

# **BL\_GERICHTE 720 22 243 / 127 vom 10. Juli 2007**

BL Gerichte, 2007-07-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720 22 243 \\_ 127](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_22_243_127)

FR: BL\_GERICHTE 720 22 243 / 127 du 10 juillet 2007

IT: BL\_GERICHTE 720 22 243 / 127 del 10 luglio 2007

## **Regeste**

IV-Rente

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die IV-Stelle mit der angefochtenen Verfügung vom 28. Juli 2022 das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat.

#### **E. 2.1**

Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

#### **E. 2.2**

Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

#### **E. 2.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40

% invalid ist.

#### **E. 2.4**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommens-differenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. Allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 3**

Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

##### **E. 3.1**

Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind 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, 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

##### **E. 3.2**

Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 3.3**

Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2019, 9C\_609/2018, E. 3.2.2).

### **E. 4**

Vorliegend handelt sich nicht um eine erstmalige Anmeldung, sondern um eine Neuanschuldung nach wiederholter rechtskräftiger Rentenablehnung. Die Neuanschuldung eines Rentenanspruchs wird nur materiell geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung in einem für den Rentenanspruch erheblichen Mass verändert haben (Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961). Wenn die IV-Stelle wie vorliegend auf eine Neuanschuldung eintritt, so steht die Änderung in den tatsächlichen Verhältnisse noch nicht fest, sondern sie ist erst glaubhaft gemacht. Sie –und im Beschwerdefall das Gericht – hat dann analog zu einer Rentenrevision zu prüfen, ob sich seit der letzten Verfügung eine tatsächliche Veränderung in einer für den Anspruch erheblichen Weise effektiv nachweisen lässt. Massgebend ist damit folglich die Frage, ob sich in der Zeit zwischen der letzten rentenablehnenden Verfügung vom 7. Januar 2016 und der vorliegend angefochtenen Ablehnungsverfügung vom 28. Juli 2022 eine erhebliche Änderung des Sachverhalts ergeben hat. 5.1. Anlässlich der Verfügung vom 7. Januar 2016 stellte die IV-Stelle wie auch das Kantonsgericht mit Urteil vom 7. Juli 2016 zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf das bidisziplinäre (rheumatologischpsychiatrische) medizinische Gutachten von Dr. med. B., FMH Rheumatologie, und Dr. med. C., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, wobei das rheumatologische Teilgutachten vom 20. Februar 2014, das psychiatrische Teilgutachten vom 21. Februar 2014 datiert. 5.1.1. Dr. B. hat damals keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Das chronische multilokuläre Schmerzsyndrom hat er unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet, weil kein organisches Korrelat für diese Beschwerden vorhanden sei. Dieses Beschwerdebild müsse darum bezüglich seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit durch den psychiatrischen Gutachter beurteilt werden. Im psychiatrischen Gutachten von Dr. C. ist als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode erhoben worden. Er hat eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl für die zuletzt ausgeübte wie auch für eine alternative Tätigkeit attestiert. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe bereits seit dem Auftreten der Depression etwa im Jahre 2009, wobei während den Aufenthalten in der Psychiatrischen Klinik H. eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Die Entwicklung körperlicher Symptome aus

psychischen Gründen habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als gemeinsame interdisziplinäre Beurteilung ist die psychiatrische Einschätzung als uneingeschränkt massgebend bezeichnet worden.

