

AG_VERSICHERUNGSGERICHT VBE.2024.559 vom 10. November 2025

Ag Versicherungsgericht, 2025-11-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ag_versicherungsgericht_VBE.2024.559

FR: AG_VERSICHERUNGSGERICHT VBE.2024.559 du 10 novembre 2025

IT: AG_VERSICHERUNGSGERICHT VBE.2024.559 del 10 novembre 2025

Erwägungen

E. 2

Eventualiter sei die Verfügung vom 23. Oktober 2024 aufzuheben und es sei gerichtlich eine bidisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen Orthopädie und Psychiatrie anzuordnen und es sei alsdann reformato- risch über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu entschei- den.

E. 2.1

Weiter ist an dieser Stelle auf den Einwand des Beschwerdeführers einzu- gehen, wonach der RAD-Arzt Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädi- sche Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, befangen gewesen sei und in den Ausstand hätte treten müssen (vgl. Beschwerde S. 10 ff.).

- 5 -

E. 2.2

Gemäss Art. 36 Abs. 1 ATSG treten Personen, die Entscheidungen über Rechte und Pflichten zu treffen oder vorzubereiten haben, in Ausstand, wenn sie in der Sache ein persönliches Interesse haben oder aus anderen Gründen in der Sache befangen sein könnten. Der Anwendungsbereich dieser Norm ist weit gefasst (vgl. GEERTSEN, in: Kieser/Kradolfer/Lendfers [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des So- zialversicherungsrechts, 5. Aufl. 2024, N. 9 zu Art. 36 ATSG). Für verwal- tungsinterne Verfahren gilt dabei nicht der gleich strenge Massstab wie ge- mäss Art. 30 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK für richterliche Behörden (Urteil des Bundesgerichts 9C_773/2018 vom 3. April 2019 E. 2 mit Hinweisen). Im Interesse einer beförderlichen Rechtspflege sind Ausstandsbegehren gegen nicht richterliche Justizpersonen beziehungsweise gegen Personen, die an einem Verwaltungsentscheid in irgendeiner Form beratend oder in- struierend mitwirken, nicht leichthin gutzuheissen. Die für den Anschein der Befangenheit sprechenden Umstände müssen jeweils im Einzelfall unter Berücksichtigung der Funktion und der Organisation der betroffnen Ver- waltungsbehörde gewichtet werden (BGE 137 II 431 E. 5.2 S. 451). Das subjektive Empfinden einer Partei vermag keine Ausstandspflicht zu be- gründen (Urteil des Bundesgerichts 8C_970/2010 vom 12. Januar 2011 E. 3.1).

E. 2.3

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers bestehen vorliegend keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Ausstandsgrundes. Die Ausführun- gen des Beschwerdeführers, wonach der RAD-Arzt Dr. med. C._____ be- fangen gewesen sei, betreffen allesamt dessen inhaltliche Beurteilung der medizinischen Gutachten und sind im Rahmen der

Beweiswürdigung zu behandeln (vgl. GERSTEN, in: Kieser/Kradolfer/Lendfers [Hrsg.], a.a.O., N. 13 zu Art. 36 ATSG mit Verweis auf BGE 137 V 248 f. E. 3.4.1.2 sowie BGE 132 V 108 f. E. 6.5). Auch dass Dr. med. C._____ bereits im Zusammenhang mit der Verfügung vom 9. Januar 2018 eine medizinische Beurteilung abgegeben hat, vermag nicht den Anschein einer Befangenheit zu erwecken (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.2.2 mit Hinweis). Das Vorliegen eines Ausstandsgrundes ist folglich zu verneinen und auf die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. med. C._____ ist im Rahmen der Beweiswürdigung einzugehen. 3. Streitig und zu prüfen ist damit, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 23. Oktober 2024 (VB 274) einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat.

E. 2.4

Mit Eingabe vom 1. Oktober 2025 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein.

- 4 - Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung: 1. 1.1. Vorab ist auf die formelle Rüge des Beschwerdeführers einzugehen, wonach die Beschwerdegegnerin sein rechtliches Gehör verletzt habe, indem sie die angefochtene Verfügung unzureichend begründet habe (vgl. Beschwerde S. 8 f.). 1.2. Verfügungen sind gemäss Art. 49 Abs. 3 ATSG zu begründen, was sich auch aus dem allgemeinen Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) ergibt. Die Begründung muss wenigstens kurz die Überlegungen nennen, von denen sich die Behörde leiten liess und auf welche sich ihr Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 124 V 180 E. 1a S. 181). 1.3. Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers ist die Beschwerdegegnerin ihrer Begründungspflicht in der angefochtenen Verfügung (Vernehmlassungsbeilage [VB] 274) genügend nachgekommen, legte sie doch kurz dar, das Gutachten des ZMB sei – selbst unter Berücksichtigung der ergänzenden Stellungnahme vom 14. April 2023 (VB 233) – gestützt auf die Beurteilung des RAD-Arztes als nicht beweiskräftig zu werten. Dem neu eingeholten Gutachten der SMAB komme hingegen Beweiswert zu, womit auf dieses abgestellt werden könne. Die Beschwerdegegnerin führte zudem aus, ab welchem Zeitpunkt eine angepasste Tätigkeit im Rahmen eines Vollzeitpensums zumutbar sei, und nahm anschliessend die Berechnung des Invaliditätsgrades vor. Damit war es dem Beschwerdeführer ohne Weiteres möglich, sich über die Gründe der Beschwerdegegnerin, welche zum Entscheid geführt hatten, ein Bild zu machen. Im konkreten Fall konnte der Entscheid der Beschwerdegegnerin denn auch fraglos sachgerecht angefochten werden (vgl. BGE 138 V 32 E. 2.2 S. 35 mit Hinweisen). Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs des Beschwerdeführers ist damit zu verneinen. 2.

