

SO_GERICHTE VSBES.2023.56 vom 27. Januar 2023

SO Obergericht, 2023-01-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.56

FR: SO_GERICHTE VSBES.2023.56 du 27 janvier 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2023.56 del 27 gennaio 2023

Erwägungen

E. 2

2.1 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 (BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall könnte ein allfälliger Rentenanspruch frühestens im Jahr 2020 entstehen (s. dazu E. II. 2.2.1 hiernach), womit das bisherige Recht anwendbar ist.

E. 2.2

2.2.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Das einem Rentenanspruch vorausgehende Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Amanda Wittwer in: Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Zürich 2017, S. 109 Fn 615). Der Beschwerdeführer macht eine Arbeitsunfähigkeit ab 15. Januar 2018 geltend (IV-Nr. 4 S. 4 Ziff. 4.3). Die Wartezeit würde diesfalls im Januar 2019 enden. Der Rentenanspruch wiederum könnte frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG entstehen (s. Art. 29 Abs. 1 IVG). Dies wäre hier angesichts der Anmeldung vom 14. November 2019 (E. I. 1 hiervor) erst per 1. Mai 2020 der Fall.

2.2.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauern-de ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung, ob eine Erwerbsunfähigkeit vorliegt, sind ausschliesslich die objektiv nicht überwindbaren Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit wiederum ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 Abs. 1 ATSG). Ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich grundsätzlich bei allen

solchen Erkrankungen nach einem normativen Prüfungsraster, dem sog. strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 (s. BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Anhand eines Kataloges von Indikatoren, welche sich auf den funktionellen Schweregrad des Leidens und die Konsistenz des Verhaltens beziehen, erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des (unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits) tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f. und E. 4.1.3 S. 297).

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren 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. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So darf von einem Gerichtsgutachten nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469, BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2 S. 282). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende 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 es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3).

2.4 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Kieser, a.a.O., Art. 43 N 96). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismässigkeit zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweismässigkeit liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

E. 2.6

hiervor); dieser vorgängige Hinweis auf die Mitwirkungspflicht und die Folgen einer Missachtung genügt als schriftliche Mahnung im Sinne des Gesetzes (Urteil des Bundesgerichts 9C_383/2021 vom 23. November 2021 E. 4.2). Nach Aufforderung durch das Gericht, Entschuldigungsgründe für die verpassten Termine zu belegen (E. I. 2.6 hiervor), reichte der Beschwerdeführer eine E-Mail seiner Tochter M.____ vom 9. April 2024 ein (A.S. 69). Diese erklärte zum versäumten Termin vom 8. April 2024, der Beschwerdeführer sei am Sonntagabend plötzlich und unerwartet erkrankt, indem er verdorbene Lebensmittel verzehrt und sich übergeben habe. Aufgrund seines Gesundheitszustands sei er extrem müde gewesen und eingeschlafen, weshalb er es am nächsten Morgen versäumt habe, sich rechtzeitig abzumelden. Der Beschwerdeführer finde sich selbst nicht zurecht und sei auf Dritthilfe angewiesen. Er habe Schwierigkeiten, sich an Termine zu erinnern, was zu diesem Missverständnis beigetragen haben könnte. Sein derzeitiger mentaler Zustand sei fragil. Der Beschwerdeführer habe alle nötigen Arztzeugnisse, um für diese Tage zu beweisen, dass er krank gewesen sei; wegen gestern werde er erneut zum Arzt gehen, weil sein Hausarzt in Moment sehr ausgelastet sei. Dem legte die Tochter ein Zeugnis von Herrn N.____, Praktischer Arzt und Facharzt für Allg. Innere Medizin FMH, vom 5. April 2024 bei (A.S. 70), wonach der Beschwerdeführer vom 16. März bis 28. April 2024 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Bei der Darstellung der Tochter

handelt es sich um eine bloss – und im Übrigen noch nicht einmal unterzeichnete – Behauptung, welche nicht durch Feststellungen Dritter untermauert wird. Aus dem erwähnten Arzteugnis kann der Beschwerdeführer nichts für sich ableiten, werden doch keine konkreten Erkrankungen genannt. Auch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bedeutet für sich allein genommen, ohne Kenntnis des Grunds, nicht, dass der Beschwerdeführer ausserstande war, an der Begutachtung teilzunehmen oder sich wenigstens vorher zu entschuldigen. Weitere Arzteugnisse brachte der Beschwerdeführer in der Folge nicht bei, obwohl ihn das Gericht darauf hingewiesen hatten, dass die vorstehenden Unterlagen wohl nicht ausreichen würden, und man beabsichtige, die Begutachtung nicht weiterzuführen (E. I. 2.6 hiervor). Folglich ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer an vier Begutachtungsterminen ohne vorherige Abmeldung nicht erschien, wofür keine Entschuldigungsgründe nachgewiesen sind. Blieb der Beschwerdeführer aber der Begutachtung fern, obwohl ihm die Teilnahme möglich gewesen wäre, so handelt es sich um eine unentschuld bare Pflichtverletzung (Schiavi, a.a.O., Art. 43 N 33). Wurden zudem in Kenntnis der Folgen innert kurzer Zeit gleich mehrere Termine versäumt, so ist daraus zu schliessen, dass der Beschwerdeführer sich der Begutachtung nicht (mehr) unterziehen wollte, womit weitere Aufgebote zwecklos und nur mit zusätzlichen Kosten verbunden gewesen wären. Auf die noch nicht durchgeführten Untersuchungen durfte daher ankündigungsgemäss verzichtet werden, während die beiden erstellten Teilgutachten zu würdigen sind.

3.2.2 Dem neurologischen Teilgutachten der Gutachterstelle C.____ vom 23. Februar 2024 (A.S. 92 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (A.S. 98): Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit o Keine Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit o Zustand nach sensiblem Karpaltunnel-Syndrom links, Erstdiagnose 1. Juli 2016 (G56.0) o Verdacht auf Polyneuropathie bei vermindertem Vibrationsempfinden und diffusen distal betonten Sensibilitätsstörungen (G62.9) o Verdacht auf atypisches RLS (G25.81) o Chronischer Spannungskopfschmerz (G44.2) sowie Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz (G44.4) Der Beschwerdeführer gebe an, seit ca. 15 Jahren an beiden Unterschenkeln und Füessen Probleme zu haben. Seit gut einem Jahr bemerke er zusätzlich eine intermittierend auftretende Schwellung in den Füessen sowie auch am linken Unterschenkel. Weiter verspüre er seit 15 Jahren intermittierend ein Kribbelgefühl unter beiden Fusssohlen. Die sehr unangenehmen Missempfindungen würden sich vor allem morgens bemerkbar machen, dies sowohl in sitzender und liegender als auch in stehender Position. Die Symptomatik bessere unter aktiver Bewegung kaum. Weiter berichte der Beschwerdeführer von dorsalseitigen Schmerzen an beiden Unterschenkeln, welche ebenfalls seit ca. 15 Jahren bestünden. Diese Schmerzen seien fast durchgehend vorhanden und von brennendem, drückendem und stechendem Charakter. Hinzu kämen seit fünf Jahren linksseitig betonte Bauchschmerzen, welche in den Rücken zögen, sowie seit ca. 20 Jahren täglich holozepale Kopfschmerzen von drückendem Charakter. Diese würden sich normalerweise im Verlauf des Vormittags einstellen; er nehme dann bis zu viermal täglich Co-Dafalgan und sei so am Nachmittag schmerzfrei. Dazu bestehe eine leichte Foto- und Phonophobie ohne trigeminoautonome Symptomatik und selten mit Übelkeit ohne Erbrechen. Ausserdem leide er unter Depressionen. Was das Karpaltunnel-Syndrom betreffe, so sei er schon seit mehreren Jahren völlig beschwerdefrei. Seit einem Jahr müsse er auch nicht mehr erbrechen (A.S. 93). Es erfolge keine regelmässige neurologische Behandlung ausser der Einnahme von Co-Dafalgan, Lyrica und Zolpidem (A.S. 94). Der Kopfschmerz sei auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass der Beschwerdeführer seit mindestens fünf Jahren täglich wenigstens eine Tablette

Co-Dafalgan (meistens aber bis zu vier) nehme. Hinsichtlich der Sensibilitätsstörungen an beiden Fusssohlen mit zusätzlichen Schmerzen in beiden Unterschenkeln lasse sich keine sichere neurologische Diagnose finden. Am ehesten könne von einem atypischen RLS ausgegangen werden. Auffällig sei, dass der Beschwerdeführer von einem erhöhten Bewegungsdrang in den Füßen und Beinen berichte, welcher vor allem morgens auftrete und unter Bewegung kaum bessere. Ebenfalls eher untypisch für ein RLS erscheine, dass sich die Symptomatik auch unter Bewegung und nicht ausschliesslich in Ruhe bemerkbar mache. Eine Polysomnographie habe keine vermehrten periodischen Beinbewegungen im Schlaf zu objektivieren vermocht. Differenzialdiagnostisch könne zusätzlich der Verdacht auf eine Polyneuropathie geäussert werden. Zusammenfassend liessen sich die beschriebenen neurologischen Symptome zwar klinisch nachvollziehen, jedoch – bei bisher nur einmaliger neurologischer Vorstellung im Jahre 2016 ohne weitere elektrophysiologische Verlaufskontrollen – nicht weiter objektivieren (A.S. 97). In einer Tätigkeit als Lagerist sowie hinsichtlich eines möglichen Belastungsprofils bestünden keine Einschränkungen. Ein wechselhafter Verlauf des Gesundheitszustandes könne nicht beschrieben werden (A.S. 99).

