

GR_GERICHTE S 2020 52 vom 24. März 2022

GR Gerichte, 2022-03-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S 2020 52](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2020_52)

FR: GR_GERICHTE S 2020 52 du 24 mars 2022

IT: GR_GERICHTE S 2020 52 del 24 marzo 2022

Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

A._____ (Jahrgang 1968) war zuletzt als Plattenleger tätig. Im Februar 2013 meldete er sich unter Hinweis auf eine Diskushernie bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Sein Hausarzt Dr. med. B._____ bestätigte mit Bericht vom 8. März 2013 das Vorliegen eines chronischen lumboradikulären Schmerzsyndroms L5 bei kleiner Diskushernie L5 und wies eine seit Oktober 2012 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus. Er erachtete A._____ in seinem Beruf als Plattenleger als nicht mehr arbeitsfähig und hielt eine Umschulung für dringend indiziert. Im Bericht vom 7. Juni 2013 diagnostizierte Dr. med. B._____ zusätzlich eine Hypertonie und befand, A._____ seien leichte, den Rücken nicht bzw. wenig belastende Tätigkeiten ganztags zumutbar.

E. 2

Mit Mitteilung vom 17. September 2013 übernahm die IV-Stelle des Kantons Graubünden (nachfolgend IV-Stelle) die Kosten für die BEFAS-Abklärung in Q._____ vom 7. Oktober 2013 bis zum 4. November 2013. Im Abklärungsbericht vom 18. November 2013 wurden leichte, wechselbelastende Tätigkeiten zum Beispiel in der Produktion oder im Hauswartwesen als leidensangepasst ausgewiesen. In der Folge übernahm die IV-Stelle die Lohnkosten während eines Praktikums zur Schulung bzw. Ausbildung in Richtung Hauswartung und Gebäudeunterhalt vom 1. Februar 2014 bis zum 31. Juli 2014. Bereits kurze Zeit nach dessen Beginn berichtete der Hausarzt von A._____, dass dieser die als Schulwart aufgenommene Tätigkeit wegen vermehrten Rückenbeschwerden am 13. Februar 2014 wieder habe aufgeben müssen. Entsprechend wurde die berufliche Massnahme mit Mitteilung vom 28. Februar 2014 beendet.

E. 2.1

Streitgegenstand bildet vorliegend die Frage des Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung, welcher infolge der Neuanmeldung gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG bzw. dem als Revisionsgesuch bezeichneten Schreiben von Ende Oktober 2017 (betreffend die rechtskräftige, einen Rentenanspruch verneinende Verfügung vom 16. September 2014) frühestens ab dem 1. April 2018 entstehen konnte, sofern bis dahin das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt war, was hier unbestritten ist.

E. 2.2

In Bezug auf das anwendbare Recht ist festzuhalten, dass seit dem 1. Januar 2022 die revidierten Bestimmungen des IVG (sowie des ATSG) und der Verordnung über die

Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft sind (Weiterentwicklung der IV). Da vorliegend der Rentenanspruch jedoch frühestens am 1. April 2018 – d.h. noch unter Geltung des alten

- 12 - Rechts – entstehen konnte bzw. ab dem 1. September 2018 – wie noch aufzuzeigen sein wird – für einen befristeten Zeitraum entstand, finden gemäss den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des massgeblichen Sachverhaltes die bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Bestimmungen bis zu einer allfälligen Änderung des Invaliditätsgrades nach Art. 17 Abs. 1 ATSG weiterhin Anwendung (vgl. etwa BGE 144 V 210 E.4.3.1 und 129 V 354 E.1 sowie lit. b Abs. 1 der Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juli 2020). 3. Zwischen den Parteien ist zum einen die (Rest-)Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit strittig. Kritisiert wird dabei seitens des Beschwerdeführers die im polydisziplinären estimated-Gutachten vom 11. Oktober 2019 angenommene Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 80 % bzw. die im asim-Gutachten vom 31. Dezember 2021 ausgewiesene 75%ige Arbeitsfähigkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit. Der Beschwerdeführer stellt sich gestützt auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. E._____ und die Ergebnisse der beruflichen Eingliederung auf den Standpunkt, er sei nur 50 % arbeitsfähig. Darüber hinaus ist auch die Bemessung des Validen- und des Invalideneinkommens strittig. 4. In formeller Hinsicht ist zunächst auf die vom Beschwerdeführer gerügte Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör einzugehen. Gegen diesen Anspruch wurde seiner Ansicht nach in vielerlei Hinsicht verstossen.