5.1.2. Der behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers, Dr. med. D., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hat mit Schreiben vom 24. Februar 2015 ausgeführt, diagnostisch handle es sich um eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom. Es komme immer wieder zu einem Wechsel zwischen mittelgradiger und schwergradiger depressiver Episode und es gebe keine leichten Episoden oder Phasen, in denen keine depressive Symptomatik vorhanden sei. Aufgrund der Chronifizierung der depressiven Episoden bestehe eine andauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Zudem würde das langjährige Fernbleiben vom Arbeitsprozess eine Wiederaufnahme der Arbeit erschweren. Es bestehe keine Chance, in der freien Wirtschaft eine leichte Tätigkeit zu finden. Mit Arztbericht vom 3. Februar 2016 hat Dr. D. angegeben, die Diagnose sei unverändert. Als kleine Ergänzung komme hinzu, dass die depressive Episode einen rezidivierenden Charakter bekommen und sich gefestigt habe. Aus psychiatrischer und medizinischer Sicht sowie aufgrund der Chronifizierung der depressiven Störung sei der Beschwerdeführer nach wie vor 100 % arbeitsunfähig. Aus psychopathologischer sowie therapeutischer Sicht sei der Beschwerdeführer zum jetzigen Zeitpunkt nicht einmal mehr in der Lage einer geschützten Arbeit nachzugehen. Das Kantonsgericht hat es im Urteil vom 7. Juli 2016 als nachvollziehbar erachtet, dass Dr. C. aufgrund seiner Untersuchung damals eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung diagnostiziert und eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % angegeben hat. Dr. D. habe mit seinem Bericht vom 3. Februar 2016 keine Veränderung des Gesundheitszustands aufgezeigt, sondern er habe den gleichen Sachverhalt anders beurteilt. Zudem sei er unabhängig davon, ob er jeweils eine mittelgradige oder eine schwergradige depressive Phase festgestellt habe, durchgehend von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen, was nicht nachvollziehbar sei.

5.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung liegen im Wesentlichen die nachfolgend aufgeführten medizinischen Berichte vor:

5.2.1 Dr. med. E., FMH Psychiatrie und Psychotherapie gelangt am in seiner psychiatrischen Beurteilung vom 9. September 2019 zu einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit des Versicherten. Er diagnostiziert mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. In seiner psychiatrischen Beurteilung führt er aus, sowohl eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung als auch eine mittelgradige depressive Episode seien zu objektivieren und könnten somit bestätigt werden. Es sei von einer ausreichenden Compliance des Exploranden auszugehen, da der Duloxetin-Spiegel im Referenzbereich liegen würden. Zusätzlich würden eine deutliche Verbitterung und Gekränktheit sowie eine Gereiztheit und teilweise auch Aggressivität bestehen.

5.2.2 Der behandelnde Psychiater Dr. D. hat am 14. Dezember 2020 darüber berichtet, dass es zu einer deutlichen Verschlechterung der allgemeinen psychiatrischen und medizinischen Symptomatik seit Juni 2020 gekommen sei. Die depressive Komponente habe einen rezidivierenden Charakter angenommen, sodass jetzt die Rede von einer rezidivierenden depressiven Störung sei, aktuell mittelgradiger bis schwergradiger Ausprägung. Ausserdem bestehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die indirekt auch auf die Entwicklung der Depression einen negativen Einfluss habe. Die körperlichen Befunde würden das psychische Zustands-bild noch erschweren, sodass die Arbeitsunfähigkeit sowohl in der freien Wirtschaft als auch in einer angepassten Tätigkeit nach wie vor zu 100 % vorhanden sei. Dr. D. verweist im Übrigen auch auf die Ergebnisse der psychiatrischen Beurteilung von Dr. E. vom 9. September 2019, der eine mittelgradige