3.2.3 Das pneumologische Teilgutachten der Gutachterstelle C. ___ vom 11. März 2024 (A.S. 102 ff.) enthält folgende Diagnosen (A.S. 110): Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit · Keine Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit · Lungenemphysem, apikal betont (J43.9) § Tabakrauchen zwei Packungen täglich (70 pack years) mit hoher Raucherkarboxämie (CO im Blut 11,4 %) § CO-Diffusionsstörung (56 % des Solls) ohne nachweisbare Belastungshypoxämie § Keine pulmonal bedingte Leistungseinschränkung sicher eruierbar (geschätzt VO₂ 26,4 ml/min/kg bzw. 85 % des Solls) Der Beschwerdeführer berichte, dass er seit ca. 15 Jahren, vor allem morgens beim Aufwachen, starke Schmerzen in den Beinen habe. Die Muskulatur sei verkrampft und sehr schmerzhaft; er könne kaum aufstehen und brauche Zeit zum Anlaufen. Auch die Füsse, vor allem im Bereich der Fersen, seien schmerzhaft. Die Schmerzen seien tagsüber immer vorhanden, er könne deswegen nicht lange stehen. Gehen sei nur mit Pausen nach 200 bis 300 m möglich. Hier spiele parallel auch die Atemnot eine Rolle, wobei aber die Beine ihn mehr limitierten als die Atmung. Die Schmerzen könnten auch nachts beim Aufwachen eintreten, beim Einschlafen komme es aber nicht zwingend zu mehr Problemen, er nehme Schlafmittel. Weiter bestünden Rückenschmerzen lumbosakral, Bauchschmerzen und starke psychische Probleme (A.S. 103). Er brauche viele Tabletten. Es bestehe auch eine Tagesmüdigkeit, aber ohne Einschlaf tendenz. Der Nachtschlaf sei unterbrochen, mit Medikamenten gehe es aber (A.S. 107). Die Verminderung der CO-Diffusionskapazität in der Lungenfunktion vom 19. November 2020 (s. A.S. 104) sowie bei der heutigen Begutachtung, welche mit 56 % des Solls praktisch identisch ausfielen, sei durch das Lungenemphysem erklärbar. Dieses sei aber nicht verantwortlich für die mittel bis schwer verminderte Leistungsfähigkeit auf dem Fahrradergometer von 46 % des Sollwertes bzw. VO₂max. von 15 ml/min/kg bzw. 50 % des Sollwertes ohne Belastungshypoxämie bis zu dieser Leistung. Eine COPD könne auf Grund der GOLD-Guidelines sowohl für den 19. November 2020 wie auch heute klar verneint werden, womit keine Luftwegsobstruktion bestehe. Da keine Ausbelastung möglich gewesen und der Abbruch recht früh erfolgt sei, sei indes nicht sicher auszuschliessen, dass die Leistung doch wegen des Lungenemphysems eingeschränkt sein könnte. Auf Grund einer geschätzten Extrapolation dürfte eine respiratorisch bedingte minimale Belastungsgrenze erst bei 85 % der Leistung bzw. bei einer VO₂max. von 26,4 ml/min/kg erreicht werden. Auf Grund dieser Resultate wären Arbeitstätigkeiten von

bis zu 10,6 ml/min/kg oder 3 MET (40 % des max. Wertes) zumutbar. Für die Tätigkeit als Lagerist seien gemäss dem «Compendium of Physical Activities» (Position 11590) mindestens 2,5 MET erforderlich (A.S. 108). Von schlafmedizinischer Seite her finde sich im Moment keine sichere direkte Pathologie, da die 2016 berichtete chronische Insomnie (und hier in erster Linie die Durchschlaf-Insomnie) unter Abusus von Zolpidem sowie der hochdosierten Therapie mit Lyrica mit der Nebenwirkung Müdigkeit sowie Codein (im Co-Dafalgan) anamnestisch nicht mehr eruierbar sei (A.S. 108 f.). Die Diagnose RLS lasse sich aktuell, aber aufgrund der Beschreibungen auch retrospektiv nicht stellen, da die Kriterien der «International Classification of Sleep Disorders» (ICSD-3) nicht erfüllt (gewesen) seien. Ein Schlafapnoe-Syndrom oder Periodic-Leg-Movement-Syndrom hätten in der Polysomnographie vom 7. bis 8. September 2016 nicht nachgewiesen werden können. Auch jetzt sei der Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom weiterhin gering, dies angesichts der fehlenden Einschlaf tendenz tagsüber, des Lausanner NoSAS Score von sieben Punkten (also innerhalb des Normbereichs von unter acht Punkten), der fehlenden Gewichtszunahme in der Zwischenzeit sowie der ähnlichen Dosierung der Medikamente (A.S. 109). Die vom Pneumologen Dr. med. O.____ am 19. November 2020 erhobenen Lungenfunktionsdaten zeigten angesichts der Fluss-Volumenkurve eine schlechte Mitarbeit, weshalb die Werte als Minimalwerte zu betrachten seien. Eine COPD würde einen FEV1/VC-Wert unter 0,7 postinhalativ erfordern, gemessen worden seien aber 0,74. Zwar sei damals wie heute ein Lungenemphysem mit leichter bis mittelschwerer Diffusionsstörung diagnostiziert worden, doch habe man damals verpasst, mittels eines Leistungstestes die daraus resultierende Einschränkung zu objektivieren. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. O.____ sei somit nicht objektiv nachvollziehbar. Was die Diagnose einer chronischen Bronchitis angehe, welche einen produktiven Husten von mehr als drei Monaten pro Jahr während mindestens zwei Jahren voraussetze, so habe der Beschwerdeführer jetzt und in der Vergangenheit explizit keinen solchen Husten erwähnt. Weiter liege ein umfassender Bericht zu einer Polysomnographie vom 7. bis 8. September 2016 von Dr. med. H.____ vor (E. II. 3.1.1.2 hiervor). Dort finde sich nach Einnahme von Zolpidem ein rasches Einschlafen nach sechs Minuten – wobei weniger als acht Minuten pathologisch sei – sowie eine verminderte totale Schlafzeit und Schlaffeffizienz von ca. 50 % der Aufzeichnungszeit. Trotzdem werde eine Einschlaf-Insomnie postuliert, obwohl die Einschlafzeit kürzer als normal sei. Die Diagnose einer Durchschlafinsomnie hingegen lasse sich nachvollziehen (A.S. 109). Hinweise auf ein RLS beim Einschlafen würden nicht beschrieben, auch keine Periodic-Leg-Movement, welche bei 90 % der Patienten mit RLS vorkomme. Dennoch werde ein RLS postuliert, obwohl die Anamnese und die damals erhobenen Befunde dies nicht erlaubten. Die Aktivgraphie zeige eine überlange Bettzeit bei normaler Schlaflänge. Trotzdem werde die Diagnose einer chronischen Insomnie einschliesslich Einschlaf-Insomnie formuliert. Tatsächlich sei es aber so, dass die PSG bzw. die Aktigraphie keine solche chronische Insomnie objektiv zeigten, sondern eine Normvariante mit exzessiven Bettzeiten, welche als Insomnie missverstanden werden könnte. Da der Beschwerdeführer damals wie heute unter überhohem Zolpidem gestanden sei, nämlich 30 bis 60 mg pro Tag bei einer oberen Dosis von 10 mg, könne zwar eine chronische Insomnie per se nicht ausgeschlossen werden, welche mit diesen Medikamenten verschwinde, dies hätte aber diskutiert werden müssen (A.S. 110). In der angestammten Tätigkeit als Lagerist sei der Beschwerdeführer in der Lage, ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit 8,5 Stunden pro Tag anwesend zu sein, d.h. er sei zu 100 % arbeitsfähig. Wie bereits beschrieben verlange eine Tätigkeit als Lagerist mindestens 2,5 MET. Es werde