E. 3

Mit Verfügung vom 16. September 2014 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch von A._____ auf eine Invalidenrente. Dabei stellte sie auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ab und bemass das Valideneinkommen anhand des Durchschnitts der im Individuellen Konto (IK)

- 3 - abgerechneten Beiträge der Jahre 2006 bis 2010. Dieser Entscheidung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 4

In der Folge prüfte die IV-Stelle die Wiederaufnahme beruflicher Massnahmen. Am 17. Februar 2015 gewährte sie A._____ ein Arbeitstraining bei C._____ vom 7. April 2015 bis 31. März 2016 im Recycling- und Industriebereich bzw. in der Veloabteilung. Aus dem Schlussbericht vom 30. April 2016 geht hervor, dass A._____ die Arbeitszeit aufgrund seiner Rückenschmerzen nur auf 24 Stunden pro Woche steigern können, wobei seine Leistung bei 80 bis 90 % gewesen sei.

E. 4.1

Wie nachstehend aufgezeigt wird, erweist sich dieses Vorbringen als unbegründet. Zwar machte der Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom 18. März 2020 nebenbei geltend, die Ausführungen von Prof. Dr. med. L._____ würden den Anschein der Befangenheit wecken (siehe IV-act. 236 S. 6 f.). Mit seiner Gehörsrüge übersieht er jedoch, dass die Beschwerdegegnerin nicht gehalten war, sich mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinanderzusetzen und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich zu widerlegen. Sie durfte sich vielmehr auf die wesentlichen Ein-

- 13 - wände beschränkten (siehe BGE 141 III 28 E.3.2.4, 141 V 557 E.3.2.1 und 134 I 83 E.4.1). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers hat sie sich denn auch mit dem geltend gemachten Vorbringen zur angeblichen suggestiven Auftragserteilung und zur gutachterlichen Auseinandersetzung mit der Einschätzung von Dr. med. E. _____ in der Ergänzung vom 3. März 2020 befasst und die Abweisung des Leistungsbegehrens in einer, wenn auch kurzen Begründung erläutert. Die Überlegungen, von denen sich die Beschwerdegegnerin leiten liess, können daher im Kern nachvollzogen werden. Es liegt keine Gehörsverletzung vor, nur weil die Begründung nach Ansicht des Beschwerdeführers nicht zutrifft. Die Pflicht zur Entscheidungsbegründung bezweckt vielmehr, dass sich der Betroffene über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und diesen in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann, falls er damit nicht einverstanden ist (siehe BGE 145 III 324 E.6.1, 143 III 65 E.5.2 und 142 III 433 E.4.3.2). Da vorliegend die Motive der Beschwerdegegnerin mit genügender Klarheit aus der angefochtenen Verfügung hervorgehen, war der Beschwerdeführer denn auch in der Lage, den Entscheid vom

E. 4.2

Soweit er schliesslich bemängelt, die Beschwerdegegnerin sei auch nicht auf die Ausführungen des Voranwalts in dessen Einwand vom 26. Juni 2014 zum Vorbescheid vom 27. Mai 2014 betreffend Rente bzw. im Wiedererwägungsgesuch vom 26. Juni 2014 zum Entscheid vom 28. Februar 2014 betreffend den Abbruch der beruflichen Massnahmen (siehe IV-act. 62 S. 3) eingegangen, ist ihm entgegenzuhalten, dass dieser dies bereits damals (bei Erlass der Verfügung vom 16. September 2014) hätte rügen müssen. Abgesehen davon hat sich die Beschwerdegegnerin in der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 16. September 2014 zu den Vorbringen des Voranwalts unter Ziffer 16a in dessen Eingabe vom

