

BL_GERICHTE 720 21 275/46 vom 21. September 2005

BL Gerichte, 2005-09-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_21_275_46

FR: BL_GERICHTE 720 21 275/46 du 21 septembre 2005

IT: BL_GERICHTE 720 21 275/46 del 21 settembre 2005

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, so dass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 14. September 2021 ist demnach einzutreten.

E. 2

Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C_455/2021 E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet. 3.1 Der Beschwerdeführer rügt in formeller Hinsicht, die IV-Stelle habe seinen Anspruch auf rechtliches Gehör in mehrfacher Hinsicht verletzt. So habe sie es unterlassen, seiner Rechtsvertretung die Begutachtung bei den Dres. B.____ und C.____ anzuzeigen und ihr Gelegenheit zu geben, sich vorgängig zu den Gutachterfragen zu äussern, dagegen Einwände zu erheben und Ergänzungsfragen zu stellen. Hinsichtlich des Fragerechts sei keine Heilung der Gehörsverletzung im Verwaltungs- und Rechtsmittelverfahren möglich, weshalb schon aus diesem Grund durch das Kantonsgericht eine Begutachtung zu veranlassen sei. Zudem seien weder der Vorbescheid noch die angefochtene Verfügung vom 23. Juli 2021 sachgerecht begründet und damit dem Anspruch auf rechtliches Gehör nicht Genüge getan. Sollten sich diese Rügen als begründet erweisen, kann dies zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids führen, ohne dass die Angelegenheit materiell

geprüft würde. Diese Einwände sind deshalb vorab zu prüfen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2009, 8C_951/2008, E. 3).

3.2.1 Nach Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 und Art. 42 Satz 1 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung des Betroffenen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht, sich vorgängig zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und sich zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, die Entscheidung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 20. September 2006, I 618/04, E. 4.1). In Konkretisierung des verfassungsrechtlichen Gehörsanspruchs statuiert Art. 49 Abs. 3 ATSG die grundsätzliche Pflicht der Versicherungsträger, ihre Verfügungen zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen. Zur Frage, welche Begründungsdichte die Verfügung aufweisen muss, äussert sich die genannte Bestimmung nicht. Diesbezüglich ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach die Begründung so abgefasst sein muss, dass die betroffene Person die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anfechten kann. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person wie auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. Zu diesem Zweck müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (vgl. BGE 136 I 184 E. 2.2.1).

3.2.2 Holt der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhalts ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen ein, gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG). Weiter besteht ein Anspruch darauf, sich vorgängig zu den Gutachterfragen zu äussern, dagegen Einwände zu erheben und Ergänzungsfragen zu stellen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). Nach der Rechtsprechung gelten die rechtsstaatlichen Anforderungen bei polydisziplinären Gutachten, u.a. bezüglich der Partizipationsrechte, sinngemäss auch bei mono- und bidisziplinären medizinischen Begutachtungen (vgl. BGE 139 V 349 E. 5.4). Weil hier die zufallsbasierte Zuweisung zu einer Gutachterstelle nicht zur Anwendung gelangt, ist die Beachtung der Verfahrensgarantien bei mono- und bidisziplinären Expertisen umso wichtiger (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. November 2014, 8C_557/2014, E. 5.2.1). Zu diesen Garantien gehört namentlich das Recht der versicherten Person zur vorgängigen Fragestellung (vgl. BGE 139 V 349 E. 5.1, 5.2.3 und 5.4). Ziel dieser Mitwirkungsmöglichkeit ist eine einzelfalladäquate Fragestellung, welche zur Qualität des Gutachtens wesentlich beiträgt (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). Dies bedeutet umgekehrt, dass allfällige Fragen der versicherten Person nicht unbeschrieben ihrer Quantität und Qualität den Experten zur Beantwortung vorzulegen sind. Vielmehr darf sich der Versicherungsträger oder das kantonale Versicherungsgericht darauf beschränken, lediglich die für den Einzelfall erheblichen Fragen weiterzuleiten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Oktober 2014, 8C_386/2014, E. 4.3). In beiden Fällen der vorgängigen oder nachträglichen Fragestellung geht es letztlich um dasselbe, nämlich die Qualität des Gutachtens und damit die