geschätzt, dass eine Arbeitstätigkeit von 40 % der maximalen VO₂max. voll zumutbar sei. Zwar lasse sich die pulmonal limitierte Leistungsfähigkeit nur schätzen, da die Spiroergometrie vor Erreichen der pulmonalen, kardialen, metabolischen und muskulären Leistungsgrenzen abgebrochen worden sei. Trotzdem scheine es auf Grund der Extrapolation der Kurven plausibel, dass aus pulmonaler Sicht mindestens 85 % der Leistung hätten erreicht werden sollen, was zur Zumutbarkeit einer Arbeitstätigkeit von 3,0 MET führen würde. Damit liege der minimal geschätzte Wert immer noch 20 % höher als der zumutbare, so dass auch bei einer tieferen Leistungsgrenze als der postulierten noch sehr viel Spielraum bestehe (A.S. 111). Der angestammte Arbeitsplatz entspräche somit einem optimalen Arbeitsplatz. Der Beschwerdeführer sollte keine schweren körperlichen Anstrengungen durchführen. Meistens sitzende, intermittierend aber auch stehende Tätigkeiten seien problemlos möglich. Allerdings seien Arbeiten in lufthygienisch belasteter Umgebung (z.B. Exposition von Rauch und Stäuben) nicht mehr zumutbar (A.S. 111 f.). An einem solchen angepassten Arbeitsplatz bestehe ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Der Gesundheitszustand habe keinen wechselnden Verlauf gehabt. Die objektiven Daten der Lungenfunktion vom 19. November 2020 und heute seien sehr ähnlich bzw. jeweils normal. Da sich das Lungenemphysem bzw. eine Lungenerkrankung bei persistierendem Tabakrauchen eher kontinuierlich verschlechtere, sei nicht von einer schlechteren Situation zu einem früheren Zeitpunkt auszugehen. Exazerbationen, d.h. vorübergehende akute bis subakute Krisen einer Lungenerkrankung seien zudem nie erwähnt worden (A.S. 112).

E. 3

September 2019 viermal gesehen. Alle medikamentösen und psychotherapeutischen Massnahmen hätten sich als erfolglos erwiesen, die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit sei bereits seit mehreren Jahren stark eingeschränkt.

3.1.2 Die Beschwerdegegnerin holte bei der Gutachterstelle B.____ ein polydisziplinäres (internistisch-pneumologisch-psychiatrisches) Gutachten vom 19. Februar 2021 ein (IV-Nr. 33.2 ff.), welches die folgenden Diagnosen enthielt (IV-Nr. 33.2 S. 4):

Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung gelangten die Sachverständigen zum Schluss, es bestehe sowohl in der bisherigen Arbeit als Lagerist als auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, wobei die Einschränkung auf die pneumologischen Diagnosen resp. «überwiegend» auf die pulmologische Gesundheitsstörung zurückgehe. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit sei unwahrscheinlich (IV-Nr. 33.2 S. 6). Daran hielt die Gutachterstelle, nachdem Dr. med. J.____ das Gutachten kritisiert hatte (IV-Nr. 42 S. 3 ff.), am 5. November 2021 fest (IV-Nr. 47). Die Ausführungen von Dr. med. J.____ waren zwar in der Tat unsachlich und nur schwer verständlich, doch war das B.____-Gutachten aus damaliger Sicht bereits aus anderen Gründen zu beanstanden.

3.1.2.1 Im pneumologischen Teilgutachten hiess es, die Arbeitsunfähigkeit von 20 % sei auf die leichte bis mittelgradige Ventilationsstörung zurückzuführen (IV-Nr. 33.5 S. 11). Dem Schlafapnoe-Syndrom komme keine entscheidende Relevanz bei, da der Beschwerdeführer nur über geringe Einschränkungen im Tagesverlauf berichte (S. 9) und keine Schlafneigung beklage (S. 4). Diese Feststellung stand jedoch einerseits in einem Spannungsverhältnis dazu, dass der Beschwerdeführer bei der internistischen Exploration angab, er sei sehr müde, vor allem da er seit 15 Jahren nicht richtig schlafen könne (IV-Nr. 33.4 S. 5).

Andererseits wurde im pneumologischen Teilgutachten ausdrücklich eine schwere Schlafstörung diagnostiziert (IV-Nr. 33.5 S. 9), und der Beschwerdeführer gab an, der Schlaf sei insgesamt nicht erholsam (S. 4). Dies korrespondierte mit der früheren Untersuchung im I. ___ (Bericht vom 10. Oktober 2016, E. II. 3.1.1.2 hiervor), welche eine schwere Insomnie mit Abgeschlagenheit ergab. Vom pneumologischen Experten hätte all dies näher diskutiert werden müssen, was er unterliess. Im Übrigen ist seine Feststellung, der Beschwerdeführer sei tagsüber «meisten[s] teils müde» verwirrend und hätte der Klarstellung bedurft (IV-Nr. 33.5 S. 4).

3.1.2.2 Der Beschwerdeführer berichtete im Rahmen der Begutachtung weiter von Fusschmerzen (IV-Nr. 33.4 S. 4 + 5 / Nr. 33.6 S. 5). Eine neurologische Untersuchung unterblieb jedoch, obwohl zugleich ein RLS diagnostiziert wurde (E. II. 3.1.2 hiervor) und früher auch von Parästhesien die Rede gewesen war (E. II. 3.1.1.1 hiervor). Ausserdem wurde auch auf eine ophthalmologische Exploration verzichtet, trotz der beklagten deutlichen Visuseinbussen (E. II. 3.1.1.5 hiervor + IV-Nr. 33.6 S. 6).

E. 3.1

3.1.1 Der Beschwerdeführer arbeitete ab 10. November 2014 als Lagerist. Da er sich nicht konzentrieren konnte, unterliefen ihm Fehler (IV-Nr. 16 S. 1), weshalb er per Ende 2015 kündigte (IV-Nr. 18 S. 1). Die anschliessende schwere Arbeit im Betonwerk gab der Beschwerdeführer nach zwei Monaten gesundheitshalber auf, da er zu langsam war (IV-Nr. 16 S. 1). In der Folge ging er keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Die Akten enthalten verschiedene Berichte der behandelnden Ärzte:

3.1.1.1 Dr. med. F. ___, Leitender Arzt Neurologie am G. ___, stellte im Bericht vom 4. Juli 2016 (IV-Nr. 12 S. 7 ff.) folgende Diagnosen:

Das sensible Karpaltunnel-Syndrom erkläre die akralen Parästhesien nur ungenügend, weshalb differentialdiagnostisch ein atypisches RLS in Betracht komme.

3.1.1.2 Dr. med. H. ___, Leiter Schlaflabor ISZ am I. ___, gelangte in seinem Bericht vom 10. Oktober 2016 (IV-Nr. 12 S. 10 ff.) zu folgenden Diagnosen:

Die Untersuchung solle klären, ob eine Schlafapnoe die Kopfschmerzen und die Abgeschlagenheit tagsüber verursache. Die Schlafstruktur zeige einen stark fragmentierten periodischen Schlafverlauf. Tiefschlaf sei anteilmässig nicht ausreichend vorhanden. Die Einschlaf latenz sei mit sechs Minuten stark verlängert und die Schlaffeffizienz deutlich vermindert. Die Atmung sei nicht gestört. Die mittlere basale Sauerstoffsättigung liege ebenso wie der Blutdruck während der Nacht innerhalb der Norm. Es finde sich trotz Zolpidem-Einnahme eine schwere Insomnie. Eine solche sei auch in der Aktigraphie ersichtlich, wo sich lediglich zwei bis drei Stunden körperliche Inaktivität am Stück fänden, die mit einer Schlafphase vereinbar seien.