E. 3

Subeventualiter sei die Verfügung vom 23. Oktober 2024 aufzuheben und es sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Neuurteilung zurückzuweisen.

E. 4

Am 1. Januar 2022 traten die Änderungen des revidierten IVG in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705,

- 6 - BBI 2017 2535), dies mitsamt entsprechendem Verordnungsrecht. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Indessen dreht sich der Rechtsstreit um ein Neuanmeldungs-gesuch vom 12. Mai 2020 und damit um einen möglichen bereits vor Inkrafttreten der Änderung bestehen- den Rentenanspruch, sodass insoweit, entsprechend den allgemeinen in- tertemporalrechtlichen Grundsätzen, das bisherige Recht zur Anwendung gelangt (vgl. BGE 150 V 323 E. 4 S. 327 ff. sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_543/2023 vom 20. März 2024 E. 2.2). Dieses gilt hier zudem auch nach dem 1. Januar 2022, da der 1965 geborene Beschwerdeführer in diesem Zeitpunkt das 55. Altersjahr bereits vollendet hatte (vgl. lit. c der Über- gangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020; Urteile Bundesgerichts 8C_621/2023 vom 7. August 2024 E. 3; 9C_572/2023 vom 18. Juni 2024 E. 2.2 i.V.m. E. 4.5.2).

E. 5.1

Die Zusprache einer Invalidenrente aufgrund einer Neuanmeldung, nach- dem eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert wurde (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV), bedarf analog zur Rentenre- vision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) einer anspruchrelevanten Änderung des In- validitätsgrades (vgl. BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71; 117 V 198 E. 3 S. 198 f. und 109 V 108 E. 2 S. 114 f.; Urteil des Bundesge- richts 8C_29/2020 vom 19. Februar 2020 E. 3.1 f. mit Hinweisen).

E. 5.2

Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die ge- eignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beein- flussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Rechtsprechungsge- mäss ist die Invalidenrente nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheits- zustands erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbe- reichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen gleichgebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich ist (VBE 141 V 9 E. 2.3. S. 11 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attes- tierte Arbeitsfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verschlechterten Ge- sundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 8C_300/2020 vom 2. Dezember 2020 E. 2.6.2 mit Hinweisen). Das Hinzutreten oder Wegfallen einer

- 7 - Diagnose würde zudem ohnehin keine für den Rentenanspruch massge- bende Änderung der Verhältnisse darstellen, wenn eine erhebliche Ver- schlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen ist (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; Urteil des Bundesgerichts 9C_42/2019 vom 16. August 2019 E. 5.2.1).

E. 5.3

Zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Än- derung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchfüh- rung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten

für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff. und 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.).

E. 6.1

Den vorliegend massgeblichen retrospektiven Vergleichszeitpunkt bildet die rechtskräftige Verfügung vom 9. Januar 2018 (VB 153). Diese Verfügung beruhte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten bidisziplinären Gutachten des Klinikums B. _____ vom 7. April 2017 (VB 134.1, 134.2), welches eine neurologische und orthopädische/unfallchirurgische Beurteilung umfasste. Dabei konnten die Gutachter interdisziplinär lediglich unspezifische Lumbalgien als Diagnose mit einer Relevanz für die Arbeitsfähigkeit erheben. Diese Diagnose wirke sich mässig limitierend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Der Beschwerdeführer dürfe nur gelegentlich Zwangshaltungen, insbesondere hinsichtlich der Lendenwirbelsäule, einnehmen und müsse das Heben und Tragen von schweren Lasten vermeiden. Ansonsten seien leichte körperliche Tätigkeiten vollschichtig (d.h. volles Pensum und volle Leistung) möglich. Ein Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen wäre günstig. Retrospektiv sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit auf dem Bau in den letzten Jahren eingeschränkt arbeitsfähig gewesen. In einer leichten körperlichen (angepassten) Tätigkeit sei eine Arbeitsunfähigkeit jedoch für die letzten Jahre und aktuell nicht nachvollziehbar (vgl. VB 134.2 S. 21).

E. 6.2

In der angefochtenen Verfügung vom 23. Oktober 2024 (VB 274) stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der SMAB (Fachgebiete Orthopädie/Traumatologie sowie Psychiatrie) vom 15. März 2024, in welchem folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden (VB 263.1 S. 6): "1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit möglicher L5-Radikulopathie rechts nach mikrochirurgischer Dekompression L4/5 rechts, Sequestrektomie und Diskektomie 09/2000 und Zustand nach

- 8 - Refenestration L4/5 und Foraminotomie L5 rechts bei Rezidivhernie 02/2003 (ICD-10: M54.5, Z98.8) 2. Leichte Funktionsstörung des rechten Schultergelenkes im Status nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion (Supraskapularsehne, Supraspinatussehne und Infraspinatussehne), AC-Gelenksresektion und Bizepsstenodese von 07/2020 (ICD-10: M75.8, Z98.8) 3. Beginnende Femoropatellare Arthrose beidseits bei Dysplasie des femoropatellaren Gleitlagers und Kniescheibe im Status nach Kapselbandplastiken vor circa 44 Jahren, mit leichtgradiger Funktionseinschränkung des linken Kniegelenkes (ICD-10: M17.9, Z98.9)" Die Arbeitsunfähigkeit begründe sich ausschliesslich orthopädisch-traumatologisch. Mit dem Nachweis der lumbalen Bandscheibenverlagerung im Jahre 2000 sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter als aufgehoben einzuschätzen. In einer angepassten Tätigkeit bestehe jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Dabei handle es sich um körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Vermeidung von Zwangshaltungen (Vorbeuge, kniende oder hockende Stellung, in und über Kopfhöhe) sowie unter Vermeidung von Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte, Nässe und Zug. Es sollte sich insbesondere um wechselbelastende Tätigkeiten handeln, idealerweise zwischen sitzender, stehender und gehender Haltung. Aus orthopädischer Sicht sei eine längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit im bisherigen Verlauf seit der letzten

