen Aktivitäten mehr nachgehen. Bei der rheumatologischen Untersuchung habe ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach Operation L5/S1 diagnostiziert werden können. Die Belastbarkeit des Rückens sei sicher vermindert und körperlich schwere Tätigkeiten, wie sie in der Sägerei vorkämen, seien nicht mehr möglich. Bei den Beschwerden an den Fingergelenken hätten sich erhebliche Diskrepanzen zwischen den demonstrierten Einschränkungen und den klinischen und radiologischen Befunden gezeigt. Ähnliche Diskrepanzen wurden bereits von den F.\_\_\_\_-Gutachtern sowie den Medizinern der Klinik S.\_\_\_\_ genannt, wie in den obigen Erwägungen mehrfach erwähnt. Hochgradige Arthrosen hätten gemäss den Gutachtern der K.\_\_\_\_ nicht festgestellt werden können. Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ergebe sich aus rheumatologischer Sicht keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der neurologischen Untersuchung sei keine radikuläre Symptomatik festgestellt worden. Die vom Exploranden angegebenen Ausstrahlungen seien nicht auf neurogene Strukturen zurückzuführen. Aus neurologischer Sicht ergebe sich keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung sei eine Adipositas diagnostiziert worden. Klinisch seien die Befunde kompensiert und weitgehend unauffällig gewesen. Anamnestisch sei kurz vor der Untersuchung eine Sarkoidose diagnostiziert worden. Diese wirke sich aber im ersten Stadium noch nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe sich eine leichte bis mittelgradig depressive Symptomatik ergeben. Der Explorand leide an einem Interessenverlust, erhöhten Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und vermindertem Selbstwert. Die von ihm geschilderten Inaktivitäten und Rückzüge hätten aber nicht vollständig mit den depressiven Symptomen erklärt werden können. Die somatisch nicht ausreichenden Befunde für die subjektiv geklagten Beschwerden und Limitierungen seien einer chronischen Schmerzstörung zuzuordnen. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit für jegliche Tätigkeiten.

Zur Arbeitsfähigkeit (A.S. 68 f.) wird nachvollziehbar ausgeführt, eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei in der angestammten Tätigkeit seit September 2019 anzunehmen. Körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne wiederholte Rotationsbewegungen der Wirbelsäule und grob-manuelle Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer zu 80 % zumutbar. Die Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit in der Sägerei sei begründet mit den rheumatologischen Befunden, insbesondere der verminderten Belastbarkeit der Wirbelsäule. Bei der körperlich angepassten Tätigkeit ergäben sich Leistungseinschränkungen durch das psychische Leiden und auch aus rheumatologischer Sicht. Diese würden aber nicht kumuliert, da dieselben Zeitabschnitte für vermehrt notwendige Pausen genutzt werden könnten. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit könne seit September 2019 angenommen werden. Postoperativ habe nach dem 11. März 2020 für maximal vier Monate eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten bestanden. Ansonsten könne retrospektiv keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit zugeordnet werden.

7.7 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ grundsätzlich als beweiskräftig zu erachten. Daran vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers nichts zu ändern:

7.7.1 Der Beschwerdeführer rügt eine gutachtliche Pflichtverletzung des rheumatologischen Gutachters. Diese bestehe darin, dass Dr. med. I.\_\_\_\_ die Röntgenbilder der Hände von Februar 2019 für die Beurteilung nicht beigezogen habe. Auf diesen Bildern, so Dr. med. M.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2023 (Urkunde Nr. 12 des Beschwerdeführers), seien die vom Gutachter bestrittenen fortgeschrittenen Arthrosen der distalen Interphalangealgelenke, hauptsächlich der Dig. II bds. mit Achsenabweichung, und die deutlich weniger ausgeprägten Arthrosen der proximalen Interphalangealgelenke gut sichtbar. Gemäss Dr. med. I.\_\_\_\_ lägen ihm die Bilder von Februar 2019 nicht vor. Die Ausführungen von Dr. med. I.\_\_\_\_, wonach er quasi diese Bilder nicht habe sichten müssen und den Aussagen eines Röntgenologen zu späteren Bildern höheres Gewicht zukomme als dem rheumatologischen Gutachter, vermochten nur noch zu erstaunen, denn sie seien mit den Pflichten eines Gutachters und mit der medizinischen Literatur resp. den einschlägigen Leitlinien nicht in Übereinstimmung zu bringen. Es mag zwar zutreffen, dass Dr. med. I.\_\_\_\_ die Röntgenbilder der Hände von Februar 2019, welche von Dr. med. U.\_\_\_\_ angefertigt wurden, nicht vorlagen. Dr. med. I.\_\_\_\_ lag aber ein aktuelleres Handröntgenbild von September 2021 vor, welches im Ergebnis nur gering ausgeprägte degenerative Veränderungen ergab (vgl. IV-Nr. 29.6, S. 3). Weshalb Dr. med. I.\_\_\_\_ nicht auf diese aktuellere Bildgebung hätte abstellen sollen, vermögen weder der Beschwerdeführer noch Dr. med. M.\_\_\_\_ plausibel zu erklären. So gibt Dr. med. M.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2023 an, wahrscheinlich liege dieselbe untersuchungstechnische Problematik in der Röntgenaufnahme vom 27. September 2021 am Röntgeninstitut V.\_\_\_\_ in [...] vor, welche bereits bei der von ihm veranlassten Röntgenaufnahme der Hände von März 2022 vorgelegen habe. Die distalen und weniger auch proximalen Interphalangealgelenke seien aufgrund der Flexionsstellung auf dieser Aufnahme axial getroffen und damit nur eingeschränkt oder gar nicht zu beurteilen gewesen. Den Ausführungen von Dr. med. AA.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Radiologie, in seinem Röntgenbericht beider Hände vom 27. September 2021 (IV-Nr. 29.6) lässt sich nicht entnehmen, dass die Untersuchung durch die Flexionsstellung eingeschränkt gewesen ist. Auch der Vorgutachter Dr. med. W.\_\_\_\_, welcher die Röntgenbilder vom 27. September 2021 veranlasste, erwähnte einzig, dass die

PIP-Gelenke wegen der Fehlstellung nicht abschliessend beurteilbar seien, diese seien aber ohne wesentliche degenerative Veränderungen (vgl. IV-Nr. 29.4, S. 7). Es bestehen somit keine Hinweise, dass die Röntgenuntersuchung vom 27. September 2021 unter untersuchungstechnischen Problematiken gelitten hätte. Somit liegt auch keine Divergenz in der Beurteilung von Dr. med. I.\_\_\_\_ vor, wie vom Beschwerdeführer behauptet.

7.7.2 Weiter trifft es nicht zu, dass die Gutachter der K.\_\_\_\_ den Umstand, dass eine Sarkoidose vorliege, einzig mit dem Satz abgehandelt hätten, wonach sich daraus keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergäben. So hat sich der allgemeininternistische Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ mit der Sarkoidose auseinandergesetzt und für seine Beurteilung den Bericht der Pneumologie des Spitals D.\_\_\_\_ vom 3. April 2023 beigezogen. Dem Bericht lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer über eine deutliche Verbesserung des Allgemeinzustandes berichtet hatte, der Husten seltener geworden sei und Fieberepisoden nicht mehr aufgetreten seien. Der Appetit sei auch besser geworden. In der durchgeführten Lungenfunktionsprüfung habe sich ein unauffälliger Befund nachweisen lassen können. Es habe deswegen keine Indikation für eine Behandlung der Sarkoidose bestanden (Urkunde Nr. 11 des Beschwerdeführers). Wenn der Gutachter gestützt auf den Bericht des Spitals D.\_\_\_\_ zum Ergebnis gelangt, wonach sich aus der Sarkoidose keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit ergibt, so ist dies nachvollziehbar.

7.7.3 Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, aufgrund der nicht validen somatischen Beurteilung hinsichtlich der Hände, der Divertikulitis und der Sarkoidose des Gerichtsgutachtens vermöge auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen. So sei gerade bei der Beurteilung psychosomatischer Krankheitsbilder eine valide somatische Befunderhebung erforderlich. Dem ist entgegenzuhalten, dass die klinische Untersuchbarkeit des Beschwerdeführers aufgrund der ungenügenden Kooperation bei allen klinischen Untersuchungsabläufen deutlich erschwert war, sodass es dem rheumatologischen Gutachter Dr. med. I.\_\_\_\_ trotz sehr vorsichtiger Bewegungsprüfung nicht möglich war, eine adäquate klinisch-rheumatologische Untersuchung abschliessend durchzuführen. Ähnliches berichteten bereits der Vorgutachter Dr. med. W.\_\_\_\_, die Behandler der Klinik S.\_\_\_\_ sowie auch der neurologische Gutachter Dr. med. J.\_\_\_\_ (s. E. II. 7.5 hiervor). Eine valide somatische Befunderhebung war somit aufgrund der mangelnden Kooperation des Beschwerdeführers nur eingeschränkt möglich. Den eingereichten Unterlagen der behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers lässt sich zudem nicht entnehmen, ob eine Behandlung der Divertikulitis erfolgt ist resp. ob eine entsprechende Diagnose bestätigt wurde. Für die Sarkoidose bestand ebenfalls keine Indikation für eine Behandlung. Folglich kann auf die Behauptung des Beschwerdeführers nicht abgestellt werden.