3.1.1.3 Dr. med. J. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte im Bericht vom 29. Oktober 2018 (IV-Nr. 12 S. 13 ff.) folgende Diagnosen:

Der Beschwerdeführer sei gesundheitlich sehr beeinträchtigt und weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Im Vordergrund stehe die Erschöpfung. Das Mastzellaktivierungssyndrom bezeichne sehr variable Erscheinungen und auch psychische Störungen im Bereich der «Histaminintoleranz». Helicobacter-Arten könnten die Mastzellen «aktivieren», und zwar nicht nur im Magen, sondern auch im Hirn. Der langjährige, immer wieder starke Brechreiz ohne Nausea lasse den Verdacht aufkommen, dass Mastzellen in der Area postrema (einem

Hirnbereich mit «undichten» zuführenden Kapillaren) mithelfen würden, diesen Reflex auszulösen. Hierbei sei auch an eine MS-ähnliche NMO zu denken. Leichtere kognitive Störungen seien wegen einer (ev. auch sprachlich) eingeschränkten Auffassungsgabe wahrscheinlich bzw. allenfalls vorwiegend medikamentenbedingt. Depressive Kernsymptome fehlten momentan. Im HCL-32 seien 2017 mit 17 Punkten mehr als die zur Vermutung einer Bipolaren Störung Typ 2 erforderlichen 13 Punkte erhoben worden, wobei die risiko- oder konfliktfreudigen Items fehlten. An den leicht geschwollenen Fersen bestünden mittelgradige, belastungsabhängige Schmerzen. Die eng begrenzte starke Druckempfindlichkeit an den Zehen dürfte auf unbeherrschte lokale Infekte hindeuten, die angesichts des nach hinten verlaufenden Druckschmerzbildes für den Entzündungszustand am Hinterfuss verantwortlich sein dürften. Für eine palmoplantare Pustulose bestünden nur sehr diskrete Hinweise. Allerdings deuteten diese Zeichen auf eine Beteiligung der IL-23-17A-Achse hin, die auch das Gehirn betreffen könne. Diese Achse der Th17-Lymphozyten werde in der Lunge besonders durch Tabakrauch aktiviert. Eine palmoplantare Pustulose oder damit verwandte Befindlichkeitsstörungen, die die Zolpidem-Abhängigkeit gefördert hätten, besserten sich durch eine glutenfreie Diät parallel zur Normalisierung erhöhter Gliadin-AK, welche oft bei der bipolaren Störung eine wichtige Rolle spielten. Insbesondere Omega-5-Gliadin verursache eine Mastzellenaktivierung, die eine oft nur bei Anstrengung offensichtliche auch respiratorische Allergie auslöse. Neuerdings werde auch eine verursachende Rolle von Candida-Infekten bei der Zöliakie bestätigt. Eine palmoplantare Pustulose hänge ebenfalls mit Tabakkonsum (und Streptokokken) zusammen und könne zudem als Teil eines SAPHO-Syndroms auch spondylarthritis-ähnlich sein. Die Situation an der Lunge bereite momentan am meisten Sorge. Gerade wegen der nachgewiesenen Mastzellen-Überaktivierung sei das Risiko einer schweren COPD zusätzlich erhöht.

3.1.1.4 Der Beschwerdeführer war vom 16. bis 17. Januar 2019 im G.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht (IV-Nr. 12 S. 2 ff.) fanden sich die nachstehenden Diagnosen:

Nebendiagnosen

Der Beschwerdeführer sei während des Aufenthalts deutlich aufgeklärt. Die depressive Störung sei aktuell leichtgradig.

3.1.1.5 Dr. med. J.____ stellte im Bericht vom 30. Januar 2019 (IV-Nr. 12 S. 21 f.) folgende Diagnosen:

Der Beschwerdeführer leide seit 2007 unter einer auszehrenden chronischen Fatigue, die ca. 2017 zur Arbeitslosigkeit geführt habe. Die Erkrankung weise derzeit nur zweimal wöchentlich auftretende unerklärte Übelkeitsanfälle, RLS-ähnliche Zustände, wechselnde Taubheiten sowie eiskalte bzw. brennende Nervensymptome an Brustkorb bzw. an den Gliedmassen auf, zudem eine im Schlaflabor nicht zuzuordnende mit Hypersomnien wechselnde Insomnie auf, die nur auf Zolpidem 30 mg nocte respondiere. Die Visusprobleme würden ebenfalls zu einer NMOSD passen. Obgleich ein MZ-Aktivierungssyndrom nach der Checkliste von Molderings mit 18 Punkten wahrscheinlich sei und die Depression erkläre (bzw. eine Aktivierung von Sehnerven-Mastzellen denkbar wäre), bestehe Anlass zu weiterer Sorge. Neuerdings bestünden zudem ernstzunehmende Bezüge zwischen MZAS und NOSD.

3.1.1.6 Frau K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Schreiben vom 13. Mai 2019 (IV-Nr. 12 S. 6) eine rezidivierend-depressive Störung, eine

somatoforme Schmerzstörung sowie eine Sedativa-, Hypnotica- und Kodeinabhängigkeit. Sie habe den Beschwerdeführer von Ende März bis Anfang April 2019 behandelt; die weiteren Termine habe er nicht mehr wahrgenommen.

3.1.1.7 Am 2. November 2019 (IV-Nr. 14 S. 9 ff.) sprach Dr. med. J. ___ zusätzlich von einem Reizdarm-Syndrom vom Durchfall-Typ seit Frühjahr 2019, einer schweren, auch suizidalen, Depression ohne Psychose, Rückenschmerzen, einem Verdacht auf Neuro-Borreliose sowie einer Schluckstörung (differentialdiagnostisch Eosinophile Ösophagitis). Bei der oft heftigen Gereiztheit, der schweren Fatigue, den Ausnahmezuständen und den entzündeten Zehennägeln vermute er betreffend Reizdarm weiterhin abträgliche Mikroben in Form von Campylobacter, welche zudem Gedächtnisprobleme bewirken könnten. Die auch den Schlaf störenden stärksten Schmerzen seit Beginn der Krankheit vor 15 Jahren, gegenwärtig besonders links, würden an den Fersen auftreten, was zu einer palmoplantaren Pustulose passe. Die Entzündung der Nagelbettvorderränder könnten zu Lymphwegseröffnungen führen, was den Reizdarm und die relativ neuen Rückenschmerzen, aber auch die immer wieder grosse Unruhe erklären würden. Die abhängigkeitsbedingte Zolpidem-Überdosierung trage ■ allenfalls durch eine kompensatorische Schwächung der GABA-A-Kanäle ■ zur Diarrhöe bei. Histamin verstärkte neurogene Reizdarm-Entzündungen und stamme u.a. von Mastzellen. Glutamaterge und serotonerge Störungen schienen gleichermassen das Gehirn wie das Darm-Nervensystem zu belasten.

3.1.1.8 Im Bericht vom 5. Februar 2020 (IV-Nr. 19 S. 7 ff.) wiederholte Dr. med. J. ___ seine früheren Diagnosen (E. II. 3.1.1.7 hiervor), wobei er ergänzte, das Mastzellen-Aktivierungs-Syndrom werde von einer starken Hirnrinden-Reizung begleitet mit vielfältigen Halluzinationen und sensomotorischen Störungen.

3.1.1.9 Dr. med. L. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 25. März 2020 (IV-Nr. 20) schwere psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (Zolpidem und Co-Dafalgan, F19.25) sowie kombinierte Persönlichkeitsstörungen mit emotional instabilen, abhängigen, passiven und selbstschädigenden Zügen (F61.0). Er habe den Beschwerdeführer vom 23. Mai bis

E. 3.2.1

Die versicherte Person hat sich den für die Beurteilung notwendigen und zumutbaren ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Kommt sie den Auskunft- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, so kann der Versicherungsträger auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Er muss die versicherte Person vorher schriftlich mahnen, sie auf die Rechtsfolgen hinweisen und ihr eine angemessene Bedenkzeit einräumen (Art. 43 Abs. 3 ATSG). Die Verletzung der Mitwirkungspflicht ist dann unentschuldbar, wenn das Verhalten der versicherten Person schlechthin unverständlich ist (Cristina Schiavi in: Ghislaine Frésard-Fellay et alii [Hrsg.], Basler Kommentar zum ATSG, Basel 2020, Art. 43 N 32). Kann wegen einer solchen Verletzung der Mitwirkungspflicht kein invalidisierender Gesundheitsschadens nachgewiesen werden, so wirkt sich dies zulasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts 9C_383/2021 vom 23. November 2021 E. 4.2). Im vorliegenden Fall wäre ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten erforderlich gewesen, um den Sachverhalt umfassend abzuklären (s. E. II. 3.1.2.4 hiervor), was auch der Beschwerdeführer nie bestritten hat. Nachdem er den neurologischen und den

pneumologischen Begutachtungstermin eingehalten hatte, blieb er den weiteren Terminen vom 18. und 20. März (Innere Medizin resp. Ophthalmologie) sowie 8. und 10. April 2024 (Psychiatrie resp. Innere Medizin) ohne rechtzeitige Entschuldigung fern (E. I. 2.5 + 2.6 hiervor), obwohl er zuvor jeweils auf seine Pflicht hingewiesen worden war, zur Begutachtung zu erscheinen resp. sich abzumelden (E. I. 2.4 -