depressive Störung und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung festgestellt und auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit geschlossen habe. 5.2.3 Dr. B. hat im Verlaufsgutachten vom 15. Dezember 2021 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Periarthropathische Schulterbeschwerden beidseits mit Schulterimpingement, Status nach Kontusion der rechten Schulter bei Sturz im April 2018 und radiologischer Tendinopathie der Subscapularissehne sowie Diskusprotrusionen mit möglicher Wurzelirritation bei Verdacht auf ein Zervikoradikulärsyndrom seit Juli 2021. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nennt er ein bereits bekanntes multilokuläres chronisches Schmerzsyndrom im Sinne einer Schmerzfehlverarbeitung bei positiven Waddell-Zeichen und Fibromyalgie-Druckpunkten, eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits, ein Status nach Verkehrsunfall am 1. September 2016 mit vorübergehender allgemeiner Schmerzzunahme und persistierenden Druckdolenzen an den Daumengrundgelenken, eine Tendinitis calcarea der Sehne des Musculus gluteus medius rechts, aktuell ohne klinisches Korrelat, und eine Rizarthrose und Handwurzelarthrose rechts. Die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit würden den klinischen Untersuchungsbefunden, den radiologischen Befunden und anamnestischen Angaben entsprechen. Im Vordergrund würden dabei deutliche Zeichen eines nicht organischen multilokulären Schmerzsyndroms stehen, wie es bereits in verschiedenen früheren rheumatologischen Berichten und Gutachten beschrieben und beurteilt worden sei. Diesbezüglich würden weiterhin die Angaben in seinem früheren Gutachten vom 20. Februar 2014 gelten. Seit April 2018 sei eine organische Verschlechterung des Gesundheitszustandes am Bewegungsapparat festzustellen. Dies aufgrund der Schulterbeschwerden, ausgelöst durch den damaligen Sturz auf die rechte Schulter, die seit Juli 2021 durch das Schmerzsyndrom am rechten Arm, das auf eine radikuläre Symptomatik an der HWS zurückgeführt werden könne, eine zusätzliche Beeinträchtigung erfahren habe. In einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit, die deutlich unterhalb der Schulterhorizontalen ausgeführt werden könne, sei aus rheumatologischer Sicht von April 2018 bis Juni 2021 von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20 % und ab Juli 2021 von 30 % auszugehen. Dr. C. hat in seinem Verlaufsgutachten vom 15. Dezember 2021 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode ohne somatisches Syndrom und, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, einen Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung angegeben. Die Arbeitsfähigkeit betrage 70 %. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit – wie sie Dr. E. festgehalten habe – lasse sich aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode nicht begründen, auch nicht aufgrund der von Dr. E. beschriebenen Befunde. Gestützt auf die Kurz-Begutachtung durch Dr. med. E., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. September 2019 sei eine vorübergehende, approximativ wenige Monate dauernde höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 %, also eine vorübergehende leichte Verschlechterung, anzunehmen. In der interdisziplinären Gesamtsicht gelangen die Gutachter zu einer Arbeitsfähigkeit von 70 %. Ein Vergleich mit den Befunden der jüngsten Berichte von Dr. D. vom 6. Oktober 2017 und vom 14. Dezember 2020 könne nicht gemacht werden, da in diesen Berichten keine Befunde beschrieben würden. Auffallend sei im Bericht vom Jahre 2020, dass eine deutliche Verschlechterung der allgemeinen psychiatrischen und medizinischen Symptomatik sei Juni 2020 erwähnt, diese jedoch nicht näher beschrieben werde. Im Gegensatz dazu beschreibe der Versicherte während der aktuellen Untersuchung, dass die depressive Symptomatik schon seit vielen Jahren bestehe und jedes Jahr an Intensität

zugenommen haben sollte. Während der aktuellen Untersuchung habe er über keine Verschlechterung speziell im Juni 2020 berichtet. Bezüglich der im Bericht von Dr. D. im Dezember 2020 beschriebenen fast täglich vorhandenen Suizidgedanken würden sich aus heutiger Sicht keine Angaben machen lassen, da der Versicherte im Rahmen der aktuellen Untersuchung nicht darüber habe sprechen wollen.