7.7.4 Der Beschwerdeführer macht weitere Mängel am psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ geltend. So bringt der Beschwerdeführer vor, der psychiatrische Gutachter hätte aufgrund der Aussagen des Beschwerdeführers anlässlich der Exploration berufliche Abklärungen postulieren müssen, anstatt dem Beschwerdeführer unbegründet Inkonsistenzen vorzuwerfen. So habe der Beschwerdeführer auf die Frage, ob und in welchem Umfang er noch etwas arbeiten könne, angegeben, dass er seine frühere Arbeit nicht mehr ausüben könne, sich aber eine leichte Arbeit, welche auf seine Fingerprobleme Rücksicht nehme, vorstellen könne. Dem ist entgegenzuhalten, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration ebenfalls äusserte, dass er nicht mehr arbeiten könne oder erst arbeiten könne, wenn er wieder gesund sei. Auf die Frage, ob er sich einen anderen Beruf

vorstellen könne, antwortete der Beschwerdeführer, dass ihm wegen der Probleme mit der deutschen Sprache eine Umschulung nicht möglich sei. Auf die Frage des Gutachters, welche Tätigkeit ihm Freude machen würde, in der er auch gut wäre, sagte der Beschwerdeführer, dass er nicht wisse, welche Tätigkeit für ihn sonst noch in Frage käme. Er sei auch wegen der Arbeit krank geworden. Aufgrund der Aussagen des Beschwerdeführers ist es nicht abwegig, wenn Dr. med. H.\_\_\_\_ zum Schluss gelangt, dass der Beschwerdeführer davon überzeugt sei, gänzlich krank und arbeitsunfähig zu sein und er deshalb auch keine Schritte hin auf eine Erwerbstätigkeit machen könne. Ähnlich äusserte sich der Beschwerdeführer auch bei den übrigen Gutachtern der K.\_\_\_\_, so z.B. anlässlich der rheumatologischen Begutachtung, wo er ausführte, dass es für ihn aufgrund der anhaltenden und komplett therapieresistenten Beschwerden ausser Frage stehe, dass er irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen könne (A.S. 103). Dass der psychiatrische Gutachter wegen des Verhaltens und den Äusserungen des Beschwerdeführers keine beruflichen Massnahmen empfehlen konnte, ist nachvollziehbar. Die im psychiatrischen Gutachten genannten Inkonsistenzen (Angabe, gesundheitsbedingt gar nichts mehr machen zu können, trotzdem vorhandene Konzentration im Untersuchungsgespräch und vor allem Reisefähigkeit mit Flugreisen in die Heimat) sind nachvollziehbar, wie oben dargelegt. Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, im psychiatrischen Teilgutachten fehle eine Mini-ICF-App. Ein Gutachten verliert nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an allfällige Qualitätsrichtlinien anlehnt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_273/2018 E. 5.4). Der medizinischen Fachperson kommt bei der Wahl der Methode zur Erstellung des Gutachtens grosses Ermessen zu. Auch liegt es in ihrem Ermessen, ob sie psychologische Test durchführen will. Massgebend ist vielmehr, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist. Dem testmässigen Erfassen der Psychopathologien im Rahmen der psychiatrischen Exploration kann generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend ist. Aus diesem Grund ist es dem Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. H.\_\_\_\_ nicht abträglich, dass keine Mini-ICF-APP durchgeführt wurde.

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

## **E. 7**

Dyslipidämie

### **E. 7.2**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, führte in seinem internistischen Teilgutachten nachvollziehbar aus, weshalb aus allgemeininternistischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung nicht attestiert werden könne (A.S. 80 ff.). So berichte der Explorand über einen anfangs dieses Jahres aufgetretenen hartnäckigen Husten. Mit Inhalationen habe sich dieser nun verbessert. Bei den Abklärungen sei eine Sarkoidose diagnostiziert worden. Gemäss dem Bericht der Pneumologie am Spital D.\_\_\_\_ handle es

sich um ein Stadium I einer Sarkoidose ohne wesentliche Organpathologien. Eine spezifische Behandlung habe ebenfalls noch nicht eingeleitet werden müssen. Die klinisch allgemeininternistische Untersuchung habe weitgehend unauffällige Befunde ergeben. Festgestellt worden sei eine Adipositas mit einem BMI von 31.5kg/m<sup>2</sup>. Bei den Laboruntersuchungen hätten sich die bekannten Leberwert erhöhungen gezeigt, deren Ursache nicht klar definiert werden könne. Im Übrigen seien teilweise nur grenzwertig pathologische Laborwerte vorhanden, welche unspezifisch seien und keinen Krankheitswert hätten. Insgesamt könne aus allgemeininternistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, zumindest für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, festgestellt werden.

### **E. 7.3**

7.3.1 Dem psychiatrischen Teilgutachten (A.S. 88 ff.) liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde. Dr. med. H. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erhob nach ausführlicher Befragung des Beschwerdeführers den psychiatrischen Befund (A.S. 92): Der eher etwas älter aussehende, gross gewachsene Explorand sei in der äusseren Erscheinung sonst adäquat. Er habe einen sehr verlangsamten Gang gezeigt, als er ins Untersuchungszimmer begleitet worden sei. Er sei während der ganzen Untersuchung stehen geblieben, habe sich leicht von einem Bein auf das andere bewegt, habe sonst keine Zeichen einer akuten Schmerzwahrnehmung gezeigt. Er habe auch sonst gut zu sich geschaut, er habe auch einen Becher Wasser bei sich gehabt, aus dem er zwischendurch getrunken habe. Er sei freundlich und kooperativ gewesen und habe die gestellten Fragen ausführlich beantwortet. Er habe auch Lebensdaten angeben können, wenn auch nicht immer genau. Die lebensgeschichtlichen Ereignisse habe er in der zeitlichen Abfolge richtig angegeben. Er habe am Schluss nicht mehr müde als zu Beginn gewirkt. Er habe mit fester Stimme gesprochen, seine Mimik und Gestik seien normal ausgeprägt gewesen, die affektive Modulation sei eingeschränkt geblieben. Er sei durchwegs in ernster und gefasster Haltung geblieben, habe nur einmal gelächelt, als er einen Truthahn imitiert habe beim Erzählen von den vielen Tieren bei der Mutter in der Heimat [...]. Er habe seine Beschwerden, die Schmerzen und konsekutiven Depressionen betont. Seinen Lebenslauf habe er bereits vorgängig abgegeben. Es habe genügend Zeit bestanden, um Fragen zu stellen, er habe dann keine Frage und nichts zu ergänzen gehabt. Der affektive Kontakt sei gut herstellbar gewesen. Die Stimmung sei depressiv mit verminderter Freude und einem Interessensverlust gewesen. Er habe Schlafstörungen in der Nacht und erhöhte Ermüdbarkeit am Tag angegeben. Er habe einen verminderten Appetit mit Gewichtsabnahme bei nach wie vor Übergewicht angegeben. Der Selbstwert sei herabgesetzt mit Insuffizienzgedanken gewesen. Er habe Schuldgedanken angegeben. Negative Zukunftsperspektiven allumfassender Art hätten nicht bestanden. Er sei bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien nicht gestört gewesen. Das Denken sei formal geordnet gewesen und inhaltlich hätten keine Hinweise auf Wahnideen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen bestanden. Er habe etwas spätes Aufstehen am Morgen angegeben. Eine Zirkadianität sei sonst nicht ausgeprägt gewesen. Er habe passive Sterbewünsche und anamnestisch Suizidgedanken angegeben, Hinweise auf akute Suizidalität hätten nicht bestanden. Hinweise auf fremd aggressives Verhalten habe nicht bestanden. Sonst habe er als Hauptproblem ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat angegeben. 7.3.2 Dr. med. H. \_\_\_\_, beschäftigte sich in seiner medizinischen Beurteilung mit den Vorakten und den vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden. Seine Schlussfolgerungen sind

