

SO_GERICHTE VSBES.2025.131 vom 8. Dezember 2025

SO Obergericht, 2025-12-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2025.131

FR: SO_GERICHTE VSBES.2025.131 du 8 décembre 2025

IT: SO_GERICHTE VSBES.2025.131 del 8 dicembre 2025

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 (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Die hier angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Zudem könnte ein allfälliger Rentenanspruch im vorliegenden Fall in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens am 1. Juli 2023 entstehen, da die IV-Anmeldung am 20. Januar 2023 erfolgte. Somit sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung anwendbar.

2.2 Mit dem ab 1. Januar 2022 eingeführten stufenlosen Rentensystem in der IV wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (Art. 28b Abs. 1 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad von 50 ■ 69 Prozent entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent besteht wie bis anhin ein Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 bis 49 Prozent gilt eine Abstufung des Rentenanteils von 25 bis 47,5 Prozent (Abs. 4).

E. 3

3.1 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 IVG).

3.2 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 zu stellen 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 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist,

in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

4. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. Da sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der B. ___ vom 6. Oktober 2024 (Fachrichtungen Psychiatrie, Neurologie, Rheumatologie und Innere Medizin; IV-Nr. 50.1) stützt, ist nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen.

4.1 Im neurologischen Teilgutachten vom 8. Juli 2024 (IV-Nr. 50.4) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Zur Beurteilung führte der Gutachter aus, auf dem neurologischen Fachgebiet könnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. In der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung bestehe kein funktionell relevantes fokale-neurologisches Defizit und insbesondere kein Hinweis für eine lumboradikuläre Symptomatik. Auffällig sei eine komplexe Augenbewegungsstörung, die jedoch gemäss Angaben des Patienten seit der Geburt bestehe und nicht mit Doppelbildern einhergehe. Eine Amblyopie bestehe ebenso wenig, dies mit Sehstärken rechts 100 % und links 80 %. Durch das kongenitale Bestehen der Augenbewegungsstörung habe sich das visuelle System entsprechend adaptieren können, so werde beim Blick nach rechts mit dem rechten Auge fixiert, beim Blick nach links mit dem linken Auge, wobei dann jeweils das kontralaterale etwas nach oben (links) und variabel (rechts) deviiere. Eine dadurch bedingte funktionelle Einschränkung bestehe auch nach Abgleich mit den anamnestischen Angaben aller Wahrscheinlichkeit nicht, zumal vom Patienten selber berichtet werde, dass er über Jahre als Chauffeur gearbeitet habe. Hinweise für eine peripher vestibuläre Störung ergäben sich in der aktuellen klinischen Untersuchung nicht, hier bei fehlendem Spontan- oder Blickrichtungsnystragmus. Der in der klinischen Untersuchung im Jahre 2007 angegebene Schüttelnystagmus sei aufgrund der komplexen Augenbewegungsstörung nicht sicher wertbar, der in den Akten 2007 dokumentierte horizontale Nystagmus linksseitig könnte Ausdruck einer damalig bestehenden peripher vestibulären Störung gewesen sein, wobei zum jetzigen Zeitpunkt keine Hinweise für eine peripher oder zentral vestibuläre Störung bestünden. Gemäss Akten sei nicht sicher beurteilbar, inwieweit 04/2007 ein Schädel-Hirn-Trauma bestanden habe, dies bei fehlenden Informationen hinsichtlich einer Bewusstlosigkeit oder Amnesie. Gemäss Akten und im 10/2007 dokumentiert sei das Bestehen von Konzentrationsstörungen oder anderen kognitiven Einschränkungen verneint worden, so dass die seit Jahren bestehenden kognitiven Störungen nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Trauma 04/2007 zurückgeführt werden könnten. Die vom Exploranden berichteten Kopfschmerzen entsprächen einem Spannungstypkopfschmerz, dies bei Fehlen von zusätzlichen vegetativen oder autonomen Symptomen. Die Angaben über die Intensität der Kopfschmerzen seien nicht konsistent, zumal zum Zeitpunkt der Exploration ein Kopfschmerz von 8-9/10 angegeben worden sei, was einer