E. 5

Am 10. September 2015 wurde A. _____ zu Händen der Versicherung D. _____ (Lebensversicherung) rheumatologisch begutachtet, wobei auch eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchgeführt worden war. In seinem Gutachten vom 27. Oktober 2015 diagnostizierte Dr. med. E. _____ ein lumbospondylogenes bis lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts bei intraforaminaler bis paramedianer rechtsseitiger Diskushernie auf Höhe L5/S1 mit Kompromittierung der Nervenwurzel L5, ein zervikozephal und zervikospodylogenes Schmerzsyndrom bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen sowie Dupuytren beidseits ohne Handlungsbedarf für ein handchirurgisches Vorgehen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zur durchgeführten EFL hielt er fest, es seien Hinweise für eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden. Andererseits liege die beobachtete Belastbarkeit deutlich unter den Anforderungen der bisherigen Arbeit als Plattenleger. Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. E. _____ folglich fest, die Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule (LWS), des Nackens und der Schulterregion seien derart nachweisbar, dass die Tätigkeit als Plattenleger als eingeschränkt beurteilt werden müsse (seit Oktober 2012). Indes sollten A. _____ leichte bis eventuell mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten zu mindestens 50 % zumutbar sein.

- 4 -

E. 5.1

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 Fachpersonen zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben. Dies bedeutet in erster Linie, mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchungen unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet bzw. nimmt sie dazu Stellung, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Insoweit sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (siehe BGE 145 V 364 E.3.2.1 f., 140 V 193 E.3.1 f. und 132 V 93 E.4; Urteile des Bundesgerichts 8C_569/2021 vom 2. Februar 2022 E.3.2.2, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E.3.2, 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E.2.4 und 9C_47/2021 vom 18. März 2021 E.5.2.3).

E. 5.2

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 davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob

- 15 - 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 (siehe BGE 143 V 124 E.2.2.2 und 125 V 351 E.3a). 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; Urteile des Bundesgerichts 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E.3.2, 8C_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E.4.1, 8C_101/2021 vom 25. Juni 2021 E.5.1, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E.3.2 und 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E.2.4). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E.3a und 122 V 157 E.1c).

E. 5.3

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). Für Gerichtsgutachten gilt, dass das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen der medizinischen Experten abweicht. Ein Abweichen vom Gerichtsgutachten kann sich aber insbesondere dann rechtfertigen, wenn dieses widersprüchlich oder ein vom Gericht eingeholtes

- 16 - Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass das Gericht die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt erhält oder dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens eine abweichende Schlussfolgerung zieht (vgl. BGE 143 V 269 E.6.2.3.2, 135 V 465 E.4.4 und 125 V 351 E.3b/aa; Urteile des Bundesgerichts 9C_288/2021 vom 30. November 2021 E.3.2, 8C_153/2021 vom 10. August 2021 E.3.2 und 8C_767/2019 vom 19. Mai 2020 E.3.1). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens 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, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E.1.3.4, 125 V 351 E.3b/bb; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 8C_33/2021 vom 31. August 2021 E.2.2.2 und 9C_257/2020 vom 23. Juli 2020 E.3.2). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (siehe BGE 135 V 465 4.5, 125 V 351 E.3b/cc). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und der Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (vgl. dazu BGE 124 I 170 E.4) andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen oder Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben immerhin die Fälle, in denen sich eine vom (amtlichen) Gutachten abwei-

- 17 - chende Beurteilung aufdrängt, weil die Berichte der behandelnden Ärzte wichtige – nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (siehe Urteile des Bundesgerichts 8C_764/2021 vom 3. März 2022 E.4.2, 8C_491/2021 vom 20. Dezember 2021 E.4.1, 8C_277/2021 vom 25. August 2021 E.3 und 8C_105/2021 vom 8. Juni 2021 E.3).

E. 5.4

Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Beurteilungen im erstinstanzlichen Gutachten vom 11. Oktober 2019 inkl. Ergänzung vom 3. März 2020 abgestellt hat oder ob konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen bzw. diese von den übrigen medizinischen Akten derart in Zweifel gezogen werden, so dass von der 80%igen Arbeitsfähigkeitseinschätzung in adaptierter Tätigkeit abzuweichen wäre.

E. 5.5

Vorab ist auf die formelle Kritik des Beschwerdeführers am bzw. in Zusammenhang mit dem estimed-Gutachten und der gutachterlichen Ergänzung von Prof. Dr. med. L. _____ einzugehen.