ausführlich und nachvollziehbar (A.S. 94 ff.): Übereinstimmend mit den Schlussfolgerungen des Vorgutachters Dr. med. Y.\_\_\_\_ kam auch Dr. med. H.\_\_\_\_ zum Ergebnis, dass beim Exploranden die diagnostischen Kriterien einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode erfüllt seien, welche gekennzeichnet sind durch depressive Verstimmung mit verminderter Freude, Interessensverlust, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, verminderten Selbstwert mit Insuffizienz- und Schuldgedanken und Appetitverminderung sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, gekennzeichnet durch ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass mit somatischen Befunden nicht erklärt werden könne. Der Explorand habe eine Körpergewichtsabnahme angegeben, sei aber nach wie vor übergewichtig. Die Störung manifestiere sich auf dem Hintergrund von lebensgeschichtlichen und psychosozialen Belastungsfaktoren bei anhaltender Arbeitsunfähigkeit und angespannter finanzieller Situation. Die Anamnese sei sonst früher psychiatrisch bland mit normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit während mehrerer Jahre gewesen, was gegen die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spreche. Der Explorand habe bei der heutigen Untersuchung ein dramatisierendes Verhalten mit einer nach aussen gerichteten Beschwerdedarstellung gezeigt, das Untersuchungsgespräch sei aber gut möglich gewesen, er sei konzentriert und aufmerksam bis zum Schluss geblieben. Die Depression und die Schmerzstörung interagierten negativ im Sinne der Chronifizierung. Eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit könne aufgrund der Schmerzstörung nicht attestiert werden. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Depression anhaltend eingeschränkt. Zu den Vorakten führte der psychiatrische Gutachter aus, der behandelnde Psychiater habe eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Bei einer mittelgradigen depressiven Episode sei eine Teilarbeitsfähigkeit zu erwarten, im Bericht vom

#### **E. 7.4.1**

Den Einschätzungen des rheumatologischen Teilgutachters (A.S. 99 ff.) liegt eine umfangreiche klinische Untersuchung (vgl. A.S. 104 ff.) zugrunde. Die klinische Untersuchbarkeit war aber – wie bereits bei der rheumatologischen Untersuchung beim Vorgutachter Dr. med. W.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 29.4) – aufgrund der weitgehend aufgehobenen Untersuchbarkeit resp. der ungenügenden Kooperation seitens des Beschwerdeführers bei allen klinischen Untersuchungsabläufen deutlich erschwert, sodass es Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, trotz sehr vorsichtiger Bewegungsprüfung nicht möglich war, eine adäquate klinisch-rheumatologische Untersuchung abschliessend durchzuführen. Auf die klinische und radiologische Befunderhebung folgt eine ausführliche und nachvollziehbare medizinische Beurteilung (A.S. 107 ff.): Dr. med. I.\_\_\_\_ führte aus, der Explorand schildere, dass er von der Rückenoperation vom März 2020 zu keinem Zeitpunkt profitiert habe, er beklage nun seit über drei Jahren anhaltende lumbogluteale Schmerzen mit diffuser Ausstrahlung in den Ober- und Unterschenkel dorsal beidseits. Im Weiteren bestünden chronische Schulter-Arm-Handschmerzen beidseits mit Entwicklung von Kontrakturen im Bereich der PIP-Gelenke und DIP-Gelenke beidseits. Der Referent habe das spontane Gangbild des Exploranden im Gang beobachten können, es habe sich ein leicht hinkendes Gangbild gezeigt, ebenfalls habe der Referent beobachten können, dass der Explorand sich mehrfach Wasser an einem Wasserspender in einen Becher abgefüllt habe, dabei eine tiefe Knieflexion durchgeführt habe, zum Teil sich auch hingekniet habe, um den Becher gut unter dem Wasserspender zu positionieren, wobei er den Becher mit beiden Händen gleichzeitig festgehalten habe, eine eigentliche Greiffunktion einer einzelnen Hand

habe nicht beobachtet werden können. Das Ausziehen der Kleidungsstücke sei relativ gut gelungen, wobei der Explorand sich zum Teil habe hinknien müssen, das Anziehen sei deutlich schwieriger gewesen, sodass der Referent dem Exploranden abschliessend beim Schliessen der Hosen habe helfen müssen. Wie ausführlich dargelegt worden sei, habe der Explorand weder am Achsenskelett noch an den peripheren Gelenken an den oberen und unteren Extremitäten adäquat untersucht werden können aufgrund einer subjektiv massivst ausgeprägten Schmerzschilderung und einer ganz erheblichen Abwehrhaltung. Der Referent habe im Beisein der [...] sprechenden Dolmetscherin vor allem im Rahmen der Tonaufnahme mehrfach darauf hingewiesen, dass die Untersuchungen ganz langsam und vorsichtig durchgeführt worden seien, dass der Explorand aber aus seiner Sicht schmerzbedingt eine Untersuchung der Wirbelsäule nicht zugelassen habe, ebenso wenig eine relevante funktionelle Untersuchung der peripheren Gelenke an den oberen und unteren Extremitäten. Diese faktische Nichtuntersuchbarkeit könne somatisch orientiert in keiner Art und Weise nachvollzogen werden und lasse auf eine erhebliche funktionelle Überlagerung respektive auf ein bewusstseinsnahes Verhalten des Exploranden schliessen. Dr. med. I.\_\_\_\_ begründet seine Ausführungen unter Bezugnahme der bildgebenden Voruntersuchungen: Dem Referenten liege das rheumatologische Vorgutachten von Dr. W.\_\_\_\_ zuhanden des F.\_\_\_\_ in [...] vom 23. September 2021 vor, dementsprechend eineinhalb Jahre nach der Operation vom März 2020 durchgeführt. Im Rahmen dieses Gutachtens habe der rheumatologische Spezialist die oben zitierte Bildgebung mittels Röntgen der LWS und beider Hände veranlasst, diese Befunde seien von Fachärzten des Röntgeninstituts V.\_\_\_\_ in [...] am 27. September 2021 befundet worden. Relevante mechanisch-degenerative Anschlussveränderungen an der LWS hätten nicht dargestellt werden können, die an den Händen beschriebenen Veränderungen seien nur leichter Natur gewesen, vor allem im Bereich des DIP II rechts, angedeutet DIP II links bei normaler Darstellung der MCP-Gelenke, die PIP-Gelenke seien im Rahmen der Kontrakturen bildmässig nicht konklusiv zu beurteilen gewesen. Ebenfalls habe der Referent die letzte MRT-Untersuchung vom 1. April 2020 der LWS zitiert. Es fänden sich keine höhergradigen mechanisch-degenerativen Veränderungen, insbesondere keine relevante Anschlussdegeneration proximal vom fusionierten Segment L5/S1. In Anbetracht dieser bildgebenden Befunde von 2021 und 2022 sei die momentan aufgehobene Bewegungsfähigkeit der LWS pathoanatomisch nicht zu erklären. In Bezug auf den Handstatus müsse der Referent ebenfalls konstatieren, dass eine lokale, sachgerechte Untersuchung aufgrund des erheblichen Abwehrverhaltens des Exploranden nicht möglich gewesen sei, auch einen sehr vorsichtigen Versuch, die kontrakte Fingerstellung zu redressieren, sei vom Exploranden vehement abgewehrt worden. Das oben zitierte Handröntgenbild vom September 2021 habe insgesamt jedoch nur gering ausgeprägte degenerative Veränderungen ergeben, wobei der Referent klar festhalten möchte, dass diese Befunderhebung von Fachärzten aus dem Gebiet der Radiologie erfolgt sei. Es sei für den Referenten nicht nachvollziehbar, wie es in den vergangenen Jahren zu dieser erheblichen Kontraktur im Bereich des Handskelettes gekommen sei respektive könne der Referent nicht schlüssig erklären, wieso der Explorand massive Beschwerden an beiden Armen inklusive sämtlichen Gelenken an beiden Händen beklage. Die oben dargelegte Szintigraphie habe durchaus gewisse degenerative Veränderungen am ganzen Bewegungsapparat ergeben, jedoch in einer geringen Masse, wie der Referent oben detailliert zitiert habe im Befundbericht von Prof. Dr. med. Z.\_\_\_\_ vom Institut für Medizinische Radiologie des D.\_\_\_\_. In diesem Sinne könne auch unter Berücksichtigung

dieser Szintigraphie vom 1. April 2022 die momentan weitgehend aufgehobene Untersuchbarkeit des Exploranden rein pathoanatomisch in Bezug auf den Bewegungsapparat nicht adäquat erklärt werden. Ebenso wenig sei das komplette Rückzugsverhalten des Exploranden in seinem Alltag somatisch erklärbar, trotz mehrfachen Nachfragen hätten keine Alltagsaktivitäten eruiert werden können, das Gehen ausser Haus ohne Pausen sei auf zwei bis drei Minuten limitiert, was somatisch nicht erklärt werden könne. Es ist aufgrund des Gesagten nachvollziehbar, wenn der rheumatologische Gutachter ausführt, dass der Explorand eine ganz massiv ausgeprägte subjektive Krankheits- und erhebliche Behinderungssymptomatik mit einer ausgeprägten Selbstlimitierung und einem sekundären Krankheitsgewinn präsentiere, da der Explorand im eigenen Haushalt überhaupt nichts mehr ausüben könne und sogar Hilfe durch die Ehefrau bei persönlichen Verrichtungen bedürfe. Diese erheblich geschilderten funktionellen Einschränkungen für alltägliche Verrichtungen hätten klinisch-rheumatologisch nicht erklärt werden können. Ähnliche Diskrepanzen schilderten bereits die Mediziner der Klinik S.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom

## E. 8

8.1 Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (s. dazu E. II. 2.3 hiervor). Soweit die fraglichen Einkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, s. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30; Urteil des Bundesgerichts 9C\_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.1). Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224), hier also das Jahr 2020. Validen- und Invalideneinkommen sind dabei auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (BGE 129 V 222 E. 4.2 S. 224).