E. 3.3

3.3.1 Das neurologische und das pneumologische Teilgutachten der Gutachterstelle C.____ geniessen beide vollen Beweiswert, entsprechen sie doch sämtlichen Anforderungen der Rechtsprechung (s. dazu E. II. 2.3 hiervor): Sie stammen von einer unabhängigen Fachärztin resp. einem Facharzt der einschlägigen medizinischen Disziplin, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beurteilen. Weiter haben die Sachverständigen den Beschwerdeführer eingehend zu seinen subjektiven Beschwerden, seinen Lebensumständen sowie seiner Vorgeschichte befragt (A.S. 93 ff. / 103 ff.), die wesentlichen Akten zur Kenntnis genommen (A.S. 78 ff.) sowie die objektiven Befunde erhoben (A.S. 95 f. / 107 f.). Auf dieser Grundlage befassten sich die Sachverständigen mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (A.S. 97 ff. / 108 ff.), wobei sie auf abweichende Berichte anderer Ärzte eingingen und vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde zu nachvollziehbaren Schlussfolgerungen gelangten. Für Zweifel besteht umso weniger Anlass, als es sich um gerichtlich bestellte Sachverständige handelt (s. E. II. 2.3 in fine hiervor) und die Parteien keine Einwände gegen die beiden Teilgutachten erheben (E. I. 2.7 hiervor). Aus neurologischer und pneumologischer Sicht besteht somit im angestammten Beruf als Lagerist keine Arbeitsunfähigkeit. 3.3.2 Hinsichtlich derjenigen medizinischen Fachbereiche, für die kein Gerichtsgutachten erging, liegt Beweislosigkeit vor, weil der Beschwerdeführer seine Mitwirkungspflicht missachtete und die weiteren Untersuchungen daher nicht zustande kamen. Dies wirkt sich angesichts der ordnungsgemässen Ermahnung durch das Gericht zu Ungunsten des Beschwerdeführers aus (E. II. 3.2.1 hiervor), d.h. es ist davon auszugehen, dass in internistischer, ophthalmologischer und psychiatrischer Hinsicht ebenfalls keine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf besteht, zumal auch keine sonstigen Arztberichte vorliegen, welche zu anderen Schlüssen führen könnten. 3.3.3 Ist aber davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig ist, so bestand bis zur angefochtenen Verfügung keine Invalidität, welche einen Anspruch auf berufliche Massnahmen oder eine Rente vermitteln könnte. Die Beschwerde stellt sich damit als unbegründet heraus und ist abzuweisen. 4. 4.1 Der unterlegene Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Da er ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege steht, entschädigt der Kanton seinen unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Das Gericht setzt die Kostenforderung des Rechtsbeistands fest, wobei der Stundenansatz für Verrichtungen ab 1. Januar 2023, wie sie hier einzig zur Debatte stehen, CHF 190.00 beträgt (§ 160 Abs. 4 Gebührentarif / GT, BGS 615.11, i.V.m. Beschluss der Gerichtsverwaltungscommission GVB.2022.111 vom 19. Dezember 2022). 4.2 Die vom Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte ergänzte Kostennote vom 1. Juli 2024 (A.S. 125 ff.) weist einen Zeitaufwand von 17,2 Stunden aus, davon 14,3 Stunden im Jahr 2023 und 2,9 Stunden im Jahr 2024. Der Aufwand von zwölf Stunden für das Verfassen der Beschwerdeschrift (28. Februar und 1. März 2023) erscheint indes als zu hoch. Zwar war der Vertreter am verwaltungsinternen Verfahren noch nicht

beteiligt und musste sich daher in den Fall einarbeiten. Angesichts der nicht sonderlich umfangreichen Akten sowie der fehlenden sachverhaltlichen und rechtlichen Komplexität ist es angezeigt, den Aufwand um drei Stunden auf 11,3 Stunden im Jahr 2023 resp. insgesamt 14,2 Stunden zu reduzieren. Mit dem armenrechtlichen Ansatz von CHF 190.00 ergibt sich so eine Entschädigung von CHF 2'995.20, einschliesslich CHF 80.95 Auslagen (pauschal 3 % des Honorars) und CHF 216.25 Mehrwertsteuer (7,7 % bis 31. Dezember 2023 und 8,1 % seit 1. Januar 2024). Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 945.85 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 3'941.05), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch des Rechtsbeistandes richtet sich nach dem untersten Stundenansatz von CHF 250.00 (s. § 160 Abs. 4 GT i.V.m. Beschluss der Gerichtsverwaltungskommission GVB.2022.111), wenn wie hier keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorliegt, die einen höheren Ansatz vorsieht. Da sich der Beschwerdeführer vor der Beurteilung der Kostentragung nicht äussern konnte und ein rechtskräftiger Entscheid über die Kosten einen definitiven Rechtsöffnungstitel darstellt, wäre andernfalls sein Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt (BGE 136 V 351 E. 4.4).

4.3 Die versicherte Person hat Anspruch auf eine Entschädigung für Erwerbsausfall und Spesen, welche ihr durch eine Abklärungsmassnahme entstanden sind (Art. 45 Abs. 2 ATSG). Die Sozialregion [...] reichte dem Gericht Belege für die Reisespesen in Zusammenhang mit der Begutachtung ein, welche sie dem Beschwerdeführer vorgeschossen hatte. Es betrifft dies das Billett für die zweite Klasse von [...] nach [...] am 22. Februar 2024 über CHF 60.00 (A.S. 121). Dieser Betrag ist der Sozialregion zu erstatten. Das Billett vom 19. April 2024 (A.S. 122) kann demgegenüber nicht vergütet werden, da dieser Termin mit Verfügung vom 9. April 2024 abgesagt worden war (A.S. 66 f. Ziff. 7).

5. 5.1 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Der unterlegene Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege ab Prozessbeginn durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

5.2 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (s. Art. 45 Abs. 1 ATSG, BGE 143 V 269 E. 6.2.1 S. 279 f.), sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2 S. 75; BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Das B. ___-Gutachten vom 19. Februar 2021, welches die Beschwerdegegnerin eingeholt hatte, konnte keinen vollen Beweiswert beanspruchen und hätte daher nicht als Grundlage dafür dienen dürfen, einen Leistungsanspruch des

Beschwerdeführers zu verneinen (s. dazu E. II. 3.1.2.1 – 3.1.2.4 hiervor). In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, ein neues Gutachten einholen müssen, bevor sie über den Leistungsanspruch befand. Sie hat daher die Kosten des Gerichtsgutachtens (d.h. der beiden Teilgutachten) von CHF 9'000.00 zu tragen (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und 143 V 269 E. 2 S. 271 f. und E. 8 S. 285). Gegen die Höhe dieser Kosten hat die Beschwerdegegnerin keine Einwände erhoben, nachdem sie die fragliche Rechnung zugestellt erhielt (A.S. 114 + 123). Hinzu kommen noch die bevorschussten Spesen des Beschwerdeführers über CHF 60.00, welche die Zentrale Gerichtskasse an die Sozialregion [...] weiterzuleiten hat. Demgegenüber sind die dem Gericht in Rechnung gestellten und der Gutachterstelle vergüteten No Show-Kosten von insgesamt CHF 3'000.00 für die verpassten Begutachtungstermine (4 x 750.00) vom Beschwerdeführer zu übernehmen, da er diese Kosten durch sein schuldhaftes Verhalten verursacht und auch keine Einwände gegen eine solche Kostenaufgabe erhoben hat (E. I. 2.6 + E. II. 3.2.1 hiervor). Unerheblich ist, dass der Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege geniesst. Diese beinhaltet eine Befreiung von den Gerichtskosten des Beschwerdeverfahrens (Art. 118 Abs. 1 lit. b ZPO). Davon zu unterscheiden ist die Auflage der Kosten, welche auf das Nichterscheinen zur Begutachtung zurückgehen, da dafür in Art. 45 Abs. 3 ATSG eine separate rechtliche Grundlage besteht (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn VSBES.2019.1 vom 6. Juni 2019 E. II. 2.5 mit Hinweisen).

E. 4

4.1 Der unterlegene Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Da er ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege steht, entschädigt der Kanton seinen unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Das Gericht setzt die Kostenforderung des Rechtsbeistands fest, wobei der Stundenansatz für Verrichtungen ab 1. Januar 2023, wie sie hier einzig zur Debatte stehen, CHF 190.00 beträgt (§ 160 Abs. 4 Gebührentarif / GT, BGS 615.11, i.V.m. Beschluss der Gerichtsverwaltungskommission GVB.2022.111 vom 19. Dezember 2022).