E. 5.5.1

Diesbezüglich wirft er der Beschwerdegegnerin zunächst vor, den Auftrag an die Begutachtungsstelle suggestiv formuliert zu haben, um ein möglichst negatives Bild über den Beschwerdeführer zu vermitteln, wovon sich die Gutachter hätten anstecken lassen. Dabei stört sich der Beschwerdeführer gemäss seiner Eingabe vom 13. Dezember 2019 insbesondere an dem darin wiedergegebenen Eindruck des Jobcoaches, wonach der Beschwerdeführer auf die Rentenprüfung warte und es ihm letztendlich nur ums Geld gehe (siehe IV-act. 231 S. 2). Dieses Vorbringen erweist sich als unbegründet. Der vorgenannte Eindruck des Jobcoaches bettet sich ein in eine dreieinhalb Seiten umfassende Auftragserteilung, in welcher detailliert und aktengetreu über den bisherigen Ablauf des IV-Verfahrens, den medizinischen Sachverhalt und das Anforderungsprofil der bisherigen Tätigkeit als Plattenleger berichtet wird (siehe IV-act. 214). Darin wird

- 18 - auch ein Schreiben des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers wiedergegeben, in welchem dieser ausführte, dass die Wiedereingliederung trotz bester Referenzen seitens der bisherigen "Arbeitgeber" noch nicht gelungen sei (siehe IV-act. 214 S. 2 unten). Inwiefern in der Auftragserteilung ein möglichst schlechtes Bild vom Beschwerdeführer gezeichnet worden sein soll, ist nicht ersichtlich. Ebenso wenig kann dem Beschwerdeführer gefolgt werden, wenn er vorbringt, die Gutachter hätten sich "vom vermittelten Spirit kritiklos anstecken" lassen. Die in der Ergänzung vom 3. März 2020 enthaltenen Ausführungen zur beim Beschwerdeführer festgestellten erheblichen Symptomausweitung finden ihre Stütze in den durchgeführten Evaluationen der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in den Jahren 2015 und 2019 (siehe IV-act. 183 S. 2 und IV-act. 226 S. 161) und stehen somit nicht im Zusammenhang mit dem vorgenannten Eindruck des Jobcoaches.

E. 5.5.2

In formeller Hinsicht bestreitet der Beschwerdeführer zudem die Beweistauglichkeit der gutachterlichen Ergänzung vom 3. März 2020, weil diese nur die Unterschrift von Prof. Dr. med. L. _____ trage und seine alleinige Stellungnahme enthalte, während die am estimed-Gutachten mitbeteiligten Experten, insbesondere die Dres. med. M. _____ (Rheumatologie) und N. _____ (Handchirurgie), diese weder mitunterzeichnet noch die gestellten Fragen selbst beantwortet hätten. Dem ist zunächst entgegenzuhalten, – was der Beschwerdeführer denn auch anerkennt – dass Prof. Dr. med. L. _____ gemäss ausdrücklichem Hinweis in der Ergänzung vom 3. März 2020 bei der Beantwortung der Fragen mit den Gutachtern Rücksprache gehalten hat und diese im Konsens erfolgte, was er auch unterschriftlich bestätigte (siehe IV-act. 234 S. 1). Das Bundesgericht hat die Frage, ob die Unterschrift durch alle beteiligten Experten ein Formerfordernis darstellt, bisher offengelassen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_114/2017 vom 21. August 2017 E.7.2.1, 8C_569/2013 vom 30. September 2013 E.4.2.3, 8C_348/2013 vom 19. September 2013 4.2 und 8C_904/2012

- 19 - vom 28. März 2013 E.4.4). Dabei ging es hauptsächlich um Konstellationen, in denen das Hauptgutachten nicht durch alle mitbeteiligten Gutachterinnen und Gutachter unterschrieben worden war, indes deren Teilgutachten als integrierende Bestandteile davon schon. Abgesehen davon, dass im vorliegenden Fall sowohl das estimed-Gutachten