Bei der Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte und nicht, was sie bestenfalls erzielen könnte (BGE 131 V 51 E. 5.1 S. 53). Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom ■ wenn nötig der Teuerung und der Einkommensentwicklung angepassten ■ letzten Verdienst auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Urteil des Bundesgerichts 9C\_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.4.1).

Geht die versicherte Person keiner Erwerbstätigkeit mehr nach, sind für das Invalideneinkommen die statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) heranzuziehen (s. BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.3). Abgestellt wird dabei regelmässig auf die Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), bezogen auf den gesamten privaten Sektor (Urteil des Bundesgerichts 9C\_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.3.1).

8.2 Das in der Verfügung vom 3. März 2022 errechnete Valideneinkommen von CHF 67'600.00 stützt sich auf die Angaben des Arbeitgebers (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 2.

März 2020, IV-Nr. 12). Es lässt sich nicht beanstanden und ist auch unbestritten geblieben.

8.3 Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 80 % auszuüben, er aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der LSE festgesetzt werden. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Entscheid auf LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Medianlohn für Männer im Total, Kompetenzniveau 1, ab. Gemäss LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'417.00 auszugehen (LSE 2018 TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr 2020 hochzurechnen und an den Nominallohnindex für das Jahr 2020 anzupassen (CHF 5'417.00 x 12 = CHF 65'004.00 / 40 x 41.7 : 105.1 [2018] x 106.8 [2020]). Damit ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 80 % ein Invalideneinkommen von CHF 55'090.25 (80 % von CHF 68'862.80).

#### **E. 8.4**

8.4.1 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

8.4.2 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich aus den genannten Gründen ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht demnach mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang).

Der Beschwerdeführer kann eine angepasste Tätigkeit ganztätig ausüben. Die aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs und etwas reduziertem Rendement festgelegte Leistungseinschränkung von 20 % ist beim Abzug nicht ein zweites Mal zu berücksichtigen (s. Hinweise bei Egli / Filippo / Gächter / Meier, a.a.O., S. 230 f. Rz 668 ff.). Das Alter des Beschwerdeführers von 46 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs gebietet ebenfalls keinen Abzug. Auch die vielen Dienstjahre beim immer gleichen Arbeitgeber und der damit verbundene Umstand, dass in einem neuen Betrieb angefangen werden muss, sind im entsprechenden Anforderungsniveau nicht relevant (Urteil des Bundesgerichts 9C\_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.3.2). Der Tabellenlohn im hier angewendeten Kompetenzniveau 1 erfasst eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine aufgrund der Tatsache, dass nur noch leichte Tätigkeiten möglich sind, kein

Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2). Beim Beschwerdeführer liegen gemäss Zumutbarkeitsprofil des rheumatologischen Gutachters Dr. med. I.\_\_\_\_ weitere Einschränkungen vor (A.S. 111 f.): Der Beschwerdeführer könne körperlich leichte, wechselbelastende berufliche Tätigkeit ausüben. Er müsse seine Arbeitsposition regelmässig selbstständig wechseln können, zu vermeiden seien stereotype Rotationen der Wirbelsäule respektive Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige- respektive -rückhalteposition. Ebenfalls zu vermeiden seien manuelle Tätigkeiten, welche eine normale funktionelle Bewegungsfähigkeit, sei es fein- oder grobmotorisch, der Hände voraussetzten. Ein Abzug von 5 % scheint aufgrund dieser Einschränkungen geboten. Weiter ergibt sich aus der Tabelle T12\_b, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert und Quartilbereich), Schweizer/innen und Ausländer/innen, nach beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor zusammen, 2020, dass in diesem Jahr Männer der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Niederlassungsbewilligung C ■ wozu der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage zählt (vgl. IV-Nr. 5) ■ im Vergleich zum Total von Schweizern und Ausländern der gleichen Kategorie einen um 4.1 % geringeren Lohn erzielten. Der Tabelle TA12, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert und Quartilbereich), Schweizer/innen und Ausländer/innen, nach beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater Sektor, 2020, ist ein um 2.2 % tieferer Lohn zu entnehmen. Der Aufenthaltsstatus des Beschwerdeführers ist somit im Rahmen eines Abzugs zu berücksichtigen, wobei eine Festlegung auf 5 % als dem konkreten Einzelfall angemessen erscheint.

8.5 In Würdigung sämtlicher Umstände ist dem Beschwerdeführer demnach ein Tabellenlohnabzug von 10 % zu gewähren. Unter Berücksichtigung desselben ergibt sich ein jährliches Invalideneinkommen von CHF 49'581.25. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 67'600.00 pro Jahr resultiert ein Invaliditätsgrad von (aufgerundet) 27 %, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet.

10. Zusammenfassend ist somit die angefochtene Verfügung vom 3. März 2022 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **E. 11**

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

11.2 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 hat der Beschwerdeführer Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

11.3 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 K.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2023 von CHF 15'669.90 zu tragen.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.



eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 7.3.2 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass der Beschwerdeführer vor allem aufgrund der Depression leicht bis allenfalls mittelschwer eingeschränkt ist. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führt der Gutachter aus, es bestehe eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, auch mit antidepressiver Medikation. Der Medikamentenspiegel des Antidepressivums Escitalopram sei im therapeutischen Bereich, was an sich auf eine gute Compliance hinweise. Der Explorand erhalte Analgetika, auch vom Opioid-Typ, Oxynorm, in konstanter Dosierung verordnet, dessen Medikamentenspiegel im therapeutischen Bereich gewesen sei. Bei psychisch überlagerten Schmerzen sollten Opiate vermieden werden, wenn auch hier eine missbräuchliche Einnahme oder gar ein Abhängigkeitssyndrom nicht erwiesen seien. Das Opiat Oxynorm mache den Exploranden auch müde, wie er angegeben habe. Die Analgetikaeinnahme sollte auf jeden Fall kontrolliert werden. Hinweise auf eine missbräuchliche Einnahme oder gar eine Entzugssymptomatik hätten nicht bestanden. Es bestehe eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung, der Explorand könne es sich nicht vorstellen, mit seinen Beschwerden wieder Schritte hin auf eine Erwerbstätigkeit zu machen. Seine Schmerzen führe er auch auf die frühere, auch als anstrengend empfundene Arbeit zurück und er gebe konsekutive Depressionen an. Die Prognose sei ungünstig. Die Therapie könne zwar optimiert werden, so durch Ersetzen der Opiat-Analgetikamedikation, die auch müde mache, z.B. mit einem schmerzmodulierenden Antikonvulsivum, Pregabalin, die deutliche Überzeugung, gänzlich krank und arbeitsunfähig zu sein, deshalb auch keine Schritte hin auf eine Erwerbstätigkeit machen zu können, könne dadurch aber in absehbarer Zeit kaum geändert werden. Gestützt auf diese Ausführungen kann somit weder von einer Behandlungsresistenz noch von einer definitiven Eingliederungsresistenz ausgegangen werden. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Im