4.2 Die vom Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte ergänzte Kostennote vom 1. Juli 2024 (A.S. 125 ff.) weist einen Zeitaufwand von 17,2 Stunden aus, davon 14,3 Stunden im Jahr 2023 und 2,9 Stunden im Jahr 2024. Der Aufwand von zwölf Stunden für das Verfassen der Beschwerdeschrift (28. Februar und 1. März 2023) erscheint indes als zu hoch. Zwar war der Vertreter am verwaltungsinternen Verfahren noch nicht beteiligt und musste sich daher in den Fall einarbeiten. Angesichts der nicht sonderlich umfangreichen Akten sowie der fehlenden sachverhaltlichen und rechtlichen Komplexität ist es angezeigt, den Aufwand um drei Stunden auf 11,3 Stunden im Jahr 2023 resp. insgesamt 14,2 Stunden zu reduzieren. Mit dem armenrechtlichen Ansatz von CHF 190.00 ergibt sich so eine Entschädigung von CHF 2'995.20, einschliesslich CHF 80.95 Auslagen (pauschal 3 % des Honorars) und CHF 216.25 Mehrwertsteuer (7,7 % bis 31. Dezember 2023 und 8,1 % seit 1. Januar 2024). Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 945.85 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 3'941.05), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch des Rechtsbeistandes richtet sich nach dem untersten Stundenansatz von CHF 250.00 (s. § 160 Abs. 4 GT i.V.m. Beschluss der Gerichtsverwaltungskommission

GVB.2022.111), wenn wie hier keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorliegt, die einen höheren Ansatz vorsieht. Da sich der Beschwerdeführer vor der Beurteilung der Kostentragung nicht äussern konnte und ein rechtskräftiger Entscheid über die Kosten einen definitiven Rechtsöffnungstitel darstellt, wäre andernfalls sein Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt (BGE 136 V 351 E. 4.4).

4.3 Die versicherte Person hat Anspruch auf eine Entschädigung für Erwerbsausfall und Spesen, welche ihr durch eine Abklärungsmassnahme entstanden sind (Art. 45 Abs. 2 ATSG). Die Sozialregion [...] reichte dem Gericht Belege für die Reisespesen in Zusammenhang mit der Begutachtung ein, welche sie dem Beschwerdeführer vorgeschossen hatte. Es betrifft dies das Billett für die zweite Klasse von [...] nach [...] am 22. Februar 2024 über CHF 60.00 (A.S. 121). Dieser Betrag ist der Sozialregion zu erstatten. Das Billett vom 19. April 2024 (A.S. 122) kann demgegenüber nicht vergütet werden, da dieser Termin mit Verfügung vom 9. April 2024 abgesagt worden war (A.S. 66 f. Ziff. 7).

E. 5

5.1 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Der unterlegene Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege ab Prozessbeginn durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

5.2 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (s. Art. 45 Abs. 1 ATSG, BGE 143 V 269 E. 6.2.1 S. 279 f.), sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2 S. 75; BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502).

Das B.____-Gutachten vom 19. Februar 2021, welches die Beschwerdegegnerin eingeholt hatte, konnte keinen vollen Beweiswert beanspruchen und hätte daher nicht als Grundlage dafür dienen dürfen, einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu verneinen (s. dazu E. II. 3.1.2.1 ■ 3.1.2.4 hiavor). In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, ein neues Gutachten einholen müssen, bevor sie über den Leistungsanspruch befand. Sie hat daher die Kosten des Gerichtsgutachtens (d.h. der beiden Teilgutachten) von CHF 9'000.00 zu tragen (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und 143 V 269 E. 2 S. 271 f. und E. 8 S. 285). Gegen die Höhe dieser Kosten hat die Beschwerdegegnerin keine Einwände erhoben, nachdem sie die fragliche Rechnung

zugestellt erhielt (A.S. 114 + 123). Hinzu kommen noch die bevorschussten Spesen des Beschwerdeführers über CHF 60.00, welche die Zentrale Gerichtskasse an die Sozialregion [...] weiterzuleiten hat.

Demgegenüber sind die dem Gericht in Rechnung gestellten und der Gutachterstelle vergüteten No Show-Kosten von insgesamt CHF 3'000.00 für die verpassten Begutachtungstermine (4 x 750.00) vom Beschwerdeführer zu übernehmen, da er diese Kosten durch sein schuldhaftes Verhalten verursacht und auch keine Einwände gegen eine solche Kostenaufgabe erhoben hat (E. I. 2.6 + E. II. 3.2.1 hiervor). Unerheblich ist, dass der Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege genießt. Diese beinhaltet eine Befreiung von den Gerichtskosten des Beschwerdeverfahrens (Art. 118 Abs. 1 lit. b ZPO). Davon zu unterscheiden ist die Aufgabe der Kosten, welche auf das Nichterscheinen zur Begutachtung zurückgehen, da dafür in Art. 45 Abs. 3 ATSG eine separate rechtliche Grundlage besteht (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn VSBES.2019.1 vom 6. Juni 2019 E. II. 2.5 mit Hinweisen).

Demnach wird erkannt:

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes des Beschwerdeführers, Jonas Steiner, [...], wird auf CHF 2'995.20 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungs-

anspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 945.85 (Differenz zum vollen Honorar), wenn der Beschwerdeführer A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Die Kosten der beiden von der Gutachterstelle C. ___ erstellten Gerichtsgutachten F. ___ vom 23. Februar und 11. März 2024 nebst Spesen des Beschwerdeführers, insgesamt CHF 9'060.00, werden der IV-Stelle des Kantons Solothurn auferlegt und sind der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zurückzuerstatten.

5. Der Beschwerdeführer hat dem Kanton Solothurn, vertreten durch die Zentrale Gerichtskasse, die durch das Nichterscheinen zur Begutachtung entstandenen Kosten von CHF 3'000.00 zu bezahlen.

6. Die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn hat der Sozialregion [...] den Spesenbetrag von CHF 60.00 auszubehahlen.

Rechtsmittel

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

Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Haldemann

E. 6

Verdacht auf Abwehrdysfunktion an den Fussnägeln mit lymphogener Fersensporen-Entzündung beidseits: Verdacht auf Candida (subvertierte Mastzellen)

E. 7

Mundbodenentzündungen, Lymphknotendruckschmerz

E. 8

Palmoplantare Pustulose, gegenwärtig minimal, Hypothenar

E. 9

Verdacht auf nicht-spino-okulare Neuromyelitis-Optica-Spektrum-Erkrankung (wegen Brechattacken) Der Beschwerdeführer sei gesundheitlich sehr beeinträchtigt und weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Im Vordergrund stehe die Erschöpfung. Das Mastzellaktivierungssyndrom bezeichne sehr variable Erscheinungen und auch psychische Störungen im Bereich der «Histaminintoleranz». Helicobacter-Arten könnten die Mastzellen «aktivieren», und zwar nicht nur im Magen, sondern auch im Hirn. Der langjährige, immer wieder starke Brechreiz ohne Nausea lasse den Verdacht aufkommen, dass Mastzellen in der Area postrema (einem Hirnbereich mit «undichten» zuführenden Kapillaren) mithelfen würden, diesen Reflex auszulösen. Hierbei sei auch an eine MS-ähnliche NMO zu denken. Leichtere kognitive Störungen seien wegen einer (ev. auch sprachlich) eingeschränkten Auffassungsgabe wahrscheinlich bzw. allenfalls vorwiegend medikamentenbedingt. Depressive Kernsymptome fehlten momentan. Im HCL-32 seien 2017 mit 17 Punkten mehr als die zur Vermutung einer Bipolaren Störung Typ 2 erforderlichen 13 Punkte erhoben worden, wobei die risiko- oder konfliktfreudigen Items fehlten. An den leicht geschwellenen Fersen bestünden mittelgradige, belastungsabhängige Schmerzen. Die eng begrenzte starke Druckempfindlichkeit an den Zehen dürfe auf unbeherrschte lokale Infekte hindeuten, die angesichts des nach hinten verlaufenden Druckschmerzbildes für den Entzündungszustand am Hinterfuss verantwortlich sein dürften. Für eine palmoplantare Pustulose bestünden nur sehr diskrete Hinweise. Allerdings deuteten diese Zeichen auf eine Beteiligung der IL-23-17A-Achse hin, die auch das Gehirn betreffen könne. Diese Achse der Th17-Lymphozyten werde in der Lunge besonders durch Tabakrauch aktiviert. Eine palmoplantare Pustulose oder damit verwandte Befindlichkeitsstörungen, die die Zolpidem-Abhängigkeit gefördert hätten, besserten sich durch eine glutenfreie Diät parallel zur Normalisierung erhöhter Gliadin-AK, welche oft bei der bipolaren Störung eine wichtige Rolle spielten. Insbesondere Omega-5-Gliadin verursache eine Mastzellenaktivierung, die eine oft nur bei Anstrengung offensichtliche auch respiratorische Allergie auslöse. Neuerdings werde auch eine verursachende Rolle von Candida-Infekten bei der Zöliakie bestätigt. Eine palmoplantare Pustulose hänge ebenfalls mit Tabakkonsum (und Streptokokken) zusammen und könne zudem als Teil eines SAPHO-Syndroms auch spondylarthritis-ähnlich sein. Die Situation an der Lunge bereite