Kopfschmerzintensität entspräche, wie diese von Patienten mit einer Migräne berichtet würden. Zu keinem Zeitpunkt hätten jedoch nonverbale Hinweise für eine derart ausgeprägte Kopfschmerzsymptomatik bestanden. Es werde zudem berichtet, dass bei ausgeprägten Kopfschmerzen mit einer Intensität von 8-9/10 eine Lichtintoleranz bestehe, was jedoch im Rahmen der Exploration auch nicht offensichtlich gewesen sei, da der Explorand gegenüber einem grossen Fenster mit starker Lichteinstrahlung gesessen habe und keine Hinweise für eine Lichtüberempfindlichkeit bestanden hätten. In der Zusammenschau der Befunde könnten die Kopfschmerzen als Spannungstypkopfschmerzen klassifiziert werden, Hinweise für einen Migränekopfschmerz oder einen trigeminoautonomen Kopfschmerz ergäben sich nicht. Inkonsistenzen ergäben sich bezüglich der Angaben der Intensität der empfundenen Schmerzen, wie zuvor geschildert. Divergente Akteninformationen lägen nicht vor. Zusammenfassend bestünden aus neurologischer Sicht somit weder in der bisherigen Tätigkeit noch in einer angepassten Tätigkeit Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit.

Das neurologische Teilgutachten der C.____ wurde überzeugend begründet und steht in Übereinstimmung mit den medizinischen Vorakten. Zudem wird das Teilgutachten seitens der Parteien nicht bestritten, weshalb darauf abgestellt werden kann.

4.2

4.2.1 Im rheumatologisch-internistischen Teilgutachten vom 21. Juni 2024 (IV-Nr. 50.3) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Zur Beurteilung hielt der Gutachter fest, erste tiefgreifende medizinische Erfahrungen habe der Beschwerdeführer im März 1979 gemacht, als er nach einem Sturz in eine Kalkgrube mit infektiösen Erregern kontaminiert worden sei. Dies sei im Alter von 14 Jahren geschehen. Weitere medizinische Traumata seien mit einem Velosturz im April 02/2007 hinzugetreten, woraus eine Commotio cerebri bzw. eine Contusio cerebri hervorgegangen sei. Ab April 2010 sei der Beschwerdeführer aktenkundig in urologischer Mitbehandlung gestanden, aufgrund seiner Fistulierung sowie aktenanamnestisch Diagnosen wiederholter Nierenbeckenentzündungen und Entzündungen der Prostata. Daraufhin sei eine endoskopische Untersuchung sowie die wiederholte antibiotische Behandlung erfolgt. Trotz der wiederholten Behandlungsversuche hätten die reizartigen Beschwerden mit stark gehäuften Harndrang über die Jahre nicht abgenommen. Sodann sei mit Befundbericht vom 7. April 2020 per Computertomographie aktenkundig geworden, dass ein persistierendes therapierefraktäres Rückenleiden bestehe. Im Befund seien neben verschiedenen degenerativen Veränderungen eine mögliche Tangierung der Nervenwurzel L5 bds. dokumentiert worden. Diese Rückenschmerzen seien auch bei der IV-Anmeldung im Januar 2023 angegeben worden. Im April 2023 seien von schmerzmedizinischer Seite persistierende Rückenleiden angegeben worden, worauf interventionelle Schmerzbehandlungen mit Infiltrationen und Radiofrequenztherapien geplant worden seien. Gleichzeitig sei dort auch eine chronische Schmerzstörung angeführt worden, zusätzlich mit Verdacht einer Somatisierungsstörung. Die Prognose zur Wiedereingliederung werde grundsätzlich als gut angegeben. Im Widerspruch stünden die zum Zeitpunkt der Gutachtenssituation als nicht überzeugend angegebenen Therapieerfolge durch die interventionelle Schmerzbehandlung, während dem in den vorliegenden Befunden von