psychiatrischen Teilgutachten wird eine ressourcenhemmende Wirkung der Depression beschrieben und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Der Gutachter beschreibt aber auch Hinweise auf Inkonsistenzen und Selbstlimitierung. Bei der Untersuchung habe der Explorand ein dramatisierendes Verhalten mit einer nach aussen gerichteten Beschwerdedarstellung gezeigt, das Untersuchungsgespräch sei aber gut möglich gewesen, er sei konzentriert und aufmerksam bis am Schluss geblieben. Dr. med. H. \_\_\_ führte aus, aufgrund der erheblichen psychopathologischen Befunde, der Lebenskapazität, die sich in der genauen Exploration der täglichen Aktivitäten doch auch mit gewissen Inkonsistenzen (Angabe, gesundheitsbedingt gar nichts mehr machen zu können, trotzdem vorhandene Konzentration im Untersuchungsgespräch und vor allem Reisefähigkeit mit Flugreisen in die Heimat) zeige, könne alleine aus psychiatrischer Sicht eine anhaltende höhergradige Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden (A.S. 95). Im Gutachten wird festgehalten, die Depression und die Schmerzstörung interagierten negativ im Sinne einer Chronifizierung. Eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit könne aufgrund der Schmerzstörung nicht attestiert werden. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Depression anhaltend eingeschränkt (A.S. 94). Aufgrund der gutachterlichen Ausführungen ist nicht von einer relevanten Komorbidität auszugehen. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Hierzu geht aus dem Gutachten hervor, dass keine relevanten Persönlichkeitsaspekte mit negativem Einfluss auf die Gesundheitssituation vorlägen (A.S. 92). Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Hierzu lässt sich dem Gutachten entnehmen, der Beschwerdeführer wohne zusammen mit seiner Ehefrau und dem Sohn in einer Mietwohnung. Die Ehefrau, eine Landsfrau, arbeite in der Gastronomie im Spital zu 60 %, habe sich auch einer Handoperation unterziehen müssen. Der 2003 geborene Sohn sei im dritten Lehrjahr. Die 1998 geborene Tochter sei verheiratet. Grossvater sei er noch nicht. Finanziell sei es sehr schwierig, da er seit 19 Monaten kein Einkommen mehr habe und der Lohn der Ehefrau nicht ausreiche. So bestünden finanzielle Schulden bei der Tochter, beim Schwager. Auf die Frage der Reaktion der Menschen in seiner Umgebung auf ihn habe der Beschwerdeführer gesagt, dass sich seine Familie, die Ehefrau und die Kinder Sorgen machen würden. Früher sei er aktiv gewesen, jetzt liege er viel herum, es sei ihm einfach wohler, wenn er alleine sei. Auf die Frage nach Kontakten habe er gesagt, dass die Tochter oft vorbeikomme, man habe auch gute Kontakte zu den Schwiegereltern, die sich auch viel Sorgen machen würden um ihn. Gute Kontakte habe er auch zum Schwager, der ihn jeweils auch begleite, mit dem Auto fahre, wenn er weiter wegmüsse. Auch zum Bruder, der auch in [...] sei, habe er gute Kontakte, dieser habe ihm auch viel mit Geld geholfen. Kollegen habe er keine. Auf die Frage, wo denn seine früheren Kollegen seien, sagte er, dass er gar nie so viele Kollegen gehabt habe, er habe stets viel gearbeitet (A.S. 90 f.). Demnach enthält der soziale Lebenskontext des Versicherten mobilisierbare Ressourcen. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Der psychiatrische Gutachter gab zur Konsistenz

und Plausibilität in der Untersuchungssituation an, der Explorand sei zwar die ganze Zeit über stehengeblieben, habe sich leicht hin und her bewegt, habe sonst aber keine Zeichen einer akuten Schmerzwahrnehmung gezeigt, das Untersuchungsgespräch sei auch so sehr gut möglich gewesen. Er sei aufmerksam und konzentriert bis zum Schluss geblieben. So könne nicht nachvollzogen werden, warum ihm eine somatisch angepasste Tätigkeit nicht mehr möglich sein solle, insbesondere, wenn er dabei die Möglichkeit zu vermehrten Pausen habe. Zur Konsistenz und Plausibilität im Alltag hielt Dr. med. H. \_\_\_ fest, der Explorand habe angegeben, auch in seinem Alltag praktisch nichts mehr machen zu können, viel herumzuliegen, da Liegen für ihn noch am besten sei. Dagegen kontrastiere die Tatsache, dass er nach wie vor Flugreisen in die Heimat Serbien zur Mutter und zum Bruder dort unternehmen könne. Die ICD-10 halte fest, dass eine schwere depressive Episode dadurch gekennzeichnet wäre, dass Tätigkeiten und Aktivitäten gar nicht mehr möglich seien, bei einer mittelgradigen depressiven Episode hingegen mit Anstrengung noch möglich seien. Der Explorand habe aber auch angegeben, dass es für ihn gar nicht nötig sei, im Haushalt etwas mitzuhelfen, so habe er es nie versucht, kleinere Einkäufe selber zu erledigen, denn die Haushaltsarbeiten erledige seine Ehefrau mit Hilfe des noch zu Hause wohnenden Sohnes. Er habe auch angegeben, sich unbeschäftigt, gelangweilt zu fühlen, Menschen mit einer schwereren Depression würden dies eher nicht so sagen, sondern die durch die Depression bedingte negative Sichtweise zeigen und z.B. sagen, dass eben etwas Schlimmes passieren könne, wenn sie sich beschäftigen würden, katastrophisierende Gedanken stünden im Vordergrund des negativ zirkulären Denkens bei einer schwereren Depression. Der Explorand habe sogar angegeben, dass er jeweils auch Freude empfinden könne im Garten der Mutter bei den verschiedenen Tieren in der Heimat (A.S. 93).

Ähnliche Ausführungen tätigte auch der psychiatrische Vorgutachter Dr. med. Y. \_\_\_. Auch er stellte in seinem Gutachten Inkonsistenzen fest (IV-Nr. 29.2, S. 15). So führte er aus, die angegebenen Beschwerden und das Verhalten während der Untersuchung seien aus psychiatrischer Sicht nicht konsistent. Die vom Versicherten angegebene Schmerzintensität, das demonstrative Verhalten des Versicherten sowie die erkennbare Selbstlimitierung liessen Inkonsistenzen erkennen. Auch in Bezug auf die geschilderten Alltagsaktivitäten, bspw. Spaziergänge mit dem Schwiegervater, Interesse an Sportübertragungen ergäben sich Hinweise darauf, dass die vom Versicherten angegebene nonstop Schmerzintensität nicht in dem von ihm ausgeprägten Umfang nachvollziehbar sei. Eine konsistente Einschränkung des Aktivitätenniveaus ist daher eher zu verneinen. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hievord]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden. Der Beschwerdeführer befinde sich seit eineinhalb Jahren in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. N. \_\_\_, auch mit antidepressiver Behandlung. Der Beschwerdeführer erhalte Analgetika, auch vom Opioid-Typ Oxynorm, in konstanter Dosierung verordnet, dessen Medikamentenspiegel gemäss Dr. med. H. \_\_\_ im therapeutischen Bereich war. Ein behandlungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck kann somit bejaht werden.

7.3.5 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_ genügend

Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 gibt. Eine Gesamtwürdigung der Indikatoren ergibt, dass die ressourcenbildenden Faktoren deutlich überwiegen, womit die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit auch im Lichte der neuen Rechtsprechung überzeugt.

### E. 13

April 2021 (IV-Nr. 17). So wurde auch von ihnen festgehalten, dass insbesondere eine Diskrepanz zwischen objektivierbaren Befunden und der Klinik aufgefallen sei. Die Schonhaltung beidseits, deren Beübung mit einer ausgeprägten Schmerzreaktion verbunden gewesen sei, habe sich nicht erklären lassen, vielmehr erscheine die Unterarmmuskulatur weder spastisch noch atroph, weshalb ebenfalls nicht auf eine zentrale Genese zu schliessen sei. Unter Ablenkung des Patienten seien wiederum Bewegungen auch der von degenerativen Veränderungen betroffenen Gelenke möglich gewesen, weshalb in Zusammenschau von einer somatoformen Komponente, oder möglicherweise von einer vorbewussten Aggravation der Handschmerzen auszugehen sei. 7.4.2 Des Weiteren setzte sich der rheumatologische Gutachter eingehend mit den Vorakten auseinander und hielt fest, die zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegenden, vor allem vom Neurochirurgen respektive wirbelsäulenorthopädischen Einschätzungen zwischen 2019 bis Frühjahr 2022, ergäben keine klaren Erklärungen für das komplett therapieresistente Schmerzbild. Dem Referenten liege ein letzter Bericht des Rheumatologen Dr. med. M. \_\_\_ vom 22. April 2022, beziehend auf die Untersuchung vom 9. März 2022, vor. Der Rheumatologe habe folgende Handbefunde festgestellt: «Hände: Fortgeschrittene Bouchard- und Heberden-Arthrosen betont des Dig. II beidseits mit Achsenabweichungen, keine umschriebenen Schwellungen, passiv leichtes Beuge- und Extensionsdefizit sämtlicher PIP- und DIP-Gelenke beidseits, grosser und kleiner Faustschluss beidseits inkomplett mit starker Schmerzangabe, diffuse Druckdolenz im Bereich beider Hände. Handgelenk: Kein Erguss, Motilität normal“. D.h. vor 14 Monaten sei die Bewegungsfähigkeit der peripheren Gelenke an beiden Händen im Vergleich zum 24. Mai 2023 noch erheblich besser gewesen. Die aktuell faktisch schmerzbedingte aufgehobene Bewegungsfähigkeit der peripheren Gelenke an beiden Händen sei daher klinisch massiv schlechter geworden, ohne dass dies somatisch orientiert erklärt werden könne. Der Referent habe im Einverständnis des Exploranden die lokalen Befunde der Hände fotografisch und mit einem Video dokumentiert, um klare Fakten zu schaffen: Relevante Achsenabweichungen der Finger, wie dies Dr. med. M. \_\_\_ im März 2022 postuliert habe, hätten aktuell ganz klar nicht festgestellt werden können. Der Referent möchte insbesondere hervorheben, dass die postulierte Diagnose einer fortgeschrittenen Polyarthrose an den Fingern Typ Heberden und Bouchard offensichtlich auf den Aussagen des früher behandelnden Rheumatologen Dr. med. U. \_\_\_ aus [...] beruhe aufgrund der von ihm am 23. Februar 2019 durchgeführten Bildgebung beider Hände. Diese Röntgenbilder lägen dem Referenten nicht vor. Der weiter behandelnde Rheumatologe Dr. med. M. \_\_\_ habe gemäss Aktenlage weder im Dezember 2020 noch im März 2022 eine erneute Bildgebung veranlasst, um diese im Februar 2019 postulierten degenerativen Befunde zu kontrollieren. Demgegenüber sei im Rahmen des letzten Gutachtens, wie oben zitiert, durch ein Röntgeninstitut in [...] und dementsprechend durch einen Facharzt FMH für Radiologie, eine neue Bildgebung der Hände nun am 27. September 2021 durchgeführt worden. Der Befund des Radiologen sei oben zitiert worden, der Referent könne nun feststellen, dass ein Facharzt für Radiologie die radiologischen Befunde an den Händen nun anders interpretiere