Anmeldung/Begutachtung 2017 nicht zu begründen. Ausgenommen seien Rekonvaleszenzzeiten nach der Arthroskopie des rechten Schultergelenks mit komplizierendem Verlauf bei akuter Divertikulitis und einer sich postoperativ einstellenden Frozen shoulder (VB 263.1 S. 8 f.).

E. 6.3.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

E. 6.3.2

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen-

- 9 - nen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

E. 6.3.3

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81, 9C_418/2010 E. 4.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_54/2021 vom 10. Juni 2021 E. 2.3; 8C_703/2020 vom 4. März 2021 E. 5.2.1.1).

E. 7.1

Der Beschwerdeführer macht zunächst geltend, das Gutachten der SMAB stelle eine unzulässige "second opinion" dar, vielmehr hätte sich die Beschwerdeführerin auf das zuvor eingeholte polydisziplinäre Gutachten des ZMB (Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie) vom 14. Juli 2022 stützen sollen (vgl. Beschwerde S. 20 ff.), womit zu prüfen ist, ob sich die Beschwerdeführerin zu Recht nicht auf das polydisziplinäre ZMB-Gutachten, sondern auf das bidisziplinäre SMAB-Gutachten gestützt hat.

E. 7.2

Nach dem Wortlaut von Art. 43 Abs. 1 und Abs. 2 ATSG müssen die vom Versicherer angeordneten Untersuchungen für die Erstellung des rechtserheblichen Sachverhalts notwendig sein. In diesem Sinne liegt die medizinische Begutachtung nicht im

uneingeschränkten Ermessen der rechtsanwendenden Stellen. Diese haben sich von rechtsstaatlichen Grundsätzen leiten zu lassen, wozu die Verpflichtung zur Objektivität und Unvoreingenommenheit gehört (Urteil des Bundesgerichts 9C_28/2010 vom 12. März 2010 und BGE 137 V 210 E. 3.3.1 S. 245, jeweils mit Hinweisen). Die IV-Stelle hat daher nicht das Recht, im Rahmen einer "second opinion" weitere Erhebungen vorzunehmen, wenn ihr das Ergebnis des an sich genügend abgeklärten Sachverhalts nicht gefällt (vgl. BGE 136 V 156 E. 3.3 S. 158).

E. 7.3

Im polydisziplinären Gutachten des ZMB (Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie) vom 14. Juli 2022

- 10 - wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (VB 217.1 S. 7 f.): "- Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit chronischer L5-Radiculopathie rechts m/b (...) - Impingement Schulter rechts, dominant, m/b (...) - Fortgeschrittene Chondropathia femoropatellär Grad IV nach Outerbridge m/b (...) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit aktuell leichter bis mittelgradiger depressiver Episode - Anpassungsstörung nicht näher bezeichnet" Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, aus somatischer Sicht ergebe sich aufgrund der Befunde eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im Baugewerbe (Bodenleger). Diese vollschichtige Arbeitsunfähigkeit bestehe seit dem Jahre 2000 nach der ersten Wirbelsäulenoperation. Die Gesamtarbeitsunfähigkeit werde wesentlich aufgrund der somatischen Faktoren attestiert, hinzu trete jedoch auch das Erleben des Beschwerdeführers im Sinne des mittlerweile chronifizierten Schmerzsyndroms, wie im entsprechenden Fachgutachten geschildert werde. Diese psychiatrische Komponente sei teil-additiv zum aus somatischer Sicht begründbaren verminderten Rendement, sodass die heute attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70 % in adaptierter Tätigkeit resultiere. Dabei müsse die Chronifizierung (Zentralisierung des Schmerzerlebens) wesentlich berücksichtigt werden. In der bisherigen Tätigkeit auf dem Bau sei der Beschwerdeführer seit September 2000 nicht mehr einsetzbar. Bei einer adaptierten Tätigkeit müsse es sich um eine leichte, wechschichtige, den Rücken-, Knie- und Schulterleidende adaptierte Tätigkeit handeln. Zumutbar seien etwa leichte Kontrolltätigkeiten und anderes in vermindertem Ausmass. Auch in einer solchen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer durch sein Schmerz-Erleben (somatisches und psychiatrisch begründet) eingeschränkt, woraus eine Rest-Arbeitsfähigkeit von 30 % resultiere (VB 217.1 S. 10).

E. 7.4

RAD-Arzt Dr. med. C. _____ erachtete das Gutachten des ZMB vom 14. Juli 2022 in seiner Beurteilung vom 20. März 2023 insgesamt als weder schlüssig noch nachvollziehbar, und gelangte zum Schluss, dass deshalb nicht darauf abgestellt werden könne (VB 228 S. 3).