einer teilweisen Besserung der Beschwerden nach Intervention die Rede sei. Berücksichtige man die in der Selbstwahrnehmung stark eingeschränkte Leistungsfähigkeit und die Aktivitätsniveaus in den noch vorhandenen Lebensbereichen, so bestehe ein konsistentes Verhaltensmuster, ohne Widersprüche. Inkonsistent seien vor allem die überhöhte Erwartungshaltungen an das Sozialversicherungssystem bei jedoch schwach ausgeprägtem Mitwirkungsbewusstsein. Der eigene Beitrag zur Verbesserung der persönlichen und gesundheitlichen Situation werde weitgehend ignoriert. Des Weiteren scheine sich die Pollakisurie aktuell ruhig zu verhalten. Zuletzt habe der Beschwerdeführer ein pflanzliches Präparat (Angocin) von Zeller eingenommen und vor ca. zwei Wochen sistiert. Er führe die Beruhigung unter anderem auf die Aufnahme von Angocin zurück. Offenbar sei er nicht dauerhaft auf Angocin zur Minderung der Pollakisurie angewiesen. Der letzte Toilettengang mit Wasserlassen sei ca. eine Stunde vor Beginn des Gutachtenstermins gewesen. Im Urintrakt seien folgende Befunde zu erheben: Keine Pollakisurie, keine Dysurie, keine Nykturie, keine Nierenloggen-Klopfeschmerzen, keine Hämaturie. Diskrepanz sei die als hauptlimitierend angegebene Pollakisurie, also das häufige und im Tagesfluss einschränkende urinieren müssen. So habe die versicherte Person während zwei Stunden und 15 Minuten innerhalb der Begutachtung an der Untersuchung teilnehmen können, ohne diesem Drang nachgehen zu müssen. Subjektiv werde dies auf die eingenommene pflanzliche Medikation zurückgeführt. Es zeigten sich keine nonverbalen Zeichen wie Sitzunruhe, welche auf einen zunehmenden ■ aber unterdrückten ■ Harndrang hinweisen könnten. Die Diagnose des chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms mit lumbospondylogenen intermittierenden Anteilen gründe auf der rein deskriptiven Schmerzphänomenologie, welche zu einer vor allem haltungs- und bewegungsbedingten unterschiedlich rasch einsetzenden Überlastung führe. Das lumbovertebrale Schmerzbild bestehe primär in diffus lokalisierten, entlang der Wirbelsäule bestehenden Schmerzen, welche typischerweise nach länger anhaltenden statischen Haltungen bzw. dynamischen Bewegungen auftreten könnten. Dies zeige sich auch bei der versicherten Person durch die Schilderung der erst verzögert auftretenden Beschwerden, welche jedoch nicht immer gleichförmig, das heisse aufgrund des gleichen Auslösers, persistent und konsistent auftreten müssten. Die lumbospondylogenen Symptome gründeten auf einer Beteiligung degenerativ veränderter knöcherner Wirbelkörperanteile, welche aufgrund der Fehlbelastung im zeitlichen Längsverlauf zu punktuellen Überlastungen führten und mit einer lokalen Entzündung reagierten.

Schliesslich führte der Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit aus, die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit werde aus allgemeininternistischer und rheumatologischer Sicht lediglich durch geringgradige degenerative und myofasziale Veränderungen objektiv beeinträchtigt. Die gleichzeitig bestehende Dekonditionierung mit fehlender Fähigkeit über eine übliche Tagesarbeitszeit mittlere bis hohe Arbeitsbelastungen aufzufangen, schränken die Arbeitsfähigkeit weiter ein. Die bisherige Tätigkeit liege bereits knapp vier Jahre zurück, da der Patient per Entlassung am 31. August 2020 nicht mehr arbeitstätig gewesen sei. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit werde aus allgemeininternistischer und rheumatologischer Sicht auf 50 % eingeschätzt. Die Merkmale einer optimal angepassten Tätigkeit müssten eine Wechselbelastung mit sitzenden und stehenden Arbeitsphasen beinhalten. Die körperliche Belastung sollte leicht bis im Verlauf mittelschwer sein, wobei das Heben und Tragen von Lasten bis 10 kg einseitig nicht zu überschreiten seien. Im Sinne des rehabilitativen Aufbaus müsse auf regelmässige Pausen in 60- bis 90-minütigen Intervallen von 10 ■ 15 Minuten geachtet werden. Die

Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit werde aus allgemeininternistischer und rheumatologischer Sicht auf 75 % eingeschätzt.

4.2.2 Der Beschwerdeführer bringt gegen den Beweiswert des rheumatologisch-internistischen Teilgutachtens im Wesentlichen vor, sein behandelnder Urologe, Dr. med. D.____, habe mit Schreiben vom 5. Dezember 2024 (IV-Nr. 53) ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine gewisse Arbeitsunfähigkeit auch in Bezug auf die urologische Symptomatik zu prüfen sei.