momentan am meisten Sorge. Gerade wegen der nachgewiesenen Mastzellen-Überaktivierung sei das Risiko einer schweren COPD zusätzlich erhöht. 3.1.1.4 Der Beschwerdeführer war vom 16. bis 17. Januar 2019 im G.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht (IV-Nr. 12 S. 2 ff.) fanden sich die nachstehenden Diagnosen: Hauptdiagnosen 1. Quantitative Bewusstseinsstörung a.e. medikamentös-bedingt (soweit eruiert Einnahme von Duloxetin, Zolpidem, Sequase, Brintellix und CoDafalgan) 2. Unspezifische Lungenrundherde bis 7 mm (CT Thorax 17. Januar 2019) 3. Status nach Gewichtsverlust von 11 kg vor zwei Jahren, seither stabil, BMI 21 kg/m² 4. Bullöses Emphysem bei Nikotinabusus, Erstdiagnose 17. Januar 2019 5. Einschlaf- und Durchschlafinsomnie, langjähriger Schlafmittelabusus 6. Schädlicher Opioid- und Hypnotikagebrauch (täglich Konsum von Zolpidem und Co-Dafalgan) Nebendiagnosen 1. Rezidivierende depressive Störung (Status nach depressiver Episode 2014 sowie Suizidversuch mit Tabletten ca. 2017) 2. Somatoforme Schmerzstörung 3. Nikotinabusus Der Beschwerdeführer sei während des Aufenthalts deutlich aufgeklärt. Die depressive Störung sei aktuell leichtgradig. 3.1.1.5 Dr. med. J.____ stellte im Bericht vom 30. Januar 2019 (IV-Nr. 12 S. 21 f.) folgende Diagnosen: 1. Abrupte beidseitige Visus-Einbusse vor sechs Monaten 2. Vorbestehender Verdacht auf NMO-Spektrum-Erkrankung wegen schwerer Nausea-Attacken unklarer Genese und schwerste Fatigue 3. Mastzell-Aktivierungs-Syndrom mit gegebenenfalls Reizung der A. postrema 4. Therapieresistente Depression des bipolaren Formenkreises (Typ 1, mit früheren Versündigungsstimmen, aber anhaltenden leichteren Mischzustände mit exzessiver Angst bzw. Verzweiflung, vormalige Überaktivität) 5. Leichte palmoplantare Pustulose 6. Tabakabhängigkeit Der Beschwerdeführer leide seit 2007 unter einer auszehrenden chronischen Fatigue, die ca. 2017 zur Arbeitslosigkeit geführt habe. Die Erkrankung weise derzeit nur zweimal wöchentlich auftretende unerklärte Übelkeitsanfälle, RLS-ähnliche Zustände, wechselnde Taubheiten sowie eiskalte bzw. brennende Nervensymptome an Brustkorb bzw. an den Gliedmassen auf, zudem eine im Schlaflabor nicht zuzuordnende mit Hypersomnien wechselnde Insomnie auf, die nur auf Zolpidem 30 mg nocte respondiere. Die Visusprobleme würden ebenfalls zu einer NMOSD passen. Obgleich ein MZ-Aktivierungssyndrom nach der Checkliste von Molderings mit 18 Punkten wahrscheinlich sei und die Depression erkläre (bzw. eine Aktivierung von Sehnerven-Mastzellen denkbar wäre), bestehe Anlass zu weiterer Sorge. Neuerdings bestünden zudem ernstzunehmende Bezüge zwischen MZAS und NOSD. 3.1.1.6 Frau K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Schreiben vom 13. Mai 2019 (IV-Nr. 12 S. 6) eine rezidivierend-depressive Störung, eine somatoforme Schmerzstörung sowie eine Sedativa-, Hypnotica- und Kodeinabhängigkeit. Sie habe den Beschwerdeführer von Ende März bis Anfang April 2019 behandelt; die weiteren Termine habe er nicht mehr wahrgenommen. 3.1.1.7 Am 2. November 2019 (IV-Nr. 14 S. 9 ff.) sprach Dr. med. J.____ zusätzlich von einem Reizdarm-Syndrom vom Durchfall-Typ seit Frühjahr 2019, einer schweren, auch suizidalen, Depression ohne Psychose, Rückenschmerzen, einem Verdacht auf Neuro-Borreliose sowie einer Schluckstörung (differentialdiagnostisch Eosinophile Ösophagitis). Bei der oft heftigen Gereiztheit, der schweren Fatigue, den Ausnahmezuständen und den entzündeten Zehennägeln vermute er betreffend Reizdarm weiterhin abträgliche Mikroben in Form von Campylobacter, welche zudem Gedächtnisprobleme bewirken könnten. Die auch den Schlaf störenden stärksten Schmerzen seit Beginn der Krankheit vor 15 Jahren, gegenwärtig besonders links, würden an den Fersen auftreten, was zu einer palmoplantaren Pustulose

passee. Die Entzündung der Nagelbettvorderränder könnten zu Lymphwegseröffnungen führen, was den Reizdarm und die relativ neuen Rückenschmerzen, aber auch die immer wieder grosse Unruhe erklären würden. Die abhängigkeitsbedingte Zolpidem-Überdosierung trage – allenfalls durch eine kompensatorische Schwächung der GABA-A-Kanäle – zur Diarrhöe bei. Histamin verstärke neurogene Reizdarm-Entzündungen und stamme u.a. von Mastzellen. Glutamaterge und serotonerge Störungen schienen gleichermassen das Gehirn wie das Darm-Nervensystem zu belasten.

3.1.1.8 Im Bericht vom 5. Februar 2020 (IV-Nr. 19 S. 7 ff.) wiederholte Dr. med. J.____ seine früheren Diagnosen (E. II. 3.1.1.7 hiervor), wobei er ergänzte, das Mastzellen-Aktivierungs-Syndrom werde von einer starken Hirnrinden-Reizung begleitet mit vielfältigen Halluzinationen und sensomotorischen Störungen.

3.1.1.9 Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 25. März 2020 (IV-Nr. 20) schwere psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (Zolpidem und Co-Dafalgan, F19.25) sowie kombinierte Persönlichkeitsstörungen mit emotional instabilen, abhängigen, passiven und selbstschädigenden Zügen (F61.0). Er habe den Beschwerdeführer vom 23. Mai bis 3. September 2019 viermal gesehen. Alle medikamentösen und psychotherapeutischen Massnahmen hätten sich als erfolglos erwiesen, die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit sei bereits seit mehreren Jahren stark eingeschränkt.

3.1.2 Die Beschwerdegegnerin holte bei der Gutachterstelle B.____ ein polydisziplinäres (internistisch-pneumologisch-psychiatrisches) Gutachten vom 19. Februar 2021 ein (IV-Nr. 33.2 ff.), welches die folgenden Diagnosen enthielt (IV-Nr. 33.2 S. 4): Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: · Leichte bis mittelgradige COPD bei fortgesetztem und langjährigem Nikotinabusus · Ein- und Durchschlafstörung bei rezidivierenden depressiven Episoden mit somatoformer Symptomausprägung und RLS Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: · Vier unspezifische Noduli von max. 10 mm Ausdehnung im linken Unterlappen (CT-Thorax vom 17. Januar und 5. März 2019, s. IV-Nr. 19 S. 2) · Persönlichkeitsakzentuierung (Z73.1) · Abhängigkeitssyndrom von multiplen Substanzen, gegenwärtiger Substanzgebrauch (F19.24) · Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z73.0) · Refluxösophagitis Grad 1 (Savary-Miller) sowie leichtgradig erythematöse, Bulbus-betonte Duodenitis Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung gelangten die Sachverständigen zum Schluss, es bestehe sowohl in der bisherigen Arbeit als Lagerist als auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, wobei die Einschränkung auf die pneumologischen Diagnosen resp. «überwiegend» auf die pulmologische Gesundheitsstörung zurückgehe. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit sei unwahrscheinlich (IV-Nr. 33.2 S. 6). Daran hielt die Gutachterstelle, nachdem Dr. med. J.____ das Gutachten kritisiert hatte (IV-Nr. 42 S. 3 ff.), am 5. November 2021 fest (IV-Nr. 47). Die Ausführungen von Dr. med. J.____ waren zwar in der Tat unsachlich und nur schwer verständlich, doch war das B.____-Gutachten aus damaliger Sicht bereits aus anderen Gründen zu beanstanden.