E. 7.4.1.1

Bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte Dr. med. C. _____ bereits am 28. November 2022 RAD-Ärztin Dr. med. E. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, um eine konsiliarische Aktenbeurteilung

- 11 - ersucht (vgl. VB. 221). Diese nahm am 16. März 2023 zum psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. D._____ Stellung und führte aus, in einer Gesamtschau entspreche es zwar weitgehend den Anforderungen versicherung psychiatrischer Gutachten, die rein psychiatrischen Funktionseinschränkungen würden jedoch fehlen. Ferner könnten nicht einerseits eine Anpassungsstörung und gleichzeitig eine depressive Episode diagnostiziert werden, sondern nur eines von beiden. Weiter sei der Widerspruch zu klären, wie der Gutachter auf eine "unerhebliche" Einschränkung in bisheriger Tätigkeit und "ganz erheblichen" Einschränkungen in adaptierter Tätigkeit komme. Schliesslich schätze der Neurologe die adaptierte Arbeitsfähigkeit auf 20 % [recte: 30 %; VB 217.4 S. 30], der Orthopäde auf 50 % und im psychiatrischen Teilgutachten werde keine prozentuale adaptierte Arbeitsfähigkeit angegeben. Wie die Gutachter gesamthaft auf eine 30%ige adaptierte Restarbeitsfähigkeit kämen, sei unklar (VB 225 S. 3). RAD-Arzt Dr. med. C._____ führte daraufhin in seiner Beurteilung vom 20. März 2023 aus, weder der Gesundheitszustand noch die Arbeitsfähigkeit hätten sich gegenüber dem Zeitpunkt vom 9. Januar 2018 (letzte materielle Verfügung) verändert. Die aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit stelle eine nicht zu beachtende andere Einschätzung desselben medizinischen Sachverhalts dar. In einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit bestehe ab 1. Dezember 2020 (sechs Monate nach dem Gesuch) bis heute eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Dr. med. C._____ empfahl, (u.a.) den psychiatrischen Gutachter Dr. med. D._____ um Beantwortung von Rückfragen zu ersuchen (VB 228 S. 3).

E. 7.4.1.2

Im Rahmen seiner Stellungnahme zu den Ergänzungsfragen von RAD-Arzt Dr. med. C._____, welche auf der konsiliarischen Beurteilung von Dr. med. E._____ basierten (VB 225), vermochte der Gutachter Dr. med. D._____ die gestellten Fragen zum psychiatrischen Teilgutachten nicht schlüssig und nachvollziehbar zu beantworten. Bei der Frage, ob es sich unter Bezug des Selbstbeurteilungsfragebogens (BDI) um klinisch relevante Einschränkungen handle, ging er ausschliesslich auf den Selbstbeurteilungsfragebogen ein und nicht auf die Frage des Vorliegens klinisch relevanter Einschränkungen, welche – unter Bezugnahme auf diesen Fragebogen – gegebenenfalls zu konkretisieren gewesen wären. Die Frage nach der Erklärung für die gemäss ICD-10 unzulässige Verwendung der Diagnosekombination Anpassungsstörung bei gleichzeitiger depressiver Episode erachtete er als unverständlich, und seine Ausführungen vermögen nicht zu erklären, weshalb er im Teilgutachten als Diagnosen gleichzeitig eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit aktuell leichter bis mittelgradiger depressiver Episode sowie eine Anpassungsstörung, nicht näher bezeichnet (F 43.8), nannte (vgl. VB 217.5 S. 14), obwohl diese Kombination nach den Ausführungen von Dr. med. E._____ gemäss ICD-10 unzulässig ist (vgl. VB 228 S. 3; vgl. auch VB 225

- 12 - S. 3; 243 S. 1). Im seinem Teilgutachten führte der Gutachter zudem aus, aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer aufgrund dessen affektiven Leidens heute "nur unerheblich eingeschränkt". In einer dem körperlichen Leiden optimal adaptierten Tätigkeit werde die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einerseits durch die somatisch begründbare Verstärkung bei auch körperlich nur leichter Belastung einerseits definiert, andererseits bestehe aus psychiatrischer Sicht aufgrund des andauernden Schmerzerlebens eine "erhebliche Einschränkung des Rendements" (VB 217.5 S. 15). Diese abweichenden Beurteilungen der Einschränkungen in der bisherigen Tätigkeit und in der angepassten Tätigkeit vermochte er auch im Rahmen der ergänzenden Stellungnahme vom 14. April

2023 nicht zu erklären (VB 233 S. 5; VB 243 S. 2). Wie der RAD-Arzt Dr. med. C. _____ richtig ausführte, beantwortete der Gutachter auch die Frage nach einer möglicherweise vorhandenen reaktiven Depression nach der Verfügung vom 16. August 2018 sowie der rein psychiatrischen Funktionseinschränkungen nicht nachvollziehbar, und eine Gesamtbeurteilung der Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht ist ebenfalls nicht erfolgt (vgl. VB 235 S. 2). In der Konsensbeurteilung des ZMB-Gutachtens wurde diesbezüglich ausgeführt, die Gesamtarbeitsfähigkeit werde wesentlich aufgrund der somatischen Faktoren attestiert, hinzu trete jedoch das Erleben des Beschwerdeführers im Sinne des mittlerweile chronifizierten Schmerzsyndroms. Diese psychiatrische Komponente sei teil-additiv zum aus somatischer Sicht begründbaren verminderten Rendement, sodass heute eine attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70 % in adaptierter Tätigkeit resultiere (VB 217.1 S. 10). Wie sich die in den orthopädischen und neurologischen Teilgutachten attestierten Arbeitsunfähigkeiten zueinander verhalten, ist der Konsensbeurteilung jedoch nicht zu entnehmen. Während im orthopädischen Teilgutachten von einer Minderung des Rendements von 50 % in angepasster Tätigkeit die Rede war (VB 217.4 S. 16), wurde im neurologischen Teilgutachten festgestellt, dass in einer angepassten Tätigkeit maximal ein 30%iges Arbeitspensum zumutbar sei (VB 217.4 S. 30). Die Frage, wie hoch die Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit allein aufgrund der psychischen Einschränkungen ausfällt, kann somit auch unter Berücksichtigung der Konsensbeurteilung nicht abschliessend beantwortet werden. Auch in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. April 2023 machte der psychiatrische ZMB-Gutachter Dr. med. D. _____ hierzu trotz entsprechender Ergänzungsfragen keine Ausführungen (VB 233 S. 2 ff.). Insgesamt erweist sich das psychiatrische Teilgutachten damit als nicht schlüssig und nicht nachvollziehbar.