als auch die einzelnen Teilgutachten von den zuständigen Gutachterinnen und Gutachtern unterschrieben worden sind (siehe IV-act. 226 S. 18, 57,76, 98, 130 und 156), ist überdies relativierend anzuführen, dass hier lediglich die Unterzeichnung der Ergänzung vom 3. März 2020 einzig durch den fallführenden Gutachter bemängelt wird. Was die erforderlichen Unterschriften anbelangt, entspricht das estimed-Gutachten vom 11. Oktober 2019 namentlich den Leitlinien zur Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen in der Versicherungsmedizin vom 4. Dezember 2020 (vgl. auch Anhang VIII, Ziffer 5 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI] vom 1. Januar 2010 [Stand: 1. Januar 2018] bzw. Anhang V, Ziffer 5 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI] vom 1. Januar 2022). Dass die Unterzeichnung der Ergänzung vom 3. März 2020 alleine durch den fallführenden Gutachter Prof. Dr. med. L._____ einen erheblichen Mangel darstellen soll, vermag nicht zu überzeugen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_271/2009 vom 1. Oktober 2009 E.6.5, 8C_272/2009 vom 1. Oktober 2009 E.3.3 und 9C_55/2009 vom 1. April 2009 E.3.3), zumal Prof. Dr. med. L._____ unterschriftlich bestätigte, die Fragen in Rücksprache und im Konsens mit den Experten beantwortet zu haben. Konkrete Anhaltspunkte dafür, die daran zweifeln liessen, dass die Ergänzung die Beurteilungen der am estimed-Gutachten beteiligten Experten nicht korrekt wiedergegeben würde oder gar manipuliert worden wäre, werden weder vom Beschwerdeführer geltend gemacht noch sind solche ersichtlich. Insofern erübrigt es sich, wie vom Beschwerdeführer beantragt, das Begutachtungsinstitut bzw. konkrete Teilgutachter aufzufordern, dem streitberufenen Gericht eine schriftliche Stellungnahme zu unterbreiten, in welcher

- 20 - die Übereinstimmung der Ausführungen in der Ergänzung vom 3. März 2020 mit ihren Einschätzungen unterschriftlich bestätigt würde. Dass die Ergänzung vom 3. März 2020 lediglich die Unterschrift von Prof. Dr. med. L._____ trägt, vermag ihr den Beweiswert somit nicht abzuspochen. Auch bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Ergänzungsfragen nicht beantwortet worden wären. Zudem ist relativierend darauf hinzuweisen, dass vorliegend ohnehin ein Gerichtsgutachten bei der asim eingeholt worden ist, in welchem die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit – mit Ausnahme der befristeten, vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit einer behandlungsbedürftigen Dupuytren'schen Erkrankung ab Juni 2018 prä- und postoperativ bis Ende Januar 2019 – weitestgehend übereinstimmend beurteilt worden und – wie noch aufzuzeigen sein wird – in der Hauptsache letztlich auch auf dieses abzustellen ist (siehe dazu die nachstehende Erwägungen 5.7 ff.). 5.6.1. Mit Blick auf die am estimed-Gutachten bzw. dessen Ergänzung vom Beschwerdeführer geäusserten Kritik ist festzuhalten, dass die Gutachterinnen und Gutachter ihre Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten (vgl. dazu insb. IV-act. 226 S. 20 ff.) und ihre Schlussfolgerungen gestützt auf eigene klinische sowie bildgebende Untersuchungen sowie Laborbefunde getroffen haben. Auch flossen die vom Beschwerdeführer gemachten Angaben zur Krankheitsentwicklung und zum jetzigen Leiden in die Würdigung mit ein (vgl. jeweilige Teilgutachten). In der Konsensbeurteilung wiesen die Gutachter folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus: chronisches lumbovertebrales Syndrom mit/bei chronischem lumboradikulären Schmerzsyndrom L5 bei kleiner Diskushernie, MRI LWS 09/15 auf Höhe L5/S1 residuelle Kompromittierung der Nervenwurzel L5 rechts intraforaminal bei paramedian rechtsseitiger Diskushernie sowie zusätzliche Retrospondylose und Spondylarthrose, wobei aktuell keine pathologischen Befunde objektivierbar seien. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die