Tragfähigkeit der tatsächlichen Entscheidungsgrundlage zu erhöhen. Es besteht indessen ein wesentlicher Unterschied, was die Schwere und damit die Heilbarkeit eines diesbezüglichen Mangels im Beschwerdeverfahren betrifft. Die nachträgliche Fragestellung betrifft in erster Linie das Recht der versicherten Person, sich zum Beweisergebnis zu äussern. Dabei geht es hauptsächlich darum, dass unklare Aussagen im Gutachten erläutert und präzisiert, offen gebliebene Fragen beantwortet und (scheinbare) Widersprüche aufgelöst werden. Demgegenüber steht bei der vorgängigen Fragestellung der Gesichtspunkt der Waffengleichheit und damit der Verfahrensfairness (mehr) im Vordergrund. In gleicher Weise wie die IV-Stelle soll die versicherte Person, gegebenenfalls zusammen mit ihrer Rechtsvertretung und allenfalls nach Rücksprache mit den behandelnden Ärzten oder ihrem Hausarzt die aus ihrer Sicht für die Beurteilung des Leistungsanspruchs bedeutsamen Fragen vorgängig den Gutachtern stellen können (vgl. zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts vom 26. November 2018, 9C_595/2018, E. 4.3.1 f.).

3.2.3 Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann. Wie weit dieses Recht geht, lässt sich nicht in allgemeiner Weise, sondern nur unter Würdigung der konkreten Umstände sagen (vgl. BGE 144 I 11 E. 5.3). Nach der Rechtsprechung kann selbst eine schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs geheilt werden, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären. Voraussetzung ist, dass die heilende Instanz selber in Bezug auf die vom Gehörmangel betroffenen Aspekte die gleiche Kognition hat wie die untere Instanz (vgl. BGE 136 V 117 E. 4.2.2.2). Unter diesen Umständen kann sogar eine Pflicht zur Heilung im Rechtsmittelverfahren bestehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2008, I 706/06, E. 4.2.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 132 V 387 E. 5.1-2).

3.2.4 Nach Art. 37 Abs. 3 ATSG sind Mitteilungen von Behörden an die Vertretung einer Partei zu richten, solange die Partei ihre Vollmacht nicht widerrufen hat. Nach konstanter Rechtsprechung führt eine fehlerhafte Eröffnung nicht zur Nichtigkeit der Verfügung; dem Verfügungsadressat darf daraus indessen kein Nachteil erwachsen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. August 2010, 8C_322/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

3.3.1 Hinsichtlich der gerügten Verletzung des Fragerechts ist unbestritten, dass die Mitteilung vom 28. November 2019 betreffend die beabsichtigte bidisziplinäre Untersuchung bei den Dres. B.____ und C.____ direkt dem Beschwerdeführer zugestellt wurde. Aufgrund des bestehenden Vertretungsverhältnisses hätte sie aber an dessen Rechtsvertretung erfolgen müssen (vgl. Art. 37 Abs. 3 ATSG). Diese erfuhr erst im Rahmen der Akteneinsicht von der bereits in Auftrag gegebenen Begutachtung, weshalb zweifellos von einer fehlerhaften Mitteilung auszugehen ist. Was mögliche Ausstands- und Ablehnungsgründe mit Blick auf die angeordnete Begutachtung betrifft, ist festzuhalten, dass die Rechtsvertretung solche weder im Einwand vom 2. März 2021 noch im Rahmen der vorliegenden Beschwerde geltend machte. Aus der mangelhaften Mitteilung im Zusammenhang mit der Begutachtung ist dem Beschwerdeführer somit kein Nachteil entstanden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_322/2010 vom 9. August 2010 E. 4.2 mit Hinweis). Was das Stellen von Ergänzungsfragen angeht, erhielt die Rechtsvertretung des Beschwerdeführers erst im Rahmen des Abklärungsverfahrens Gelegenheit, solche einzubringen. Hierzu äusserten sich Dr. B.____ am 25. August 2020 und Dr. C.____ am 15. Oktober 2020. Dieser Verfahrensfehler wiegt nicht leicht.