E. 7.4.2.1

Im Rahmen seiner ergänzenden Stellungnahme führte der orthopädische Gutachter Dr. med. C. _____ zur Frage, worin er eine objektivierbare Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im Vergleich zu den Vorbefunden von Dr. med. F. _____, Fachärztin für Chirurgie

- 13 - und Arbeitsmedizin sowie Praktische Ärztin, vom 10. Februar 2017, und von Dr. med. G. _____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, vom 17. November 2017 sehe, aus, die Einschätzungen dieser beiden Ärzte würden sich im Wesentlichen mit seiner Beurteilung decken. Im Gutachten vom 14. Juli 2022 sei festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer seit September 2000 in der bisherigen Tätigkeit auf dem Bau nicht mehr einsetzbar sei. Was die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit anbelange, seien seit der Begutachtung 2017 die Jahre ins Land gegangen und zwischenzeitlich bestehe ein persistierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit chronischer L5-Radikulopathie rechts. Bemerkenswert seien die auch bereits in Funktionsaufnahmen der LWS im Dezember 2004 festgestellte leichte Aufklappbarkeit L4/5 und minimale Beweglichkeit im Segment L5/S1 bei Reklination. Es sei schon in den damaligen Beurteilungen durch das Zentrum E. _____, Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie, darauf hingewiesen worden, dass aufgrund von Anamnese und klinischen Befunden im Operationsbereich eher eine Instabilitätssymptomatik bestehe. Diese dürfte sich im Laufe der Jahre nicht verbessert haben, es sei eher von einer verstärkten Instabilität durch Zunahme der degenerativen Veränderungen (Bandscheibendegenerationen mit zusätzlich leichter Höhenminderung und dadurch bedingter vermehrter Instabilität) auszugehen. Hinweis darauf sei die bildgebend

zunehmende Osteochondrose L4/5 mit zwischenzeitlich am ehesten verkalktem Bandscheibenvorfall mit Kompression der L5-Wurzel rechts laut MRI vom September 2020, auf welche neben der recessalen Asymmetrie und Narbengewebe auch das residuelle Reiz- und sensomotorische Ausfallsyndrom L5 rechts zurückzuführen sei. Zusätzlich bestünden seit 2017 nach einer Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion mit postoperativer Frozen Shoulder (Juli 2020) eine deutlich verstärkte Impingement-Symptomatik der rechten Schulter mit Bewegungseinschränkung und deutlicher Minderbelastbarkeit wie auch zunehmend empfundene Beschwerden und dadurch bedingte Minderbelastbarkeit des rechten Kniegelenks bei laut MRI vom November 2017 bereits bestehender femoropatellärer Chondropathie Grad IV bei Status nach OP nach Roux-Elmslie in der Kindheit; diese bereits damals weit fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen dürften im Laufe der Jahre ebenfalls weiter progredient sein; bildgebende bzw. arthroskopische Befunde würden dazu nicht vorliegen. Die Summe der Beschwerden am Bewegungsapparat habe im Verlauf seit 2017 zunehmend zu einem mittlerweile chronifizierten Schmerzsyndrom geführt. Es sei ihm bewusst, dass die bildgebenden Befunde nicht immer mit den beklagten Beschwerden korrelieren würden und letztlich auf die Klinik abgestellt werden müsse. Da jedoch weder aus orthopädischer noch aus psychiatrischer Sicht Inkonsistenzen bestehen würden und die Plausibilität der beklagten Beschwerden aufgrund der klinischen Befunde gegeben gewesen sei, sei aus orthopädischer Sicht aufgrund der Summe der Leiden die Restarbeitsfähigkeit bei Ganztagsarbeit in adaptierter, detailliert festgelegter Tätigkeit mit Einschränkung des Rendements um 50 % aufgrund des erhöhten Pausenbedarfes wegen der

- 14 - chronifizierten Schmerzen festgelegt. Diese inzwischen chronifizierten Schmerzen seien auch Teil der somatischen Leiden (vgl. VB 233 S. 8 f.).

E. 7.4.2.2

Bezüglich der vom orthopädischen Gutachter geschilderten Schmerzsymptomatik ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach subjektive Schmerzangaben alleine für die Begründung einer sozialversicherungsrechtlich relevanten (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit nicht genügen, sondern die Schmerzangaben durch damit korrelierende fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend objektiv erklärbar sein müssen (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127; Urteil des Bundesgerichts 8C_606/2023 vom 24. April 2024 E. 4.2.3). Bei Gesundheitsschäden im Bereich der Wirbelsäule stellt die klinische Untersuchung überdies die wichtigste und feinste Prüfung dar (Urteile des Bundesgerichts 9C_234/2021 vom 13. August 2021 E. 3.2; 8C_839/2019 vom 12. Mai 2020 E. 3.2.1). Diese umfasst die Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteile Bundesgerichts 8C_100/2024 vom 19. September 2024 E. 7.5; 8C_787/2021 vom 23. März 2022 E. 9.2.2 mit Hinweis). Vorliegend fehlen detaillierte Ausführungen des orthopädischen ZMB-Gutachters, inwiefern bezüglich der bereits vorbestehenden Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule aufgrund der klinischen Untersuchungen eine sich auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auswirkende Verschlechterung seit der letzten materiellen Verfügung vom 9. Januar 2018 ausgewiesen ist, zumal sich bereits den Gutachtern des Klinikums B._____ ein lumboradikuläres Schmerzreizsyndrom L5, ein Status nach Diskushernioperation am 14. September 2000 bei sequestrierter Diskushernie auf Höhe LWK 4/5, ein Status nach Foraminotomie L4/5 rechts bei Rezidivdiskushernie L4/5 rechts sowie eine Periarthropathia humeroscapularis rechts mit Impingement-Syndrom rechts präsentiert hatten (VB 134.2 S. 12) und der