Arbeitsfähigkeit wiesen sie unter anderem folgende

- 21 - aus: chronisches cervicovertebrales Syndrom mit/bei MRI HWS 08/19 moderate foraminale Engen C4 links>rechts, C5 rechts>links und C6 links ohne Spinalstenose, wobei aktuell keine pathologischen Befunde objektivierbar seien; Morbus Dupuytren Hände bds. links>rechts, aktuell Rezidiv Dig. V links Hand, Strahl III Stadium I und Strahl IV Stadium N nach Tubiana rechts, St. p. partieller Fasziektomie Dig V Hand 10/18 und Risikofaktor übermässiger Alkoholkonsum; St. p. Carpal-tunnelsyndrom-Operation links 10/18 ohne aktuelle Beschwerden und pathologischen Befunde (siehe IV-act. 226 S. 12 f.). 5.6.2. Dem Beschwerdeführer ist indes darin beizupflichten, dass sich die Gutachterinnen und Gutachter im estimed-Gutachten vom 11. Oktober 2019 nicht bzw. nicht vertieft mit den vorbefundlichen fachärztlichen Einschätzungen auseinandergesetzt und dabei aufgezeigt haben, weshalb sie eine andere Ansicht vertreten. Weder ihre Ausführungen zur Beurteilung der medizinischen Situation noch die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung sind nachvollziehbar begründet. So wird die in der Konsensbeurteilung ausgewiesene Arbeitsfähigkeit von 80 % neurologisch begründet (siehe IV-act. 226 S. 15, vgl. ferner IV-act. 238 S. 30) wegen des chronischen lumbovertebralen Syndroms (siehe IV-act. 226 S. 16), das jedoch vom neurologischen Teilgutachter Prof. Dr. med. L._____ klinisch nicht objektiviert werden konnte (siehe IV-act. 226 S. 51 f.). Weshalb dem so ist, kann nicht nachvollzogen werden, da dies weder von Prof. Dr. med. L._____ ausgeführt noch ein entsprechender Befund zur LWS im neurologischen Teilgutachten festgehalten wird (siehe IV-act. 226 S. 50). Prof. Dr. med. L._____ führte zu der von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeit von 20 % in adaptierter Tätigkeit einzig aus, aufgrund der Aktenlage und der darin zu findenden pathologischen klinischen Befunde müsse das lumbovertebrale Syndrom als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gesehen werden (siehe IV-act. 226 S. 52). Auf welche Berichte er sich dabei abstützt, ist

- 22 - nicht erfindlich. Zudem steht die Feststellung von Prof. Dr. med. L._____, wonach das chronische lumbovertebrale Syndrom nicht objektiviert werden könne, im Widerspruch zum rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. M._____, in welchem diese gestützt auf bildgebende Untersuchungen der LWS sowie einen ausgewiesenen Befund der Wirbelsäule (siehe IV-act. 226/88 f.), unter anderem zum Schluss gelangte, das chronische Lumbovertebralsyndrom habe im Rahmen der aktuellen Begutachtung, klinischen Untersuchung und Bildgebung sowie unter Würdigung der Vorakten gestellt werden können (siehe IV-act. 226 S. 91). Erklärungsbedürftig ist dabei auch, weshalb Dr. med. M._____ das (für sie objektivierbare) chronische lumbovertebrale Syndrom als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, jedoch ohne Leistungseinbusse für eine Verweistätigkeit auswies (d.h. Arbeitsfähigkeit von 100 % in adaptierter Tätigkeit [siehe IV-act. 226 S. 97]), wohingegen Prof. Dr. med. L._____, welcher dieses Syndrom nicht objektivieren konnte, auf eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in adaptierter Tätigkeit schloss. 5.6.3. Eine ähnliche Diskrepanz zwischen dem neurologischen und rheumatologischen Teilgutachten besteht auch in Bezug auf das chronische cervicovertebrale Syndrom. Während Dr. med. M._____ dieses in ihrer aktuellen Begutachtung klinisch, bildgebend und anamnestisch objektivieren konnte und es als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufführte (siehe IV-act. 226 S. 91), schrieb Prof. Dr. med. L._____ das chronische cervicovertebrale Syndrom mangels Objektivierung den Diagnosen ohne Arbeitsfähigkeitseinfluss zu (siehe IV-act. 226 S. 51 f.). Auch in der Konsensbeurteilung

wurde dies so beibehalten (siehe IV-act. 226 S. 12 ff.), obwohl Dr. med. M._____ ihre Beurteilung der Nackenbeschwerden neben der klinischen Befunderhebung insbesondere auf ein im August 2019 durchgeführtes MRI der HWS (Befunde: moderate foraminale Engen C4 li>re, C5 re>li und C6 li ohne Spinalstenose) abstellen konnte (siehe IV-act. 226 S. 89 und S. 91).