als der Rheumatologe Dr. med. U.\_\_\_\_ im Februar 2019. Aus Sicht des Referenten sei eine Aussage eines Facharztes FMH für Radiologie in Bezug auf die Beurteilung von radiologischen Untersuchungen eine höhere Gewichtung zu geben als einem Rheumatologen. Die Diskrepanz in der Beurteilung der Handröntgenbilder von Februar 2019 gegenüber September 2021 sei für den Referenten nicht schlüssig zu erklären. In Bezug auf die szintigraphischen Befunde vom 1. April 2022 möchte der Referent auf die Beurteilung von Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ vom Institut für Medizinische Radiologie des D.\_\_\_\_ verweisen. Ohne Zweifel hätten an verschiedenen peripheren Gelenken gewisse degenerative Veränderungen szintigraphisch festgestellt werden können. Solche Veränderungen seien aber auch in der gesunden Durchschnittsbevölkerung bei knapp 50-jährigen Personen häufig ohne Symptome vorkommend. Ein kausaler Zusammenhang mit der aktuellen präsentierten Klinik könne der Referent nicht herstellen. 7.4.3

Gesamthaft überzeugen auch die Ausführungen des rheumatologischen Gutachters zur Arbeitsfähigkeit, welche wegen des Umstands, dass der Beschwerdeführer vom Referenten bei fehlender Kooperation nicht adäquat detailliert untersucht werden konnte, eingeschränkt möglich gewesen und rein rheumatologisch-theoretischer Natur sind (A.S. 111 f.): So sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit in der Sägerei nicht arbeitsfähig (100 % Arbeitsunfähigkeit). Diese Angaben gälten seit September 2019. In einer angepassten Tätigkeit könne der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung vor allem der Aktenlage der früheren Bildgebung theoretisch eine körperlich leichte, wechselbelastende berufliche Tätigkeit unter folgenden Arbeitsplatzbedingungen durchführen: Es bestehe aus klinisch-rheumatologischer Sicht keine Begründung für eine Einschränkung der Gehfähigkeit in der Ebene auf ebenem Untergrund, sodass z. B. gewisse Kontroll- und Überwachungsfunktionen möglich sein sollten. Der Explorand müsse seine Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln können, zu vermeiden seien stereotype Rotationen der Wirbelsäule respektive Arbeiten in anhaltende Oberkörpervorneige- respektive -rückhalteposition. Ebenfalls zu vermeiden seien manuelle Tätigkeiten, welche eine normale funktionelle Bewegungsfähigkeit, sei es fein- oder grobmotorisch, der Hände voraussetzten. Im Rahmen der Schmerzchronifizierung könne eine gewisse Reduktion der Leistungsfähigkeit zugebilligt werden im Umfang von 20 %. Es bestehe somit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit respektive 20%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. 7.5

Dem neurologischen Teilgutachten (A.S. 115 ff.) liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde, wobei auch hier die klinische Untersuchung – ähnlich wie bei der rheumatologischen Untersuchung bei Dr. med. I.\_\_\_\_ (vgl. E.II. 7.4 hiervor) – wegen Schmerzen nur eingeschränkt durchgeführt werden konnte (vgl. A.S. 117 f.). Wie bereits Dr. med. I.\_\_\_\_ und der neurologische Vorgutachter Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie (vgl. IV-Nr. 29.3), stellte auch Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Inkonsistenzen fest (A.S. 118 f.). An den oberen Extremitäten berichte der Versicherte über bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen mit Schwerpunkt im Bereich der Finger. Es seien alle Finger davon betroffen. Die Schmerzen breiteten sich über das Handgelenk bis in den volaren Unterarm aus. Die Finger würden in einer Krallenstellung gehalten. Es seien aktiv und passiv keinerlei Bewegungen möglich, da jeglicher Versuch, die Finger zu bewegen, mit sehr starken Schmerzen verbunden sei. Äusserlich bestünden keine Rötung oder Schwellung. Die Sensibilität im Bereich der Finger und oberen Extremitäten sei für Berührung und Schmerzreize normal. Eine offensichtliche muskuläre Atrophie bestehe nicht. Das Muskelrelief sei gut erhalten. Das Aus- und Ankleiden sei aufgrund der Bewegungseinschränkung in den Händen stark erschwert. Kurzzeitig könne jedoch

beobachtet werden, wie die Finger beim Anziehen der Socken gestreckt würden. Zudem könne er auch mit Daumen und Zeigefinger Gegenstände greifen. Die Muskeleigenreflexe seien symmetrisch lebhaft auslösbar. Im Weiteren berichte der Versicherte über stärkste lumbale Rückenschmerzen, welche sich diffus in beide Beine ausbreiten würden. Die Schmerzen seien im dorsalen Bereich der Beine stärker ausgeprägt als vorne. Ein radikuläres Verteilungsmuster der Schmerzen werde nicht beschrieben. Bei der klinischen Untersuchung könne das gestreckte Bein bei der Prüfung des Lasegue kaum von der Unterlage angehoben werden, der Versicherte reagiere sofort mit stärksten Schmerzen im Rücken. Während dem Gespräch habe der Versicherte allerdings das rechte Bein aktiv gestreckt im Liegen von der Unterlage angehoben, um zu zeigen, wo er am rechten Knie Schmerzen habe. Es sei kein rückschonendes Verhalten zu beobachten. Das Aus- und Ankleiden erfolge dysfunktional im Knien. An den unteren Extremitäten fänden sich keine trophischen Störungen. Bei der Kraftprüfung bestehe ein ruckartiges Nachgeben gegen leichten bis mittelschweren Widerstand. Es ergäben sich keine Hinweise auf fokale Paresen. Die Muskeleigenreflexe seien symmetrisch lebhaft auslösbar. Der Versicherte beschreibe ein sockenförmiges Defizit ab Niveau Knie für Schmerz- und Temperaturempfindung, dahingegen sei die Sensibilität für Berührung normal. Bei der Prüfung des Vibrationssinns mache der Versicherte wechselnde Angaben über eine stark verminderte Wahrnehmung an allen Stellen des Körpers, was aus neurologischer Sicht nicht erklärbar sei. Auch das angegebene sockenförmige Defizit ab Niveau Knie wirke wenig authentisch und sei in Anbetracht des völlig normalen Berührungssinnes schwierig einzuordnen. Insgesamt ergebe die neurologische Untersuchung keine Hinweise auf eine radikuläre Reiz- bzw. sensomotorische Ausfallsymptomatik. Der Versicherte berichte, dass er seine Hände im Alltag aufgrund einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung der Finger nicht mehr einsetzen könne. Während der fokussierten Untersuchung habe der Versicherte keinerlei Bewegungen ausführen können. Beim Ankleiden hätte sich jedoch ein deutliches aktives Bewegen der Finger gezeigt, wobei die Finger sogar kurzzeitig gestreckt worden seien. Inwiefern im Alltag Einschränkungen aufgrund einer muskuloskelettalen Schmerzursache bestünden, müsse aus rheumatologischer Sicht beurteilt werden. Im Bereich der unteren Extremitäten berichte der Versicherte ebenfalls über Einschränkungen aufgrund von sehr starken Rücken- und Beinschmerzen. Es fänden sich diverse Diskrepanzen, wie oben beschrieben. Aus neurologischer Sicht seien die vom Versicherten beschriebenen hochgradigen Einschränkungen angesichts der Verhaltensbeobachtung wenig plausibel. Dementsprechend fielen die sich auf die Untersuchungen abstützenden Diagnoseerhebung sowie die Darstellung der funktionellen Auswirkungen der Befunde knapp aus, vermögen aber zu überzeugen (A.S. 119 f.): Der Versicherte leide unter einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung in den Fingern, sodass er im Alltag seine Hände nicht mehr einsetzen könne. Diese Einschränkungen hätten aus neurologischer Sicht nicht plausibel erklärt werden können. Es bestünden erhebliche Diskrepanzen, wobei es sich möglicherweise um eine Symptomverdeutlichung handle. Inwiefern Einschränkungen aufgrund einer muskuloskelettalen Schmerzursache bestünden, müsse aus rheumatologischer Sicht beurteilt werden. Im Bereich der unteren Extremitäten leide der Versicherte ebenfalls unter erheblichen Schmerzen. Eine zugrundeliegende neurologische Diagnose könne nicht gestellt werden, insbesondere bestehe keine radikuläre Symptomatik. Es bestehe eine auffällige Beschwerdepräsentation. Bei der klinischen Untersuchung ergäben sich die oben beschriebenen Diskrepanzen, welche wahrscheinlich einer Symptomverdeutlichung entsprächen. In Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