ZMB-Gutachter Dr. med. C._____ selbst ausgeführt hatte, die Einschätzungen der Dres. med. F._____ und G._____ würden sich im Wesentlichen mit seiner Beurteilung decken (VB. 233 S. 8). Bezüglich des Hinweises des ZMB-Gutachters auf sehr kleine segmentale Instabilitäten als Ursache der Schmerzen erklärte RAD-Arzt Dr. med. C._____, es fehle in der relevanten internationalen Medizin-Literatur bislang der Begriff "Mikroinstabilität" (vgl. VB 235 S. 2; 243 S. 2), womit die Schmerzangaben auch dadurch nicht objektiv erklärbar sind. Ebenso fehlen in Bezug auf die Kniebeschwerden hinreichende Ausführungen zu einer konkreten Verschlechterung. Die Mutmassung des Gutachters, die bereits 2017 weit fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen "dürften" im Laufe der Jahre ebenfalls weiter progredient sein (vgl. VB 233 S. 9), genügt mangels einer entsprechenden Bildgebung bzw. arthroskopischer Befunde nicht. Wie RAD-Arzt Dr. med. C._____ nachvollziehbar ausführte, kann zudem auch die Summe der (subjektiven) Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers klar nicht den Ausschlag in der gutachterlichen Gesamtbeurteilung geben (vgl. VB 235 S. 2; 243 S. 2); vielmehr müssen diese durch fachärztlich schlüssig

- 15 - feststellbare Befunde hinreichend objektiv erklärbar sein. Die Auseinandersetzung des Gutachters mit der im Rahmen einer Neuanmeldung zentralen Frage der Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der letzten materiellen Verfügung vom 9. Januar 2018 (VB 153; vgl. E. 6.2.1.4. hiervor) erweist sich damit als ungenügend und das orthopädische Teilgutachten folglich als nicht schlüssig und nachvollziehbar.

E. 7.4.3

Die neurologische Gutachterin Dr. med. H._____, Fachärztin für Neurologie, führte im Rahmen der ergänzenden Stellungnahme vom 14. April 2023 aus, in der neurologischen Beurteilung im Abschnitt 7.1 seien die im Laufe der Jahre erhobenen neurologischen Befunde chronologisch beschrieben und diskutiert worden. Dabei sei auch erwähnt worden, dass "die beschriebenen neurologischen Befunde über die Jahre 2000 – 2022 teilweise und in der Ausprägung differieren, was bei verschiedenen Untersuchern vorkommen kann. Fast durchgehend wurden jedoch Schmerzausstrahlungen in das Dermatom L5 beschrieben, wie auch eine sensible Veränderung im Dermatom L5 und leichtgradige Fuss- und Zehenheberparese rechts. Diese Befunde sind mit einer radikulären Läsion L5 vereinbar (...), wie sie elektroneuromyografisch und bildgebend bestätigt wurde. Das aktuell vorliegende Schmerzsyndrom ist somit aufgrund der Vorgeschichte, der Ausprägung und der klinischen, elektrophysiologischen und bildgebenden Befunde nicht als unspezifisch zu bezeichnen, wie es der Begutachter im Jahr 2017 diagnostizierte, sondern als residuelles Reiz- und sensomotorisches Ausfallsyndrom L5 rechtsseitig." (vgl. auch VB 217.4 S. 28). Der Gesundheitszustand und das chronische Schmerzsyndrom seien seit Jahren konstant. Eine Verschlechterung in den letzten Jahren aus rein neurologischer Sicht könne nicht konstatiert werden (VB 233 S. 10). Vor diesem Hintergrund handelt es sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im neurologischen Teilgutachten um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (vgl. Verfügung vom 9. Januar 2018; VB 153; 243 S. 2; 235 S. 3), welche im neuanmeldungsrechtlichen Kontext unbeachtlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 4.2.3 mit Verweis auf BGE 144 I 103 E. 2.1 und BGE 141 V 9 E. 2.3).

E. 7.4.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass dem psychiatrischen und dem orthopädischen Teilgutachten des ZMB die Beweiskraft abgesprochen werden muss, womit es sich bei der Einholung des bidisziplinären Gutachtens bei der SMAB in diesen beiden Fachrichtungen nicht um eine unzulässige second opinion handelte. Gestützt auf das neurologische Teilgutachten des ZMB, das den beweisrechtlichen Anforderungen an eine Expertise genügt, ist davon auszugehen, dass es in neurologischer Hinsicht zu keiner neu anmeldungsrechtlich relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen ist. Zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdeführerin das

- 16 - Gutachten der SMAB (Fachgebiete Orthopädie/Traumatologie und Psychiatrie) vom 15. März 2024 (VB 263.1-263.5) zu Recht als beweiskräftig erachtet und darauf abgestellt hat.