Vorliegend fällt allerdings ins Gewicht, dass es den Gutachtern möglich war, die von der Rechtsvertretung am 20. März 2020 resp. 7. Mai 2020 unterbreiteten Fragen zu beantworten. Zudem ist aufgrund der medizinischen Aktenlage nicht davon auszugehen, dass die Beurteilung anders ausgefallen wäre, wenn die Zusatzfragen des Versicherten vorgängig unterbreitet worden wären, konnten sich die Gutachter doch auch aufgrund der zahlreichen Vorakten ein hinreichendes Bild zum Gesundheitszustand des Versicherten machen. Etwas anderes macht der Beschwerdeführer zu Recht nicht geltend. Die Tatsache, dass keine neue Exploration stattfand, ist daher kein Grund, den Antworten der Gutachter keine Beweiskraft zuzuerkennen, zumal sie eine erneute Befragung offenbar nicht für nötig befanden. Unter diesen Umständen darf daraus geschlossen werden, dass der Verfahrensmangel mit den Stellungnahmen der Experten vom 25. August 2020 und 15. Oktober 2020 zu den Ergänzungsfragen des Versicherten geheilt wurde. Da das hiesige Gericht sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann, ist der Verfahrensmangel aber jedenfalls im vorliegenden Beschwerdeverfahren einer Heilung zugänglich (vgl. dazu BGE 137 I 195 E. 2.3.2 mit Hinweisen). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, hinsichtlich des Fragerechts der versicherten Person sei keine Heilung der Gehörsverletzung im Verwaltungs- und Rechtsmittelverfahren möglich, kann ihm nach dem Gesagten nicht beigespflichtet werden. 3.3.2 Auch mit den weiteren formellen Rügen vermag der Beschwerdeführer nicht durchzudringen. Wenn er geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe weder den Vorbescheid vom 14. Januar 2021 noch die angefochtene Verfügung vom 23. Juli 2021 rechtsgenügend begründet, kann ihm nicht beigespflichtet werden. So legte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung den massgebenden medizinischen Sachverhalt dar, indem sie die Beurteilung im Gutachten der Dres. B.____ und C.____ vom 20. Februar/28. März 2020 wiedergab und sich zur Arbeitsfähigkeit äusserte. Zudem erörterte sie die Grundlagen für die Bemessung der Invalidität nachvollziehbar. Der angefochtenen Verfügung können somit die Überlegungen, welche zum gefällten Entscheid geführt haben, klar entnommen werden. Der Versicherte wurde ohne Weiteres in die Lage versetzt, diesen in voller Kenntnis der Sachlage beim Kantonsgericht anzufechten. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt damit weder in Bezug auf die Begründung des Vorbescheids noch der angefochtenen Verfügung vor. 3.4 Zum Einwand des Beschwerdeführers, wonach richtigerweise eine Verlaufsbeurteilung durch die asim angezeigt gewesen wäre, nachdem sie ihn bereits im April 2016 beurteilt habe (Expertise vom 10. Mai 2016), ist festzuhalten, dass es in aller Regel sachgerecht ist, wenn der gesundheitliche Verlauf von dem mit dem Fall schon vertrauten medizinischen Vorgutachter abgeklärt und beurteilt wird. Für eine zuverlässige Beurteilung allfälliger Veränderungen des Gesundheitszustands setzt eine Verlaufsbeurteilung aber jedenfalls ein den Beweisanforderungen genügendes Vorgutachten voraus. Erscheint der Beweiswert eines solchen für die Beurteilung der seitherigen gesundheitlichen Entwicklung als zweifelhaft, ist auf dieser Basis eine Verlaufsbeurteilung nicht zuverlässig und fällt daher ausser Betracht. In diesen Fällen ist eine erneute, unabhängige und umfassende Beurteilung der medizinischen Sachlage anzuordnen. Eine solche Konstellation liegt hier vor. Der RAD qualifizierte das Gutachten der asim vom 10. Mai 2016 aufgrund von Inkonsistenzen und weil die Schlussfolgerungen der Gutachter in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit nicht plausibel waren, als nicht verwertbar (vgl. dazu insbes. die RAD-Berichte vom 19. Mai 2016 und 30. November 2016 und 27. November 2019). Dieser Auffassung des RAD hielt der bereits damals rechtlich vertretene Beschwerdeführer nichts entgegen (vgl. Eingaben der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers vom 18. und 19. Februar 2020, 2. und 20. März