aufgrund des Rückenleidens sei im Wesentlichen auf die rheumatologische Begutachtung verwiesen. Der Versicherte berichte über erhebliche Beeinträchtigungen aufgrund der lumbalen Rückenschmerzen. Es sei aus neurologischer Sicht nachvollziehbar, dass der Versicherte seine frühere berufliche Tätigkeit, welche körperlich stark belastend gewesen sei, nicht mehr ausüben könne. Inwiefern Einschränkungen in einer adaptierten Tätigkeit bestünden, muss aus rheumatologischer Sicht beurteilt werden. Aus neurologischer Sicht hätten keine Einschränkungen festgestellt werden können. Dies gelte auch für die Schmerzsymptomatik an den Händen, welche aus neurologischer Sicht nicht erklärt werden könne. 7.6 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten der K.\_\_\_\_ zu überzeugen (A.S. 67). So beklage sich der Explorand primär über Schmerzen im Rücken und in den Händen. Auch an verschiedenen anderen Körperstellen verspüre er Schmerzen. Zudem würde er an Depressionen leiden und könne keinen speziellen Aktivitäten mehr nachgehen. Bei der rheumatologischen Untersuchung habe ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach Operation L5/S1 diagnostiziert werden können. Die Belastbarkeit des Rückens sei sicher vermindert und körperlich schwere Tätigkeiten, wie sie in der Sägerei vorkämen, seien nicht mehr möglich. Bei den Beschwerden an den Fingergelenken hätten sich erhebliche Diskrepanzen zwischen den demonstrierten Einschränkungen und den klinischen und radiologischen Befunden gezeigt. Ähnliche Diskrepanzen wurden bereits von den F.\_\_\_\_-Gutachtern sowie den Medizinerinnen der Klinik S.\_\_\_\_ genannt, wie in den obigen Erwägungen mehrfach erwähnt. Hochgradige Arthrosen hätten gemäss den Gutachtern der K.\_\_\_\_ nicht festgestellt werden können. Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ergebe sich aus rheumatologischer Sicht keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der neurologischen Untersuchung sei keine radikuläre Symptomatik festgestellt worden. Die vom Exploranden angegebenen Ausstrahlungen seien nicht auf neurogene Strukturen zurückzuführen. Aus neurologischer Sicht ergebe sich keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung sei eine Adipositas diagnostiziert worden. Klinisch seien die Befunde kompensiert und weitgehend unauffällig gewesen. Anamnestisch sei kurz vor der Untersuchung eine Sarkoidose diagnostiziert worden. Diese wirke sich aber im ersten Stadium noch nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe sich eine leichte bis mittelgradig depressive Symptomatik ergeben. Der Explorand leide an einem Interessenverlust, erhöhten Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und vermindertem Selbstwert. Die von ihm geschilderten Inaktivitäten und Rückzüge hätten aber nicht vollständig mit den depressiven Symptomen erklärt werden können. Die somatisch nicht ausreichenden Befunde für die subjektiv geklagten Beschwerden und Limitierungen seien einer chronischen Schmerzstörung zuzuordnen. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit für jegliche Tätigkeiten. Zur Arbeitsfähigkeit (A.S. 68 f.) wird nachvollziehbar ausgeführt, eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei in der angestammten Tätigkeit seit September 2019 anzunehmen. Körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne wiederholte Rotationsbewegungen der Wirbelsäule und grob-manuelle Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer zu 80 % zumutbar. Die Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit in der Sägerei sei begründet mit den rheumatologischen Befunden, insbesondere der verminderten Belastbarkeit der Wirbelsäule. Bei der körperlich angepassten Tätigkeit ergäben sich Leistungseinschränkungen durch das psychische Leiden und auch aus rheumatologischer Sicht. Diese würden aber nicht kumuliert, da dieselben Zeitabschnitte

für vermehrt notwendige Pausen genutzt werden könnten. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit könne seit September 2019 angenommen werden. Postoperativ habe nach dem 11. März 2020 für maximal vier Monate eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten bestanden. Ansonsten könne retrospektiv keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit zugeordnet werden.

7.7 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ grundsätzlich als beweiskräftig zu erachten. Daran vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers nichts zu ändern:

7.7.1 Der Beschwerdeführer rügt eine gutachtliche Pflichtverletzung des rheumatologischen Gutachters. Diese bestehe darin, dass Dr. med. I.\_\_\_\_ die Röntgenbilder der Hände von Februar 2019 für die Beurteilung nicht beigezogen habe. Auf diesen Bildern, so Dr. med. M.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2023 (Urkunde Nr. 12 des Beschwerdeführers), seien die vom Gutachter bestrittenen fortgeschrittenen Arthrosen der distalen Interphalangealgelenke, hauptsächlich der Dig. II bds. mit Achsenabweichung, und die deutlich weniger ausgeprägten Arthrosen der proximalen Interphalangealgelenke gut sichtbar. Gemäss Dr. med. I.\_\_\_\_ lägen ihm die Bilder von Februar 2019 nicht vor. Die Ausführungen von Dr. med. I.\_\_\_\_, wonach er quasi diese Bilder nicht habe sichten müssen und den Aussagen eines Röntgenologen zu späteren Bildern höheres Gewicht zukomme als dem rheumatologischen Gutachter, vermochten nur noch zu erstaunen, denn sie seien mit den Pflichten eines Gutachters und mit der medizinischen Literatur resp. den einschlägigen Leitlinien nicht in Übereinstimmung zu bringen. Es mag zwar zutreffen, dass Dr. med. I.\_\_\_\_ die Röntgenbilder der Hände von Februar 2019, welche von Dr. med. U.\_\_\_\_ angefertigt wurden, nicht vorlagen. Dr. med. I.\_\_\_\_ lag aber ein aktuelleres Handröntgenbild von September 2021 vor, welches im Ergebnis nur gering ausgeprägte degenerative Veränderungen ergab (vgl. IV-Nr. 29.6, S. 3). Weshalb Dr. med. I.\_\_\_\_ nicht auf diese aktuellere Bildgebung hätte abstellen sollen, vermögen weder der Beschwerdeführer noch Dr. med. M.\_\_\_\_ plausibel zu erklären. So gibt Dr. med. M.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2023 an, wahrscheinlich liege dieselbe untersuchungstechnische Problematik in der Röntgenaufnahme vom 27. September 2021 am Röntgeninstitut V.\_\_\_\_ in [...] vor, welche bereits bei der von ihm veranlassten Röntgenaufnahme der Hände von März 2022 vorgelegen habe. Die distalen und weniger auch proximalen Interphalangealgelenke seien aufgrund der Flexionsstellung auf dieser Aufnahme axial getroffen und damit nur eingeschränkt oder gar nicht zu beurteilen gewesen. Den Ausführungen von Dr. med. AA.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Radiologie, in seinem Röntgenbericht beider Hände vom 27. September 2021 (IV-Nr. 29.6) lässt sich nicht entnehmen, dass die Untersuchung durch die Flexionsstellung eingeschränkt gewesen ist. Auch der Vorgutachter Dr. med. W.\_\_\_\_, welcher die Röntgenbilder vom 27. September 2021 veranlasste, erwähnte einzig, dass die PIP-Gelenke wegen der Fehlstellung nicht abschliessend beurteilbar seien, diese seien aber ohne wesentliche degenerative Veränderungen (vgl. IV-Nr. 29.4, S. 7). Es bestehen somit keine Hinweise, dass die Röntgenuntersuchung vom 27. September 2021 unter untersuchungstechnischen Problematiken gelitten hätte. Somit liegt auch keine Divergenz in der Beurteilung von Dr. med. I.\_\_\_\_ vor, wie vom Beschwerdeführer behauptet.