E. 8.1

Das bidisziplinäre SMAB-Gutachten (orthopädisch-traumatologisches Teilgutachten von med. pract. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 30. Januar 2024 [VB 263.3] und psychiatrisches Teilgutachten von Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Januar 2024 [VB 263.4] mit bidisziplinärer Gesamtbeurteilung vom 15. März 2024 [VB 263.1]) wird den von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. 6 hiervor) gerecht. Die beiden Teilgutachten sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt worden (vgl. VB 263.2), geben die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ausführlich wieder (vgl. VB 263.3 S. 3 ff.; VB 263.4 S. 2 ff.), beruhen auf einer allseitigen traumatologisch-orthopädischen bzw. psychiatrischen Untersuchung (vgl. VB 263.3 S. 6 ff.; VB 263.4 S. 5 f.) und die Gutachter setzen sich eingehend mit den subjektiven Beschwerdeangaben bzw. den medizinischen Akten auseinander (vgl. VB 263.3 S. 9 ff.; VB 263.4 S. 7 ff.). Die Gutachter hielten in ihrer Gesamtbeurteilung ausdrücklich fest, dass die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit dem Jahr 2000 aufgehoben und eine längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit seit der letzten Anmeldung / Begutachtung 2017 nicht zu begründen sei (VB 263.1 S. 9), womit sich aus dem Gutachten ergibt, dass seit dem massgeblichen Vergleichszeitpunkt vom 9. Januar 2018 keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Das bidisziplinäre Gutachten ist in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation nachvollziehbar und damit grundsätzlich geeignet, den Beweis für den anspruchserheblichen Sachverhalt zu erbringen.

E. 8.2

Der Beschwerdeführer vertritt hingegen die Auffassung, dass das Gutachten der SMAB die beweisrechtlichen Anforderungen an ein Gutachten nicht erfülle. Er führt dazu im Wesentlichen aus, bereits die kurze Zeitdauer der beiden Begutachtungen weise darauf hin, dass nicht von einer umfassenden Untersuchung gesprochen werden könne. Weiter sei keine neurologische Abklärung vorgenommen und auch das Kriterium der Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sei nicht erfüllt worden. Zudem seien die vorhandenen Akten nicht im Sinne der rechtsprechungsgemässen Vorgaben gewürdigt worden und auch das Kriterium der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und einer stringenten Beurteilung der medizinischen Situation sei insbesondere beim psychiatrischen Zweitgutachten nicht erfüllt worden (vgl. Beschwerde S. 23 ff.).

E. 8.2.1

Im Hinblick auf die Dauer der Begutachtung (vgl. Beschwerde S. 23 f.) ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, nach welcher es für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt, sondern es in erster Linie massgeblich ist, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_190/2019 vom 14. Mai 2019 E. 3.1). Da rechtsprechungsgemäss teilweise bereits zwanzigminütige Explorationsgespräche für die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens als ausreichend erachtet wurden (vgl. Urteil 8C_354/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 4.2 mit Hinweisen), erscheint die Begutachtung bei Dr. med. J._____ von 36 Minuten nicht als unangemessen kurz. Bezüglich des orthopädischen Teilgutachtens ist zu beachten, dass nach Art. 7k ATSV das Interview nach Art. 44 Abs. 6 ATSG das gesamte Untersuchungsgespräch umfasst, welches aus der Anamneseerhebung und der Beschwerdeschilderung durch die versicherte Person besteht. Daneben sind vorliegend aber auch umfangreiche Untersuchungen durchgeführt worden (VB 263.5 S. 9 ff.), womit nicht ausschliesslich auf die Dauer der Tonaufnahme abgestellt werden darf. Ebenso liegen keine Hinweise vor, dass sich der Gutachter zu wenig auf die Untersuchung fokussiert haben könnte. Vielmehr liegt ein ausführliches und fundiert begründetes Gutachten vor. Nach dem Gesagten erübrigt es sich, dem Verfahrens Antrag Ziff. 2 des Beschwerdeführers zu folgen und die Tonaufnahmen der Begutachtungen bei der SMAB einzuholen.

E. 8.2.2

Die neurologische ZMB-Gutachterin Dr. med. H._____, Fachärztin für Neurologie, hat im Rahmen der ergänzenden Stellungnahme vom 14. April 2023 ausdrücklich ausgeführt, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und das chronische Schmerzsyndrom seit Jahren konstant seien und eine Verschlechterung in den letzten Jahren aus rein neurologischer Sicht nicht konstatiert werden könne (vgl. E. 7.4.3. hiervor). Damit steht fest, dass seit der neurologischen Beurteilung von Dr. med. K._____ vom 7. April 2017 (VB 134.1 S. 1 ff.) keine Veränderung eingetreten ist. Entsprechend schlug RAD-Arzt Dr. med. C._____ vor, ein erneutes Gutachten (lediglich) auf psychiatrischem und orthopädischem Fachgebiet in Auftrag zu geben (VB 235 S. 3). Seitens der IV-Stelle obliegt es grundsätzlich dem RAD, eine umfassende Einordnung vorzunehmen, welche Fachdisziplinen an einer erforderlichen Begutachtung zu beteiligen sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_431/2021 vom 26. Januar 2022 E. 4.1; 9C_296/2018 vom 24. Februar 2019 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen). Den Gutachtern steht es dabei frei, die von der IV-Stelle bzw. dem RAD (oder im Beschwerdefall durch ein Gericht) bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig sind (vgl. BGE

- 18 - 139 V 349 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 5.2.1). Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung. Angesichts des Umstandes, dass die neurologische ZMB-Gutachterin Dr. med. H._____ klar festgestellt hatte, dass keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem massgeblichen Vergleichszeitpunkt festgestellt werden könne, ist nicht zu beanstanden,

dass auf die Einholung eines zweiten neurologischen Teilgutachtens seitens der Beschwerdegegnerin – wie es von RAD-Arzt Dr. med. C. _____ empfohlen wurde (VB 235 S. 3) – verzichtet wurde.