Den Gutachtern lag ein Bericht vor, den Dr. med. D.____ am 15. September 2023 erstattet hatte und dem Auszüge aus der Krankengeschichte aus den Jahren 2010 und 2018 sowie Berichte aus den Jahren 2019, 2020 und 2022 beilagen (IV-Nr. 26 S. 5 ff.). Zu den Fragen der Beschwerdegegnerin führte Dr. med. D.____ aus, der Beschwerdeführer sei alle zwei bis drei Jahre bei ihm in Behandlung, die letzte Konsultation habe am 8. Dezember 2022 stattgefunden. Eine Arbeitsunfähigkeit habe er nie attestiert. Zur Vorgeschichte sei eine Fistel distal am Meatus urethrae zu nennen, die aktuelle medizinische Symptomatik und Situation entspreche einem Status nach rezidivierenden Prostata- und Nebenhoden-Entzündungen. Aktuell sei der Beschwerdeführer von urologischer Seite her zu 100 % arbeitsfähig, die Prognose sei gut, von urologischer Seite gebe es keine Faktoren, welche einer Eingliederung im Wege stünden. Vor diesem Hintergrund lag es auf der Hand, dass die Gutachter zum Ergebnis gelangten, es bestehe keine urologisch begründete Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Der in der Beschwerde erhobene Einwand, die Gutachter hätten sich auf teilweise mehr als zehn Jahre alte Arztberichte von Dr. med. D.____ gestützt, vermag nicht zu überzeugen, datiert doch die eigentliche Stellungnahme des Arztes wie erwähnt vom 15. September 2023, während die beigelegten Berichte der Dokumentation der Anamnese dienten und als solche auch hilfreich waren. Der rheumatologische und internistische Gutachter berücksichtigte auch die vom Beschwerdeführer angegebene Pollakisurie (häufiges Urinieren-Müssen) und hielt dazu fest, während der Untersuchung, welche 2 Stunden und 15 Minuten gedauert habe, seien keine entsprechenden Anzeichen aufgetreten. Dass das Gutachten keine Diagnose aus dem urologischen Bereich stellt, ist vor diesem Hintergrund überzeugend und nachvollziehbar. Ein diesbezüglicher Mangel des Gutachtens lässt sich nicht erkennen.

Nach der Erstattung des Gutachtens liess der Beschwerdeführer einen Kurzbericht von Dr. med. D.____ vom 5. Dezember 2024 einreichen. Darin führt der Arzt aus, der Beschwerdeführer leide seit 1979 unter urologischer Problematik. Bei ihm, Dr. med. D.____, sei er seit 2010, mit immer wieder rezidivierenden Entzündungen im Bereich der Prostata und im Bereich des Nebenhodens. Dadurch habe er teilweise Miktionsintervalle von 10 minütlich und sei deshalb auch scheinbar laut ihm auf der Arbeitsstelle gemobbt worden. Bedingt durch die intermittierende erhebliche urologische Symptomatik mit obengenannten Symptomen, denke er, der Arzt, dass eine gewisse Arbeitsunfähigkeit auch seitens der urologischen Situation zu überprüfen sei (IV-Nr. 53). Im daraufhin durch die Beschwerdegegnerin eingeholten erneuten Formularbericht vom 3. März 2025 erklärte Dr. med. D.____ nunmehr, in einem gewissen Widerspruch zum früheren Bericht vom 15. September 2023, der Beschwerdeführer sei bei ihm ein bis zwei Mal pro Jahr in Behandlung. Eine Arbeitsunfähigkeit habe er noch nie attestiert. Als aktuelle Symptomatik und Situation sei ein Status nach Epididynitis (Nebenhodenentzündung) rechts am 8. Dezember 2022 zu nennen. Damals habe keine Arbeitsunfähigkeit bestanden, höchstens eine solche von fünf Tagen. Als weitere Diagnose ohne Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit nennt Dr. med. D.____ eine rezidivierende Prostatitis; in entzündlichem Stadium bestünden teilweise Miktionsintervalle von 10 Minuten, was zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % für eine bis zwei Wochen führe (IV-Nr. 58). Dieser Bericht setzt teilweise andere Akzente als derjenige, den derselbe Arzt knapp anderthalb Jahre zuvor erstattet hatte. Er bildet aber keinen Anlass, die Ergebnisse des Gutachtens in Zweifel zu ziehen. So hält Dr. med. D.____ nach wie vor fest, er habe nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert und selbst beim besonders gravierenden Vorfall im Dezember 2022 (Nebenhoden-Entzündung) habe eine solche nicht oder allenfalls höchstens während fünf Tagen bestanden. Auch mit Blick auf die neu angegebene Behandlungsfrequenz von ein bis zwei Mal pro Jahr kann, selbst wenn man den neuen Bericht von Dr. med. D.____ trotz der offenkundigen und nicht erklärten Widersprüche zu dessen früherer Stellungnahme vom 15. September 2023 (welche u.a. von einer Behandlung alle zwei bis drei Jahre spricht) zum Nennwert nehmen wollte, nicht auf eine invaliditätsrelevante Beeinträchtigung der allgemeinen Arbeitsfähigkeit geschlossen werden. Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht auf diesbezügliche Weiterungen verzichtet. Auch eine Verletzung der Begründungspflicht liegt nicht vor.