2020 sowie vom 7. Mai 2020). Auch im vorliegenden Verfahren bringt er nichts vor, was die damalige Auffassung des RAD als unzutreffend erscheinen liesse. Unter diesen Umständen ist eine Verlaufsbezugachtung durch dieselben Gutachter aber ungeeignet und die IV-Stelle kam daher nicht umhin, den Versicherten durch bisher nicht involvierte Fachpersonen umfassend begutachten zu lassen. Das Vorgehen der IV-Stelle ist demnach nicht zu beanstanden. Da Hinweise dafür, dass den Dres. B._____ und C._____ die Rahmenbedingungen der Auftragsvergabe nicht hinreichend klar waren und deshalb eine verlässliche Begutachtung nicht möglich war, fehlen, kann auch dieser Rüge des Beschwerdeführers nicht beigepflichtet werden.

E. 4

Materiell streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. Juli 2021 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 1 E. 1.2). 5.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. 5.2 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). 5.3 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). 5.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (vgl. BGE 114 V 313 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (vgl. BGE 128 V 29). 5.5 Auf ein Revisionsgesuch oder eine Neuanmeldung nach rechtskräftiger Verneinung eines Rentenanspruchs hat die Verwaltung nur einzutreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 IVV). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 E. 2). Tritt die Verwaltung auf ein Revisionsgesuch oder eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten ist (SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2; BGE 117 V 198 E. 4b). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1; BGE 117 V 198 E. 3a). 6.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. 6.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch 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 Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen). 6.3 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. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 6.4 Dennoch erachtet es die 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 ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

E. 7

Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2). 8.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den vorliegenden Entscheid als zentral erweisen. 8.2 In der Verfügung vom 18. Februar 2010, mit welcher ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgewiesen wurde, stützte sich die IV-Stelle bei

der Beurteilung des Gesundheitszustands des Versicherten auf das polydisziplinäre Gutachten der ABI vom 19. September 2008. Demnach wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein chronisches unspezifisches Nacken-Schultergürtel-Armsyndrom beidseits (ICD-10 M54.1), eine unspezifische Periarthropathia coxae beidseits linksbetont (ICD-10 M24.8), Restbeschwerden bei Status nach operativer Revision einer ulnaren Seitenbandläsion MCP I links am 29. Juni 2005, eine Periarthropathia genu rechts (ICD-10 M77.9) und eine Adipositas (BMI 35 kg/m²). Der Versicherte präsentiere ein buntes Beschwerdebild mit Schmerzen, Husten bei Anstrengung, Ängsten und Albträumen. Aufgrund der objektiven Befunde bestünde aus psychischen Gründen eine leicht verminderte Arbeitsfähigkeit von 20%. In rheumatologischer Hinsicht seien meist unspezifische, objektiv nur gering ausgeprägte Befunde am Bewegungsapparat erhoben worden. Diese hätten keinen Einfluss auf körperlich leicht- bis mittelschwer belastende Tätigkeiten. Rein internistisch seien ebenfalls keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festzustellen. Aus gesamtmedizinischer Sicht sei der Versicherte in körperlich leicht bis mittelschwer belastenden Tätigkeiten zu 80% arbeitsfähig.