E. 8.2.3

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, es sei von einer mangelnden Auseinandersetzung der Gutachter mit den Vorakten auszugehen (vgl. Beschwerde S. 25), ist darauf hinzuweisen, dass es grundsätzlich dem Ermessen der Gutachter überlassen ist, mit welchen früheren Arztberichten sie sich in der Expertise auseinandersetzen. Entscheidend ist, dass die Gutachter über das vollständige medizinische Dossier verfügen und ihre Beurteilung in Kenntnis der Unterlagen abgegeben haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_651/2017 vom 19. Juni 2018 E. 4.4; 9C_212/2015 vom

E. 8.2.4

Des Weiteren ist dem psychiatrischen Teilgutachten der SMAB auch keine unzureichende Würdigung der subjektiven Aussagen des Beschwerdeführers zu entnehmen. Die Angaben des Beschwerdeführers wurden aufgenommen, der psychiatrische Gutachter hielt beispielsweise fest, dessen Grundstimmung habe ein insgesamt reduziertes Niveau angenommen, gleichsam verbunden mit einem allgemein verminderten Freudeempfinden ("er habe einfach keine Lebenslust mehr"), Konzentrationsstörungen, einer übermässig raschen Gereiztheit sowie regelmässigen Grübelzwängen über seine derzeit deutlich limitierte Lebenssituation. Diese sei zusätzlich geprägt durch grosse finanzielle Schwierigkeiten und eine anhaltende Ehekrise (VB 263.4 S. 3). In der Folge hielt Dr. med. J. _____ fest, die Angaben des Beschwerdeführers wirkten authentisch und plausibel (VB 263.4 S. 7). Die beklagten deprimierten Gemütszustände seien einer zurzeit allgemein

- 19 - schwierigen Lebenssituation des Beschwerdeführers geschuldet und hätten rein reaktiven Bestand (VB 263.4 S. 8). Damit kann dem vom Beschwerdeführer angeführten Einwand, wonach die Schilderungen seiner aktuellen Beschwerden nicht im Einklang mit den Untersuchungsbefunden stehen würden, nicht gefolgt werden, hat doch Dr. med. J. _____ die subjektiven Aussagen des Beschwerdeführers durchaus berücksichtigt und in seine Beurteilung miteinbezogen. Dass in der Folge von Dr. med. J. _____ keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde, ist ebenfalls nicht zu beanstanden, sind reaktive Beschwerden auf schwierige finanzielle Verhältnisse und Ehekrisen doch invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant, da ansonsten der gesetzliche Invaliditätsbegriff seine Konturen verlöre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_799/2012 vom 16. Mai 2013 E. 2.5).

E. 8.2.5

Zusammenfassend sind weder den Ausführungen des Beschwerdeführers noch den Akten konkrete Hinweise zu entnehmen, welche am Gutachten der SMAB Zweifel zu begründen vermögen (Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, mit Hinweis auf BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Der massgebende medizinische Sachverhalt erweist sich vor diesem Hintergrund als vollständig abgeklärt, womit auf weitere Abklärungen (vgl. Beschwerde Rechtsbegehren Ziff. 2 und 3) in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann (BGE 127 V 491 E. 1b S. 494 mit Hinweisen).

E. 9

Juni 2015 E. 4), wie es vorliegend der Fall war. Es bedarf keiner ausdrücklichen Stellungnahme zu jeder einzelnen abweichenden Meinung, sondern es wird von medizinischen Experten eine in Kenntnis der Aktenlage gebildete eigenständige Beurteilung erwartet (vgl. SVR 2009 UV Nr. 29 S. 101, 8C_669/2008 vom 25. Februar 2009 E. 3). Betreffend den vom Beschwerdeführer genannten divergierenden psychiatrischen Befund erklärte Dr. med. J. _____ sodann nachvollziehbar, dass er die Diagnosen des psychiatrischen Teilgutachtens des ZMB nicht bestätigen könne, da die diesbezüglich seitens der ICD-10 definierten Kriterien nicht in ausreichender Form erfüllt gewesen seien (VB 263.4 S. 8).

E. 9.1

Es ergibt sich damit, dass eine anspruchserhebliche Änderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit dem Vergleichszeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 9. Januar 2018 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Es sind ferner auch keine anderen massgebenden sachverhaltlichen Veränderungen ersichtlich. Solche werden denn vom Beschwerdeführer auch gar nicht geltend gemacht. Folglich hat es beim bisherigen Rechtszustand zu bleiben (vgl. SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135, 8C_441/2012 E. 3.1.3, und Urteil des Bundesgerichts 8C_336/2017 vom

E. 9.2

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.00 bis Fr. 1'000.00 festgesetzt. Für das vorliegende Verfahren betragen diese Fr. 800.00. Gemäss dem Verfahrensausgang sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

- 20 -

E. 9.3

Dem Beschwerdeführer steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu. Das Versicherungsgericht erkennt: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.00 werden dem Beschwerdeführer auferlegt. 3. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen. Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG). Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

- 21 - Aarau, 10. November 2025 Die Vizepräsidentin: Die Gerichtsschreiberin: Fischer Ruh

E. 11

Oktober 2017 E. 4.1). Die Beschwerdegegnerin hat das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers betreffend Invalidenrente damit zu Recht abgewiesen. Die gegen die Verfügung vom 23.Oktober 2024 erhobene Beschwerde ist demnach abzuweisen.

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