3.1.2.1 Im pneumologischen Teilgutachten hiess es, die Arbeitsunfähigkeit von 20 % sei auf die leichte bis mittelgradige Ventilationsstörung zurückzuführen (IV-Nr. 33.5 S. 11). Dem Schlafapnoe-Syndrom komme keine entscheidende Relevanz bei, da der Beschwerdeführer nur über geringe Einschränkungen im Tagesverlauf berichte (S. 9) und keine Schlafneigung beklage (S. 4). Diese Feststellung stand jedoch einerseits in einem Spannungsverhältnis dazu, dass der Beschwerdeführer bei der internistischen Exploration angab, er sei sehr müde, vor allem da er seit 15 Jahren nicht richtig schlafen könne (IV-Nr. 33.4 S. 5). Andererseits wurde im

pneumologischen Teilgutachten ausdrücklich eine schwere Schlafstörung diagnostiziert (IV-Nr. 33.5 S. 9), und der Beschwerdeführer gab an, der Schlaf sei insgesamt nicht erholsam (S. 4). Dies korrespondierte mit der früheren Untersuchung im I.____ (Bericht vom 10. Oktober 2016, E. II. 3.1.1.2 hiervor), welche eine schwere Insomnie mit Abgeschlagenheit ergab. Vom pneumologischen Experten hätte all dies näher diskutiert werden müssen, was er unterliess. Im Übrigen ist seine Feststellung, der Beschwerdeführer sei tagsüber «meisten[s] teils müde» verwirrend und hätte der Klarstellung bedurft (IV-Nr. 33.5 S. 4).

3.1.2.2 Der Beschwerdeführer berichtete im Rahmen der Begutachtung weiter von Fusschmerzen (IV-Nr. 33.4 S. 4 + 5 / Nr. 33.6 S. 5). Eine neurologische Untersuchung unterblieb jedoch, obwohl zugleich ein RLS diagnostiziert wurde (E. II. 3.1.2 hiervor) und früher auch von Parästhesien die Rede gewesen war (E. II. 3.1.1.1 hiervor). Ausserdem wurde auch auf eine ophthalmologische Exploration verzichtet, trotz der beklagten deutlichen Visuseinbussen (E. II. 3.1.1.5 hiervor + IV-Nr. 33.6 S. 6).

3.1.2.3 Im psychiatrischen Teilgutachten wurde festgehalten, es ergäben sich keine Hinweise auf eine Depression, Angststörung oder Demenz, doch seien psychosoziale Probleme auszumachen, welche zum Teil aus den hohen Schulden, der längeren Arbeitslosigkeit, der Abhängigkeitsproblematik sowie einer Persönlichkeitsakzentuierung resultierten. Sonst bestünden keine Hinweise für affektive Störungen, namentlich auch keine Anhaltspunkte für ein maniformes Zustandsbild oder eine emotionale Instabilität. Aktuell liessen sich psychotrope Substanzen im Serum nachweisen, d.h. der Laborbefund bestätige eine aktive Abhängigkeit. Weder aus der Suchtproblematik und der Persönlichkeitsakzentuierung noch aus den psychosozialen Schwierigkeiten ergebe sich eine dauerhafte oder länger bestehende Arbeitsunfähigkeit. Es sei von einer leichten Dekonditionierung auszugehen, welche aber zusammen mit der langjährigen Suchtproblematik die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit nicht verunmögliche, sondern allenfalls die Einsatzmöglichkeiten qualitativ leicht einschränke. Im Rahmen der Untersuchung seien auch leichte Inkonsistenzen aufgefallen, speziell jedoch deutliche Diskrepanzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und der psychiatrischen Beschreibung des Zustandsbildes in den Akten. Es lägen keine Störungen der Sinneswahrnehmung (z.B. betr. Affektdifferenzierung) vor. Der Beschwerdeführer verfüge über eine gute Fähigkeit zur Selbststeuerung und über hinreichende schützende Abwehrmechanismen. Es bestehe eine gute Befähigung zur Objektwahrnehmung, zur Kommunikation und Zuwendung. Erfahrungen mit negativen Objektbildern in der Kindheit lägen nicht vor. Es bestünden keine Ich-Komplex Defizite. Als Ressource sei die soziale Unterstützung durch die Familie zu werten. Aus rein psychiatrischer Sicht gebe es leichte qualitative Auswirkungen in Bezug auf die Suchtproblematik (IV-Nr. 33.6 S. 13); der Beschwerdeführer sollte nicht an Maschinen arbeiten, da die Reaktionsfähigkeit, Aufmerksamkeit und Konzentration eingeschränkt sein könnten (S. 15). Die Mini-ICF-APP ergab folgende Einschränkungen (S. 14): o Fähigkeiten zur Anpassung an Regeln: Mittelgradig o Fähigkeit zur Planung von Aufgaben: Leicht bis mittelgradig o Flexibilität und Umstellungsfähigkeit: mittelgradig o Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen: Keine bis leicht o Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit: Leicht bis mittelgradig o Durchhaltefähigkeit: Leicht bis mittelgradig o Selbstbehauptungsfähigkeit: Leicht o Kontaktfähigkeit zu Dritten: Leicht bis mittelgradig o Gruppenfähigkeit: Leicht bis mittelgradig o Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen: Mittelgradig bis schwer o Fähigkeit zu Spontanaktivitäten: Mittelgradig o Fähigkeit zur Selbstpflege: Keine Sowohl die bisherige als auch eine angepasste Tätigkeit seien zu 100 % zumutbar, was auch retrospektiv gelte (S. 15). Der psychiatrische Experte

hatte somit in seinem Teilgutachten eine depressive Störung verneint. In der interdisziplinären Beurteilung hingegen, welche er mittrug, war unter der Diagnose der Insomnie von depressiven Episoden die Rede. Dies würde damit korrespondieren, dass bereits zuvor im I. ___ und im G. ___ von depressiven Episoden gesprochen worden war (E. II. 3.1.1.2 + 3.1.1.4 hiervor). Weiter ist nach der neuen Rechtsprechung bei primären Abhängigkeitssyndromen genauso wie bei sämtlichen psychischen Erkrankungen eine Indikatorenprüfung durchzuführen (BGE 145 V 215 E. 7 S. 228). Diesbezüglich blieben jedoch Fragen offen. So schrieb der psychiatrische Experte etwa zum Thema Behandlungserfolg resp. -resistenz lediglich, es fehle zum Teil an suchtspezifischen und resilienzorientierten Massnahmen, welche sinnvoll wären, wobei das Eingliederungspotenzial inkl. der Angemessenheit bisheriger Behandlungen nur schwer zu beurteilen sei (IV-Nr. 33.6 S. 14). Weiter wären im Komplex «Persönlichkeit» die diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge zu berücksichtigen gewesen, welche zwar als Z-Kodierung nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fallen, aber das Leistungsvermögen beeinflussen können (Urteil des Bundesgerichts 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.3). Darauf ging der psychiatrische Experte indes nicht ein. Dasselbe gilt für die im Gutachten erwähnten psychosozialen Umstände. Hierzu hätte es angesichts der Rechtsprechung näherer Erläuterungen bedurft: Einerseits sind psychosoziale Faktoren bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit insoweit auszuklammern, als sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen; andererseits sind die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen auch mit Blick auf psychosoziale Belastungsfaktoren abzuschätzen, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2024 vom 31. Januar 2025 E. 6.1). Schliesslich war zu beachten, dass bei der Mini-ICF-APP elf der zwölf Items beeinträchtigt waren, davon eines mittelgradig bis schwer, drei mittelgradig und fünf immerhin leicht bis mittelgradig. Die Bedeutung dieses Resultats wurde indes im Gutachten nicht weiter diskutiert. 3.1.2.4 In einer Gesamtwürdigung erreichten die Zweifel am B. ___-Gutachten ein Ausmass, welches zusätzliche Abklärungen in Form eines Gerichtsgutachtens gebot. In den Akten fanden sich keine anderen medizinischen Unterlagen, welche eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gestattet hätten. Der neurologische Bericht von Dr. med. F. ___ und der schlafmedizinische von Dr. med. H. ___ (E. II. 3.1.1.1 f. hiervor) äusserten sich nicht zur Arbeitsfähigkeit und waren damit unvollständig. Eine ophthalmologische Untersuchung war in den Akten nicht dokumentiert. Was den psychischen Zustand anging, so genügten die Berichte des G. ___ sowie von Frau K. ___ und Dr. med. L. ___ (E. II. 3.1.1.4 / 3.1.1.6 / 3.1.1.9 hiervor) nicht dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Sie fielen recht knapp aus, begründeten die Diagnosen nicht detailliert und stammten von Ärzten, welche den Beschwerdeführer jeweils nur kurz betreut hatten. Die Auffassung von Dr. med. J. ___ wiederum (E. II. 3.1.1.3 + 3.1.1.7 hiervor) überzeugte deshalb nicht, weil er sich mehrheitlich mit dem für ihn fachfremden somatischen Gesundheitszustand befasste, sich teils in allgemeinen Ausführungen und Vermutungen verlor sowie mitunter an der Grenze der Verständlichkeit argumentierte.