8.3.1 Nachdem sich der Versicherte am 21. Mai 2014 erneut bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet hatte, beauftragte die IV-Stelle die Dres. B.____ und C.____ mit einem bidisziplinären Gutachten. Am 20. Februar 2020 diagnostizierte Dr. B.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Die Stimmung sei klagsam und leichtgradig depressiv. Die Psychomotorik aber nicht gehemmt und der Antrieb nicht vermindert. Das Denken sei von depressiven Klagen geprägt. Der Versicherte sei wach und bewusstseinsklar. Er drücke sich einfach aus, die Verständigung sei aber gut möglich gewesen. Die in der Untersuchung gemachten Beobachtungen und Feststellungen würden auf eine unterdurchschnittliche Intelligenz hinweisen. Konzentrationsschwächen habe er keine gezeigt und die Merk- und Gedächtnisleistungen seien intakt. Es bestünden weder Gedankenkreisen noch Neologismen noch Gedankenleere. Der Versicherte habe einen klaren und guten Bezug zur Realität und zur eigenen Person. Hinweise auf Zwangshandlungen seien nicht vorhanden. Er berichte weder von Ängsten noch von Phobien. Er sei seit Jahren passiv und zeige ein regressives Verhalten. Die geklagten somatischen Beschwerden würden ihn im Alltag nicht wesentlich einschränken und er nehme die verordneten Schmerzmittel nicht regelmässig ein. Somit könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht bestätigt werden. Es handle sich vielmehr um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Der Versicherte lebe zurückgezogen und leide vor allem unter psychosozialen Belastungen (keine Arbeit, finanzielle Abhängigkeit, Herabsetzungen durch seine Angehörigen). Frühere Belastungssituationen (Wegräumen von Leichenteilen, Miterleben eines Mordes, ungerechtfertigte Verhaftung) würden ihn heute nicht mehr belasten. Er leide nicht unter Angstträumen oder Flashbacks. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) könne deshalb nicht bestätigt werden. Eine Persönlichkeitsstörung sei ebenfalls nicht zu diagnostizieren. Er habe eine einfach strukturierte Persönlichkeit und zeige eine ausgeprägte Krankheitsüberzeugung, die sich aber weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht hinreichend objektivieren lasse. Der Versicherte versorge sich selbstständig, er sei in der Lage, sich im öffentlichen Raum