7.7.2 Weiter trifft es nicht zu, dass die Gutachter der K.\_\_\_\_ den Umstand, dass eine Sarkoidose vorliege, einzig mit dem Satz abgehandelt hätten, wonach sich daraus keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergäben. So hat sich der allgemeininternistische Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ mit der Sarkoidose auseinandergesetzt und für seine Beurteilung den Bericht der Pneumologie des Spitals D.\_\_\_\_ vom 3. April 2023 beigezogen. Dem Bericht lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer über eine deutliche Verbesserung des Allgemeinzustandes berichtet

hatte, der Husten seltener geworden sei und Fieberepisoden nicht mehr aufgetreten seien. Der Appetit sei auch besser geworden. In der durchgeführten Lungenfunktionsprüfung habe sich ein unauffälliger Befund nachweisen lassen können. Es habe deswegen keine Indikation für eine Behandlung der Sarkoidose bestanden (Urkunde Nr. 11 des Beschwerdeführers). Wenn der Gutachter gestützt auf den Bericht des Spitals D.\_\_\_\_ zum Ergebnis gelangt, wonach sich aus der Sarkoidose keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit ergibt, so ist dies nachvollziehbar. 7.7.3 Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, aufgrund der nicht validen somatischen Beurteilung hinsichtlich der Hände, der Divertikulitis und der Sarkoidose des Gerichtsgutachtens vermöge auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen. So sei gerade bei der Beurteilung psychosomatischer Krankheitsbilder eine valide somatische Befunderhebung erforderlich. Dem ist entgegenzuhalten, dass die klinische Untersuchbarkeit des Beschwerdeführers aufgrund der ungenügenden Kooperation bei allen klinischen Untersuchungsabläufen deutlich erschwert war, sodass es dem rheumatologischen Gutachter Dr. med. I.\_\_\_\_ trotz sehr vorsichtiger Bewegungsprüfung nicht möglich war, eine adäquate klinisch-rheumatologische Untersuchung abschliessend durchzuführen. Ähnliches berichteten bereits der Vorgutachter Dr. med. W.\_\_\_\_, die Behandler der Klinik S.\_\_\_\_ sowie auch der neurologische Gutachter Dr. med. J.\_\_\_\_ (s. E. II. 7.5 hiervor). Eine valide somatische Befunderhebung war somit aufgrund der mangelnden Kooperation des Beschwerdeführers nur eingeschränkt möglich. Den eingereichten Unterlagen der behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers lässt sich zudem nicht entnehmen, ob eine Behandlung der Divertikulitis erfolgt ist resp. ob eine entsprechende Diagnose bestätigt wurde. Für die Sarkoidose bestand ebenfalls keine Indikation für eine Behandlung. Folglich kann auf die Behauptung des Beschwerdeführers nicht abgestellt werden. 7.7.4 Der Beschwerdeführer macht weitere Mängel am psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ geltend. So bringt der Beschwerdeführer vor, der psychiatrische Gutachter hätte aufgrund der Aussagen des Beschwerdeführers anlässlich der Exploration berufliche Abklärungen postulieren müssen, anstatt dem Beschwerdeführer unbegründet Inkonsistenzen vorzuwerfen. So habe der Beschwerdeführer auf die Frage, ob und in welchem Umfang er noch etwas arbeiten könne, angegeben, dass er seine frühere Arbeit nicht mehr ausüben könne, sich aber eine leichte Arbeit, welche auf seine Fingerprobleme Rücksicht nehme, vorstellen könne. Dem ist entgegenzuhalten, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration ebenfalls äusserte, dass er nicht mehr arbeiten könne oder erst arbeiten könne, wenn er wieder gesund sei. Auf die Frage, ob er sich einen anderen Beruf vorstellen könne, antwortete der Beschwerdeführer, dass ihm wegen der Probleme mit der deutschen Sprache eine Umschulung nicht möglich sei. Auf die Frage des Gutachters, welche Tätigkeit ihm Freude machen würde, in der er auch gut wäre, sagte der Beschwerdeführer, dass er nicht wisse, welche Tätigkeit für ihn sonst noch in Frage käme. Er sei auch wegen der Arbeit krank geworden. Aufgrund der Aussagen des Beschwerdeführers ist es nicht abwegig, wenn Dr. med. H.\_\_\_\_ zum Schluss gelangt, dass der Beschwerdeführer davon überzeugt sei, gänzlich krank und arbeitsunfähig zu sein und er deshalb auch keine Schritte hin auf eine Erwerbstätigkeit machen könne. Ähnlich äusserte sich der Beschwerdeführer auch bei den übrigen Gutachtern der K.\_\_\_\_, so z.B. anlässlich der rheumatologischen Begutachtung, wo er ausführte, dass es für ihn aufgrund der anhaltenden und komplett therapieresistenten Beschwerden ausser Frage stehe, dass er irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen könne (A.S. 103). Dass der psychiatrische Gutachter wegen des Verhaltens und den Äusserungen des Beschwerdeführers keine

beruflichen Massnahmen empfehlen konnte, ist nachvollziehbar. Die im psychiatrischen Gutachten genannten Inkonsistenzen (Angabe, gesundheitsbedingt gar nichts mehr machen zu können, trotzdem vorhandene Konzentration im Untersuchungsgespräch und vor allem Reisefähigkeit mit Flugreisen in die Heimat) sind nachvollziehbar, wie oben dargelegt. Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, im psychiatrischen Teilgutachten fehle eine Mini-ICF-App. Ein Gutachten verliert nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an allfällige Qualitätsrichtlinien anlehnt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_273/2018 E. 5.4). Der medizinischen Fachperson kommt bei der Wahl der Methode zur Erstellung des Gutachtens grosses Ermessen zu. Auch liegt es in ihrem Ermessen, ob sie psychologische Test durchführen will. Massgebend ist vielmehr, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist. Dem testmässigen Erfassen der Psychopathologien im Rahmen der psychiatrischen Exploration kann generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend ist. Aus diesem Grund ist es dem Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. H.\_\_\_\_ nicht abträglich, dass keine Mini-ICF-APP durchgeführt wurde. 7.8

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Gutachter der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das polydisziplinäre Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Damit ist diesem Gutachten auch unter Berücksichtigung der Vorbringen des Beschwerdeführers voller Beweiswert zuzumessen. 8. 8.1 Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (s. dazu E. II. 2.3 hiervor). Soweit die fraglichen Einkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, s. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30; Urteil des Bundesgerichts 9C\_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.1). Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224), hier also das Jahr 2020. Validen- und Invalideneinkommen sind dabei auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (BGE 129 V 222 E. 4.2 S. 224). Bei der Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte und nicht, was sie bestenfalls erzielen könnte (BGE 131 V 51 E. 5.1 S. 53). Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom – wenn nötig der Teuerung und der Einkommensentwicklung angepassten – letzten Verdienst auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Urteil des Bundesgerichts 9C\_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.4.1). Geht die versicherte Person keiner Erwerbstätigkeit mehr nach, sind für das Invalideneinkommen die statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) heranzuziehen (s. BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.3). Abgestellt wird dabei regelmässig auf die Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), bezogen auf den gesamten privaten Sektor (Urteil des

Bundesgerichts 9C\_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.3.1). 8.2 Das in der Verfügung vom 3. März 2022 errechnete Valideneinkommen von CHF 67'600.00 stützt sich auf die Angaben des Arbeitgebers (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 2. März 2020, IV-Nr. 12). Es lässt sich nicht beanstanden und ist auch unbestritten geblieben. 8.3 Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 80 % auszuüben, er aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der LSE festgesetzt werden. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Entscheid auf LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Medianlohn für Männer im Total, Kompetenzniveau 1, ab. Gemäss LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'417.00 auszugehen (LSE 2018 TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr 2020 hochzurechnen und an den Nominallohnindex für das Jahr 2020 anzupassen ( $\text{CHF } 5'417.00 \times 12 = \text{CHF } 65'004.00 / 40 \times 41.7 : 105.1 [2018] \times 106.8 [2020]$ ). Damit ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 80 % ein Invalideneinkommen von CHF 55'090.25 (80 % von CHF 68'862.80).

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