6.1. Aus psychiatrischer Sicht zeigt sich, dass immer noch die gleichen Beschwerden vorliegen, wie schon im Zeitpunkt der letzten rentenablehnenden Verfügung vom 7. Januar 2016. Der behandelnde Psychiater Dr. D. hat bereits im Jahr 2015 die gleichen Diagnosen gestellt und ist auch dannzumal schon von einer durchgehend zu 100 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Es gilt somit diesbezüglich, dass das durchgehende Attest einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der depressiven Störung nicht nachvollziehbar erscheint. Dies vor allem auch darum, weil Dr. D. nicht dargelegt hat, worauf er die Diagnosen einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode abstützt und welche Einschränkungen sein Patient im Alltag tatsächlich hat. Allein dass er die Chancen seines Patienten, wieder eine Arbeit zu finden als gering bzw. gar nicht vorhanden einschätzt, genügt nicht, um eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. In Bezug auf die von Dr. E. attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit ist festzuhalten, dass dies in keiner Weise begründet wird. Dr. E. scheint durchwegs auf die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers und auf die Ergebnisse der Hamilton Depression Scale-Testung, die ebenfalls auf dem subjektiven Eindruck des Patienten selber basiert, abgestellt zu haben. Wenn darum Dr. C. für die Zeit um die Begutachtung durch Dr. E. herum eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes und eine vorübergehende 40%ige Arbeitsunfähigkeit annimmt, so ist dies vor diesem Hintergrund nachvollziehbar. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der damals mittelgradigen depressiven Episode hat Dr. C. aus nachvollziehbaren Gründen ausgeschlossen. Es geht aus seinem Gutachten auch klar hervor, weshalb er die Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit durch Dr. D. als nicht verlässlich einstuft. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers lässt sich dies nicht bemängeln und auch nicht, dass die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht mehr gestellt worden ist, nachdem der Rheumatologe insbesondere aufgrund der Schulterbeschwerden und der radikulären Reizsymptomatik mit Ausstrahlung in den rechten Arm, also aus somatischen Gründen, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bzw. der Leistungsfähigkeit um 30 % seit Juli 2021 bzw. 20 % ab April 2018 angenommen hat. Dass Dr. C. die – als Verdachtsdiagnose – festgehaltene Schmerzfehlerverarbeitung als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt hat, ist gestützt auf sein Gutachten ebenfalls nicht zu beanstanden.

6.2. In Bezug auf das rheumatologische Gutachten bringt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, dass das Gutachten nicht vollständig und nicht aktuell sei. So verweist der Beschwerdeführer auf die als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellten Diagnosen, welche zu Unrecht nicht weiter berücksichtigt worden seien. Inwiefern diese Diagnosen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben sollen, wird von ihm nicht weiter begründet. Soweit er das chronische Schmerzsyndrom anführt, nimmt Dr. B. dazu Stellung und bezeichnet es als nicht rheumatologisches Krankheitsbild, weshalb er es als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt hat. Das ist ohne Weiteres nachvollziehbar, zumal Dr. C. die früher erhobene Verdachtsdiagnose einer Schmerzfehlerverarbeitung nicht mehr bestätigt hat (vgl. oben E. 6.1). Weshalb die muskuläre Dysbalance Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben soll, ist nicht ersichtlich. Die Tendinitis calcarea, die Rizarthrose und die Handwurzelarthrose wurden von Dr. B. als ohne klinisches Korrelat beurteilt. Die von Dr. F. als zervikoradikuläres Syndrom C7 rechts