zu bewegen und nehme seine Termine wahr. Aufgrund der leichten depressiven Episode könne nur eine geringe Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 20% attestiert werden. Im Vergleich zur früheren Untersuchung durch die ABI vom 19. September 2008 habe sich keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands eingestellt. 8.3.2 Am 28. März 2020 diagnostizierte Dr. C._____ in rheumatologischer Hinsicht ein panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.80), eine Pes plano Valgus mit tibialis posterior Insuffizienz beidseits und Achillessehnen Tendinopathie links (ICD-10 M21.4) und eine beginnende bilaterale mediale Gonarthrose (ICD-10 M17.9). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden an der linken Hand Restbeschwerden bei Status nach operativer Revision einer ulnaren Seitenbandläsion MCP I am 29. Juni 2005 (ICD-10 S63.4), einen Status nach Kniegelenksarthroskopie mit Resektion einer Plica mediopatellaris rechts am 3. April 2006, nach Cheilektomie bei Hallux rigidus rechts am 14. Februar 2017 (ICD-10 M20.2) und funktionelle Beschwerden des linken Arms ohne eindeutiges organisches Korrelat (ICD-10 M79.6). Klinisch imponiere eine ausgeprägte muskuläre Dekonditionierung, die zu einer schlechten Stabilisierung der Rumpfmuskulatur mit diffusen myotendinotischen Verspannungen der paravertebralen Muskulatur im zervikalen und lumbosakralen Bereich führe. Klinisch seien keine Zeichen einer zervikalen oder lumbalen Radikulopathie, insbesondere auf Höhe L5 links feststellbar. Die passive Mobilisierung der Wirbelsäule liesse keine strukturell bedingten segmentalen Dysfunktionen erkennen. Kernspintomographisch würden sich im zervikalen Bereich diskrete degenerative Veränderungen ohne Nachweis einer Nervenwurzelaffektion bzw. einer zervikalen Myelopathie zeigen. Im lumbalen Bereich bestünde eine dehydrierte Bandscheibe mit breitbasiger dorsaler mediolateraler links akzentuierter Diskushernie und Spondylarthrose beidseits. Daraus resultiere eine bilaterale linksbetonte rezessale Einengung auf Höhe L4/L5 mit möglicher Kompression L5 links und Verdacht auf Kompression L5 rechts, wobei klinisch keine entsprechende Symptomatik einer irritativen Radikulopathie vorliege. Die leichtgradigen degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) könnten die vom Versicherten geklagten Beschwerden im Bereich des linken Arms in Form von Kribbelparästhesien nicht erklären. Weiter finde sich ein bilateraler Pes plano Valgus mit Tibia posterior-Insuffizienz und Achillessehnen Tendinopathie links bei Status nach OSG Distorsion links am 23. Juni 2012. Das MRI der Achillessehne links vom 13. September 2013 zeige eine ausgedehnte Tendinitis mit subtotaler Ruptur und Elongation der Sehne. Aktuell bestünde eine leichtgradige Atrophie der linken Wade. Daraus entstehe eine mechanische Überlastung der Beine mit Bildung einerseits von Verspannungen der Beinmuskulatur und andererseits von einer beginnenden medialen bilateralen Gonarthrose. Zudem bestünde ein Zustand nach Cheilektomie bei Hallux rigidus rechts am 14. Februar 2017, der klinisch reizlos sei. Das Röntgenbild beider Hände vom 11. Februar 2020 würde keine wesentlichen arthrotischen Veränderungen, Sklerosen der Gelenkfläche oder Erosionen zeigen. Das Ausmass der subjektiv beklagten Beschwerden liesse sich mit den vorliegenden Veränderungen am Bewegungsapparat nicht erklären. Aus rheumatologischer Sicht bestünde weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit für körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten. In einer leidensadaptierten Tätigkeit lasse sich hingegen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Aus gesamtmedizinischer Sicht bestünde für angepasste Tätigkeiten einer Arbeitsfähigkeit von 80%. 8.4 Am 25. August 2020 nahm Dr. B._____ zu den Zusatzfragen des Versicherten vom 7. Mai 2020 Stellung. Er hielt fest, dass dieser keine Flashbacks und keine Albträume habe, weshalb die Diagnose einer chronifizierten PTBS nicht bestätigt werden könne. Der