Die übrigen Aspekte des rheumatologisch-internistischen Teilgutachtens, namentlich die Ausführungen zur Rückenproblematik und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, sind ebenfalls überzeugend und werden auch durch später erstattete Stellungnahmen nicht infrage gestellt. Die gutachterliche Einschätzung ist denn auch in Bezug auf diese Punkte unbestritten geblieben.

4.3

4.3.1 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 5. Juli 2024 (IV-Nr. 50.5) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Zur Beurteilung hielt der Gutachter fest, es sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu diagnostizieren. Die psychischen Faktoren ergäben sich aus den Belastungen, aber vor allem auch Verlusten, die der Versicherte in seinem Leben erlitten habe. Er sage von sich, alleine und verarmt zu sein, aber doch eine gewisse Zufriedenheit zu haben. Hier sei keine Verbitterung spürbar gewesen, aber es seien doch die intrapsychischen Konflikte vorhanden, die nicht anderweitig geäußert würden, als durch das Beklagen der Rückenschmerzen in den letzten Jahren. Eine derartige chronische Schmerzstörung mit psychischen (und somatischen) Faktoren werde im Kapitel der somatoformen Störungen codiert als ICD-10 F45.41 und dürfe als psychosomatische Verstärkung vielfältiger Beschwerden bezeichnet werden. Gleichzeitig ergebe sich aus dieser Diagnosestellung lediglich eine sehr geringe Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit, habe der Versicherte doch sehr wohl auch noch unter den belastenden Faktoren für sich eine Arbeitstätigkeit erbringen können und habe auch angegeben, dass eindeutig die somatischen Erkrankungen, z.B. des Urogenitaltraktes und des Bewegungsapparates letztlich zur Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Grundsätzlich seien alle Angaben des Versicherten nachvollziehbar gewesen, es hätten keine Inkonsistenzen oder Inplausibilitäten bestanden.

4.3.2 Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte der psychiatrische Gutachter aus, dem Versicherten sei es aus psychiatrischer Sicht zumutbar, 8,5 Stunden an fünf Tagen die Woche zu arbeiten, womöglich mit einer verlängerten Mittagspause. Durch den Anteil der psychischen Faktoren in der chronischen Schmerzstörung sei die Leistungsfähigkeit um (maximal) 20 % gemindert, es wäre also von einer (mehr als) 80%igen Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht auszugehen, dies sei auch für die vergangenen Jahre der Fall gewesen. Dem Versicherten würden keine wechselnde Drei-Schicht und keine wechselnde Nacharbeit empfohlen, er sollte vielmehr eine Routinetätigkeit mit zweimal 4,25 Stunden am Arbeitstag verteilt erbringen. Die weitergehende Anpassung wäre durch die somatischen Teilgutachten festzulegen.

Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung zu überzeugen vermag.

Grundsätzlich sind sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 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 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 ist gestützt auf das Gutachten von

einer leichtgradigen Ausprägung der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer eine eigentliche psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung nie in Anspruch genommen habe. Vor mehr als zehn Jahren sei er einige wenige Male über einen Zeitraum von einem Monat beim Psychiater gewesen, als die Trennung und Scheidung von der Ex-Ehefrau erfolgt sei und er eine sehr grosse Wut verspürt habe, das Gefühl aufgekomen sei, sich rächen zu wollen. Eine anderweitige Behandlung habe er nie in Anspruch genommen. Aus der Sicht des Unterzeichnenden sei eine psychiatrische Behandlung auch nicht angezeigt gewesen, aus rein psychiatrischer Sicht liege nämlich eine recht gute Arbeitsfähigkeit vor, wollte man die somatischen Faktoren sowie auch krankheitsfremde / motivationale Faktoren ausser Acht lassen und eine leichte Arbeit für zumutbar halten. Medizinische Massnahmen, hier an dieser Stelle eine aufgenommene psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung, könnte die aktuell bei 80 % eingeschätzte medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht deutlich und in nützlicher Frist verbessern. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ist somit eine Behandlungsresistenz zu verneinen. Sodann äussert sich der psychiatrische Gutachter zwar nicht zur Aussicht allfälliger Eingliederungsbemühungen. Aufgrund der Akten kann aber auch eine Eingliederungsresistenz mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verneint 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. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Diesbezüglich sind dem Gutachten keine Wechselwirkungen der anderen gestellten, somatischen Diagnosen zu entnehmen.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. 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. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, der Versicherte habe einen strukturierten Tagesablauf. Er sei aktiv z.B. von morgens 08.00 bis 12.00 Uhr unternahme er etwas, was ihm zusage, würde essen, würde