festgehaltene Diagnose hat Dr. B. berücksichtigt. Er hat insbesondere die mögliche Wurzelirritation berücksichtigt, wobei er sich auf die gleiche Bildgebung abstützt wie Dr. F. (MRT vom 3. September 2021). Er beschreibt in seiner Beurteilung eine mögliche Radikulärsymptomatik, für welche sich auch ein organisches Korrelat in der MRT-Untersuchung der HWS vom 3. September 2021 finden lasse. Was die chronischen Kniebeschwerden anbelangt, ist mit der Vorinstanz festzustellen, dass weder eine Bildgebung noch eine Diagnose vorliegt, die eine dadurch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit belegen könnten. Auch die vom Beschwerdeführer eingereichten ärztlichen Unterlagen bestätigen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In Bezug auf die vom Beschwerdeführer erwähnten Diagnosen eines Schilddrüsenknotens und einer Diabetes mellitus Typ 2 kann festgestellt werden, dass diese bereits im Oktober 2020 resp. Januar 2019 diagnostiziert worden sind (vgl. Austrittsbericht G. -Spital vom 28. März 2022). Die Diagnosen waren damit im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchungen vorhanden. Keiner der vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte weist auf eine mögliche durch diese Krankheitsbilder relevante Einschränkung hin. Das gleiche gilt für die vom Beschwerdeführer erwähnten Analbeschwerden. Während die Schilddrüsenproblematik gemäss dem Austrittsbericht des G. -Spitals vom 28. März 2022 offenbar gut behandelt und in diesem Bericht lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit vom 24. März bis 3. April 2022 attestiert wird, sind auch die Analbeschwerden in Behandlung. Der Bericht des G. -Spitals vom 24. August 2022 bestätigt eine Entfernung mehrerer Polypen anlässlich einer Koloskopie. Empfohlen wurde weiter eine Hämorrhoidektomie. Der Bericht enthält keinerlei Hinweise auf eine die Arbeitsfähigkeit relevant einschränkende Krankheit. Damit ergibt sich, dass die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Diagnosen keinen IVrelevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Insgesamt ist festzuhalten, dass das rheumatologische Gutachten überzeugend und schlüssig ausgefallen ist und auch keine nichtorthopädischen Diagnosen mit relevantem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Demzufolge kann auf die rheumatologisch festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % in einer leidensangepassten Tätigkeit abgestellt werden.

6.3 Was die Konsensbeurteilung der Gutachter Dr. B. und Dr. C. angeht, ist mit dem Beschwerdeführer festzustellen, dass diese sehr kurz ausgefallen ist. Allerdings erscheint aufgrund der Diagnosen in den beiden Teilgutachten und der darin jeweils festgestellten 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar, dass keine Addition oder Teiladdition vorzunehmen ist. Insoweit ist der Schluss der Gutachter, dass unter Berücksichtigung des rheumatologischen Belastbarkeitsprofils die psychiatrische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % übernommen werden könne, nicht zu beanstanden. Die Einwände des Beschwerdeführers gegen die bidisziplinäre Begutachtung sind folglich unbegründet.

6.4 Insgesamt erweisen sich die Teilgutachten von Dr. C. und Dr. B. vom 15. Dezember 2021 als umfassend, nachvollziehbar und schlüssig. Es kann folglich auf die Konsensbeurteilung der Gutachter abgestellt und damit von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgegangen werden.

## **E. 7**

Vorliegend handelt es sich, wie bereits erwähnt (vgl. oben E. 4), um eine Neuanmeldung nach mehrfacher Leistungsablehnung. Gestützt auf das Gutachten von Dr. B. ergibt sich eine Veränderung des Gesundheitszustandes in somatischer Hinsicht seit der letzten rentenablehnenden Verfügung vom 7. Januar 2016. Damit hat die Vorinstanz den Gesundheitszustand und die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu Recht allseitig neu

geprüft.

## **E. 8**

Die IV-Stelle hat einen Einkommensvergleich vorgenommen und dabei sowohl für das Valideneinkommen als auch für das Invalideneinkommen auf Tabellenlöhne abgestellt, was nicht zu beanstanden ist.

### **E. 8.1**

Der Beschwerdeführer wendet grundsätzlich zu Recht ein, dass die Nominallohnentwicklung nicht auf der gleichen Zeitbasis berücksichtigt worden ist. Ausschlaggebend ist die Entwicklung bis zum Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, also bis Mai 2021. Eine unterschiedliche Nominallohnentwicklung in Bezug auf Validen- und Invalideneinkommen ist aber grundsätzlich möglich, weil auf die Lohnentwicklung in verschiedenen Wirtschaftszweigen abzustellen ist, d.h. beim Valideneinkommen Sektor 2 "Produktion" und beim Invalideneinkommen auf das Total aller Wirtschaftszweige. Wie es sich mit der zu berücksichtigenden Nominallohnentwicklung im vorliegenden Fall verhält, kann aber offenbleiben, weil es jedenfalls keine Auswirkungen auf das Ergebnis hat.