- 23 - 5.6.4. Ferner ist dem Beschwerdeführer darin beizupflichten, dass bei der im Konsens getroffenen Arbeitsfähigkeitseinschätzung in adaptierter Tätigkeit aktenwidrigerweise festgehalten wurde, dass bisher keine Arbeitsfähigkeitseinschätzung in einer Verweistätigkeit abgegeben worden sei (siehe IV-act. 226 S. 16). Dabei übersahen die Gutachterinnen und Gutachter insbesondere das rheumatologische Gutachten vom 27. Oktober 2015, in welchem Dr. med. E._____ eine Verweistätigkeit zu mindestens 50% als zumutbar erachtete (siehe IV-act. 106 S. 13 und IV-act. 226 S. 32). Indes wurde eine Stellungnahme dazu in der Ergänzung vom 3. März 2020 nachgeholt. Darin führte Prof. Dr. med. L._____ aus, Dr. med. E._____ gehe in seiner Beurteilung vom 27. Oktober 2015 in keiner Weise auf den Umstand ein, dass sich bei der von ihm veranlassten EFL Hinweise für eine erhebliche Symptomausweitung ergeben hätten. Angesichts der von ihm beschriebenen Umstände (keine Parese, keine Parästhesien, ADL gut möglich, Autofahren bis zwei Stunden möglich) erscheine die 50%ige Einschränkung in adaptierter Tätigkeit zumindest aus heutiger Sicht eher hoch angesetzt. Hinzu komme, dass es in befundlicher Hinsicht seit der Begutachtung durch Dr. med. E._____ zu einer gewissen Verbesserung der Beweglichkeit gekommen sei. Zusammenfassend könne jedenfalls zum heutigen Zeitpunkt nicht auf die Beurteilung von Dr. med. E._____ aus dem Jahr 2015 abgestellt werden (siehe IV-act. 234 S. 2). Obwohl die Gutachterinnen und Gutachter letztlich an ihrer Restarbeitsfähigkeit von 80% in einer adaptierten Tätigkeit festhielten, scheint aufgrund dieser Auseinandersetzung mit dem Gutachten von Dr. med. E._____ jedenfalls die retrospektive Arbeitsfähigkeitseinschätzung (ebenfalls 80% in adaptierter Tätigkeit für die "letzten Jahre"; siehe IV-act. 226 S. 16) nicht restlos geklärt zu sein, führen sie doch selbst lediglich aus, dass die im Jahr 2015 von Dr. med. E._____ getroffene Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von mind. 50% "aus heutiger Sicht" eher hoch angesetzt sei.

- 24 - 5.6.5. Genauso wie Prof. Dr. med. L._____ bemängelt, Dr. med. E._____ habe die Resultate aus der von ihm veranlassten EFL nicht gewürdigt, muss auch er sich den Vorwurf gefallen lassen, dass im estimated-Gutachten vom 11. Oktober 2019 keine ersichtliche Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen aus der im Juli 2019 durchgeführten EFL stattgefunden hat. Es findet sich lediglich ein einziger Verweis auf die EFL-Abklärung in der Konsensbeurteilung (siehe IV-act. 226 S. 16). Dabei bleibt unklar, ob und inwiefern die anlässlich der EFL festgestellte erhebliche Symptomausweitung bzw. die darin angenommene ganztags zumutbare, höhere Belastbarkeit im Sinne von mittelschweren Tätigkeiten bei einem vermehrten Pausenbedarf von zwei Stunden pro Tag (siehe IV-act. 226 S. 161) in die im Gutachten ausgewiesene Arbeitsfähigkeit von 80% in adaptierter Tätigkeit eingeflossen ist. Dass sich Prof. Dr. med. L._____ in der Ergänzung vom 3. März 2020 dazu geäußert hat, vermag angesichts seiner nicht weiter begründeten (und nicht vollends nachvollziehbaren) Ausführungen, wonach die Feststellungen der EFL die gutachterlichen Einschätzungen nicht in Frage zu stellen vermöchten, keine hinreichende Abhilfe zu verschaffen (vgl. IV-act. 234 S. 5).