danach ein bis zwei Stunden schlafen und sei wieder von etwa 15.00 bis 24.00 Uhr aktiv. Er fahre sehr gerne mit dem Velo und fahre jeden Tag eine bestimmte Strecke von seinem Wohnort an der Aare entlang bis nach [...], dort über die Brücke und auf der anderen Seite zurück. Dies sei eine wunderbare Strecke und er geniesse die Freiheit. Gerne koche er sich sein Essen selbst, das aus einer Mischung von Gemüse, Fleisch und Teigwaren bestehe. Wenn es schlechtes Wetter sei oder er zu Hause bleibe, würde er sich im Internet für vieles interessieren, sei an Sport, Politik und Wissenschaft interessiert. Ab 24.00 Uhr gehe er zu Bett. Er lebe zwar alleine, aber das sei gut so. Es gehe ihm relativ gut, trotz des psychischen Drucks und der somatischen Erkrankungen. Er könne sagen, dass er nach der Trennung der Ehefrau 2010 und erst recht nach dem Verlust des Arbeitsplatzes und des Geldes Familie und auch Freunde verloren habe und nun allein sei. Allenfalls kommuniziere er mit seinen zwei Brüdern (einer in Frankreich, einer in Bosnien) elektronisch. Er sei allerdings mit der aktuellen Lebenssituation in Armut und Einsamkeit durchaus zufrieden. Des Weiteren führte der Gutachter zu den persönlichen Ressourcen des Beschwerdeführers aus, der intelligente Versicherte, der eine kaufmännische Ausbildung genossen habe, die zwar schon lange her sei, der einige kürzere Arbeitstätigkeiten erbracht und Erfahrungen gesammelt habe, wäre medizinisch-theoretisch aus psychiatrischer Sicht sehr wohl in der Lage, eine Arbeitstätigkeit zu erbringen, wenn die maximale Willensanstrengung darin eine Priorität setzen würde. Gestützt auf diese Ausführungen ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer über relativ geringe soziale Ressourcen verfügt. Es bestehen bei ihm aber durchaus persönliche 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.). Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ist von einem recht hohen Aktivitätsniveau im Freizeitbereich auszugehen, was in Diskrepanz dazu steht, dass der Beschwerdeführer sei längerer Zeit keiner Arbeit mehr nachgeht.

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 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich hielt der Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer keine psychiatrische Behandlung in Anspruch nehme, wobei dies nach Ansicht des Gutachters auch nicht notwendig sei. Es ist somit in psychiatrischer Hinsicht von einem geringen Leidensdruck auszugehen.

4.3.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als hinreichend ausgewiesen. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 4.3.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag die gutachterliche Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 80 % sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu überzeugen. Da das

psychiatrische Teilgutachten auch seitens der Parteien unbestritten ist, kann darauf abgestellt werden.

5. Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht dem B.____-Gutachten vom 8. Oktober 2024 zu Recht volle Beweiskraft zuerkannt und überdies festgestellt, dass keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine nach dem Gutachten eingetretene, bis zum Erlass der Verfügung vom 24. April 2025 anspruchswirksam gewordene Veränderung vorliegen. Auf dieser Basis war auch die Verneinung eines Leistungsanspruchs korrekt. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 6

6.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

6.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 4 hiervor; A.S. 38). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Stundenansatz für die unentgeltliche Vertretung beträgt gemäss § 161 i. V. m § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT; BGS 615.11) seit 2023 CHF 190.00. Die Entschädigung ist gestützt auf die eingereichte Kostennote vom 10. September 2025 (A.S. 42 f.) auf CHF 1'997.25 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, sobald der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

6.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Zuzugleich unentgeltlicher Rechtspflege trägt sie der Staat Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, sobald der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

4. Die Verfahrenskosten von CHF 600.00 werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Zuzugleich unentgeltlicher Rechtspflege trägt sie der Staat Solothurn; vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, sobald A.____, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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

Der Vizepräsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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