Versicherte gehe seit Jahren keiner beruflichen Tätigkeit nach, verbringe den Alltag passiv und sei physisch wie psychisch deconditioniert. Hinweise dafür, dass er nicht mit Stress umgehen könne, bestünden nicht. Wenn der Versicherte die notwendige Motivation aufweisen würde, könnte ihm im Rahmen eines Arbeitstrainings geholfen werden, sich wiederum an die Belastungen der Arbeitswelt zu gewöhnen. Er sei aber subjektiv derart davon überzeugt, aufgrund seiner Schmerzen nicht arbeiten zu können, dass ein Arbeitstraining nicht durchführbar sei. Ein wesentliches Misstrauen des Versicherten sei im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung nicht festgestellt worden. Er sei in der Lage gewesen, während Jahren in der freien Wirtschaft zu arbeiten, sodass keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende selbstunsichere oder misstrauische Persönlichkeitsstörung vorliege. Die Selbstunsicherheit sei Folge der andauernden Herabsetzung durch seine Familie. 8.5 Am 15. Oktober 2020 hielt Dr. C. ____ zu den Zusatzfragen des Versicherten vom 7. Mai 2020 fest, dass er im Gutachten, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die Auswirkungen der muskulären Dekonditionierung berücksichtigt habe. Aus rheumatologischer Sicht bestünden keine weiteren Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. 8.6 Am 2. März 2021 nahm der behandelnde Arzt, Dr. med. D. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zum Gutachten von Dr. B. ____ vom 20. Februar 2020 Stellung. Entgegen den Ausführungen des Gutachters verfüge der Versicherte nur über limitierte Deutschkenntnisse, was die klinische Beurteilung der Intelligenz verzerren könne. Sicher sei die Intelligenz unterdurchschnittlich. Menschen mit eingeschränkten intellektuellen Fähigkeiten hätten häufig eine Somatisierungstendenz. Diese sei auch beim Versicherten deutlich vorhanden. Um die Intelligenzminderung quantifizieren zu können, müssten jedoch entsprechende Tests durchgeführt werden, was bis anhin nicht erfolgt sei. Entgegen der Ansicht von Dr. B. ____ könne aufgrund der Tatsache, dass der Versicherte die Medikamente nicht regelmässig einnehme, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht verneint werden. Zudem seien die Diagnosekriterien einer komplexen PTBS erfüllt. Sicher würden beim Versicherten verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren eine Rolle spielen. Diese würden aber im Gutachten übermässig betont. Vielmehr sei davon auszugehen, dass der Versicherte sehr wohl an einer eigenständigen komplexen psychischen Störung leide, die sich über die Jahre chronifiziert habe. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei von einer äusserst ungünstigen Prognose auszugehen. Dr. B. ____ berücksichtige wichtige Punkte der Patientengeschichte eindeutig zu wenig und betone andere in übermässiger Weise, weshalb eine erneute Begutachtung angezeigt sei. 8.7 Am 22. April 2021 nahm Dr. B. ____ zum Bericht von Dr. D. ____ vom 2. Februar 2021 Stellung, wobei er festhielt, dass es für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht von Bedeutung sei, ob der Versicherte gemäss ICD-10 eine Intelligenzminderung aufweise. Er sei früher in der Lage gewesen und deshalb auch heute fähig, einer einfachen Hilfstätigkeit nachzugehen. Eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Intelligenzminderung liege daher nicht vor. Weiter sei aufgrund der Angaben des Versicherten davon auszugehen, dass er nicht unter schweren, quälenden und invalidisierenden Schmerzen leide, weshalb die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne. Vielmehr bestehe - wie im Gutachten angegeben - eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Der Versicherte habe zwar Belastendes erlebt. Im Rahmen der Untersuchung habe er aber weder über Angstträume noch über Flashbacks noch über angstbesetzte Träume berichtet. Zudem habe er ausgeführt, mit den Medikamenten einigermassen schlafen zu können und sich auch tagsüber kaum mehr an die