### **E. 8.2**

Berücksichtigt man die durch die Gutachten ausgewiesene Restarbeitsfähigkeit von 70 % und nimmt zusätzlich mit der IV-Stelle einen fünfprozentigen Leidensabzug vor, resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 35 %. Wie der Beschwerdeführer zu Recht einwendet, hat das Bundesgericht in BGE 148 V 174 die überragende Bedeutung des leidensbedingten Abzugs als Korrekturinstrument betont. Es hat aber in den darauffolgenden Urteilen mehrfach unterstrichen, dass ein Abzug nicht in jedem Fall in Frage kommt, sondern nach wie vor nur dann, wenn die Kriterien dafür erfüllt sind, was in jedem Einzelfall zu prüfen ist (so Urteil des Bundesgerichts vom 16. Februar 2023, 8C\_283/2022, E. 3.2 und 4.1). Im vorliegenden Fall ist der Beschwerdeführer leidensangepasst nur noch in einem 70%igen Pensum einsetzbar. Gemäss der Tabelle T18 der schweizerischen Lohnstrukturerhebung lässt sich für das Jahr 2020 bei Männern in einem Pensum zwischen 50 und 74 % (Fr. 5'957.--), verglichen mit einem 90-100 % Pensum (Fr. 6'218.--) eine statistische Lohneinbusse von 4.2 % feststellen. Damit ist das Kriterium für einen leidensbedingten Abzug wegen der Lohneinbusse aufgrund einer Teilzeittätigkeit erfüllt. Aus seinem Alter kann der Beschwerdeführer hingegen nichts ableiten. Dass ihm zudem nur noch leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten zumutbar sind, ist schon darum kein Grund für einen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenz-niveau 1 schon eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C\_151/2020, E. 6.2 mit Hinweis). Die leidensbedingten Einschränkungen sind somit mit dem aufgestellten Belastungsprofil bereits berücksichtigt und dürfen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht nochmals und somit doppelt – als abzugsrelevant – herangezogen werden (vgl. BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweis). Mit Blick auf die vorhandenen körperlichen Einschränkungen ist davon auszugehen, dass ein genügend breites Spektrum an möglichen Verweistätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zur Verfügung steht. Zudem setzen die Beschäftigungen, die dem LSEbasierten Invalideneinkommen zugrunde liegen, weder eine Ausbildung noch Berufserfahrung voraus, sodass er aus seiner fehlenden Ausbildung ebenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Praxisgemäss

fallen bei dieser Konstellation auch seine Nationalität und die mangelnden Sprachkenntnisse nicht ins Gewicht. Ein Abzug von 5 % für eine invaliditätsbedingte Beeinträchtigung, wie dies von der IV-Stelle vorgenommen wurde, ist gesamthaft gesehen, aufgrund des einzig erfüllten Teilzeitkriteriums nachvollziehbar. Ein höherer Abzug würde aber den Beeinträchtigungen, die mit einer Einschränkung von 30 % in einer angepassten Tätigkeit berücksichtigt wurden, doppelt Rechnung tragen (vgl. BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweis) und kommt darum nicht in Betracht. Aus dem Einkommensvergleich resultiert folglich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 %.

### **E. 8.3**

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen ergibt sich, dass die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgelehnt hat, weshalb die vorliegende Beschwerde abzuweisen ist. 9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind 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 Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Dem Beschwerdeführer ist nun allerdings mit Verfügung vom 14. September 2022 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 9.2 Entsprechend dem Prozessausgang wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 14. September 2022 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 20. Dezember 2022 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 13,67 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Ebenfalls nicht zu beanstanden sind die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 195.50. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'155.05 (13,67 Stunden à Fr. 200.-- und Auslagen von Fr. 195.50 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. 9.3 Der Beschwerdeführer wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'155.05 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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