belastenden Ereignisse zu erinnern. Hinweise auf ein Vermeidungsverhalten oder eine Überregung hätten sich während der Untersuchung nicht gezeigt. Die Diagnosekriterien für eine PTBS seien nicht erfüllt. Der Versicherte sei vor allem durch die psychosozialen Umstände belastet. Die depressive Störung sei gering ausgeprägt und begründe zusammen mit der chronischen Schmerzstörung eine leichte Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. 9.1 Die IV-Stelle stütze sich in der Verfügung vom 23. Juli 2021 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf die Ergebnisse im Gutachten der Dres. B.____ und C.____ vom 20. Februar/28. März 2020, auf deren ergänzende Berichte vom 25. August 2020 und 15. Oktober 2020 sowie auf die Stellungnahme von Dr. B.____ vom 22. April 2021. Sie ging demnach davon aus, dass der Versicherte in einer angepassten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig sei. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist im Ergebnis nicht zu beanstanden und wird auch vom Beschwerdeführer nicht substantiiert in Frage gestellt. Wie in Erwägung 6.3 hiervor ausgeführt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und seine Schlussfolgerungen begründet sind. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse im Gutachten der Dres. B.____ und C.____ vom 20. Februar/28. März 2020 in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Vielmehr erfüllt es sowohl in formeller Hinsicht als auch inhaltlich die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Die Gutachter hatten Kenntnis von sämtlichen bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen, sie setzten sich in angemessener Weise mit den geäußerten Beschwerden auseinander und begründeten die Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise. In inhaltlicher Hinsicht vermag sodann zu überzeugen und ist zu Recht unbestritten, dass der Beschwerdeführer in einer körperlich angepassten Verweistätigkeit voll arbeitsfähig ist. Auch die psychiatrische Beurteilung ist nachvollziehbar. Selbst wenn die Ausführungen im psychiatrischen Gutachten stellenweise etwas knapp ausgefallen, setzte sich Dr. B.____ dennoch hinreichend mit der Biographie, dem beruflichen Werdegang und den Alltagsaktivitäten des Versicherten auseinander. Seine Feststellungen des Befunds und dessen funktionellen Auswirkungen vermitteln ein einleuchtendes und stimmiges Bild über den Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit der Versicherten. Es wird deutlich, dass die leichte depressive Störung und die chronische Schmerzstörung die Leistungsfähigkeit des Versicherten weiterhin nur geringfügig im Umfang von 20% beeinträchtigen. Die soziale Zurückgezogenheit und das eher tiefe Aktivitätsniveau sind nicht krankheitsbedingt und invalidenversicherungsrechtlich deshalb nicht relevant. Das Beschwerdebild des Versicherten ist aber erheblich durch psychosoziale Belastungsfaktoren (geringe Bildung, finanzielle Abhängigkeit, schwierige familiäre Situation) mitbestimmt, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.5 und BGE 143 V 409 E. 4.5.2). 9.2 An diesem Beweisergebnis vermag auch die abweichende Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. D.____ vom 2. März 2021 nichts zu ändern. Zunächst ist in Erinnerung zu rufen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4) nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage

zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Weiter ist zu beachten, dass eine Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet den Gutachtern praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern die Gutachter - wie hier - lege artis vorgegangen sind. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Arztpersonen wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 8C_835/2018, E. 3 mit Hinweis). Der Beschwerdeführer legt nicht dar und es ist auch nicht ersichtlich, dass aus dem Bericht des behandelnden Arztes Dr. D._____ vom 2. März 2021 Gesichtspunkte hervorgingen, die von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden wären. Insgesamt vermag die Beurteilung im Gutachten zu überzeugen, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 137 V 64 E. 5.2) darauf abgestellt und davon ausgegangen werden kann, dass sich die Arbeitsfähigkeit der Versicherten seit der letzten Begutachtung durch das ABI vom 19. September 2008 nicht massgeblich verändert hat und ihm weiterhin angepasste Verweistätigkeiten im Umfang von 80% zumutbar sind.

E. 10

Nach dem Gesagten ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gestützt auf die Ergebnisse im bidisziplinären Gutachten der Dres. B._____ und C._____ vom 20. Februar/28. März 2020, deren ergänzenden Stellungnahmen vom 25. August 2020 und 15. Oktober 2020 sowie der Stellungnahme von Dr. B._____ vom und 22. April 2021 davon ausgegangen ist, dass der Versicherte weiterhin ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen könnte. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Bemessung der Vergleichseinkommen anhand der Tabellenlöhne hat der Beschwerdeführer zu Recht nicht bestritten, weshalb von weiteren Erörterungen dazu abgesehen und stattdessen auf die entsprechenden Ausführungen der IV-Stelle in der Verfügung vom 23. Juli 2021 verwiesen werden kann. Die dagegen gerichtete Beschwerde ist unbegründet und deshalb abzuweisen.

E. 11

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG 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 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 unterliegt der Beschwerdeführer, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Diese werden mit dem geleisteten Vorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Bei diesem Verfahrensausgang wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr.

800.-- verrechnet. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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