5.6.6. Des Weiteren fehlt im neurologischen Teilgutachten eine Auseinandersetzung mit der vorbefundlich bekannten Problematik einschlafender Finger bzw. des Einschlafens des ganzen linken Armes, die

gemäss der Dres. med. H._____ und I._____ am ehesten im Rahmen der HWS-Beschwerden zu werten sei (vgl. Bericht vom 12. Februar 2019 [IV-act. 208 S. 8]). Dasselbe gilt für das MRI der HWS vom August 2019 (siehe IV-act. 226 S. 89 und IV-act. 226 S. 91), auf das auch das im vorliegenden Verfahren ins Recht gelegte MRI der HWS vom 1. Mai 2020 Bezug nimmt und unter anderem eine stationäre diskoossäre Einengung der Neuroforamina von HWK3 bis HWK7 mit leichter Kompression von C4 links, Tangierung bis Kompression von C7 links, Kompression von C6 rechts sowie

- 25 - Tangierung von C5 und C6 links beschreibt (Akten des Beschwerdeführers [Bf-act.] 3 zur Beschwerde). 5.6.7. Ferner sind auch die Zweifel des Beschwerdeführers am handchirurgischen Gutachten berechtigt. Zwar vermag diesbezüglich die gutachterliche Ergänzung vom 3. März 2020 insoweit Abhilfe zu verschaffen, als dargestellt wurde, dass die sonografisch erhärteten Befunde nicht derart seien, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers massgeblich eingeschränkt würde (siehe IV-act. 234 S. 5). Wie sich diese Schlussfolgerung jedoch herleitet, wird nicht näher begründet. Ausserdem fehlt eine vertiefte Auseinandersetzung mit den diversen handchirurgischen Fachberichten, welche letztlich Restdefizite (an der linken Hand) ausweisen (vgl. insbesondere der Bericht vom 28. Mai 2019 der Dres. med. J._____ und I._____ [IV-act. 223 S. 2]) und von der rheumatologischen estimed-Teilgutachterin im Sinne einer Unzumutbarkeit von schweren manuellen und repetitiven Arbeiten (der Hände) berücksichtigt worden waren (siehe IV-act. 226 S. 93 ff.), sowie eine nachvollziehbare Begründung der Arbeitsfähigkeitseinschätzung aus handchirurgischer Sicht (vgl. IV-act. 226 S. 126 ff.) unter Berücksichtigung der am 17. Oktober 2018 durchgeführten Operation an der linken Hand (siehe dazu IV-act. 203 S. 5 und IV-act. 226 S. 35) sowie der anschliessenden Rekonvaleszenzzeit (siehe IV-act. 207, IV-act. 208 S. 7, IV-act. 210 und IV-act. 223). 5.6.8. Schliesslich ist zu bemängeln, dass in der Konsensbeurteilung das Vorliegen eines Suchtleidens ohne weitere Ausführungen dazu verneint (siehe IV-act. 226 S. 12), darin zugleich aber ausgewiesen wird, dass aufgrund des sehr hohen CDT-Wertes im Laborbefund davon auszugehen sei, dass der Beschwerdeführer mehr als die angegebene Menge an Alkohol trinke bzw. eher ein schädlicher Alkoholgebrauch vorliege (siehe IV-act. 226 S. 14). Diese Feststellungen stammen von der rheumatologischen Teilgutachterin, welche gestützt auf die laborchemischen Ergebnisse befand, es bestehe ein regelmässiger (chronischer), erhöhter Alkoholkonsum, was im

- 26 - psychiatrischen Teilgutachten näher diskutiert werden müsse (siehe IV-act. 226 S. 92 ff., insb. IV-act. 226 S. 94). Eine solche Auseinandersetzung, insbesondere im Lichte der neuen Rechtsprechung zu primären Abhängigkeitssyndromen (vgl. BGE 145 V 215), erfolgte durch den psychiatrischen Teilgutachter indes nicht. Vielmehr wies dieser – wie in der Konsensbeurteilung – ebenfalls einzig aus, dass kein Suchtleiden vorliege (siehe IV-act. 226 S. 149).

E. 5.7

Aus diesen Gründen gelangte das streitberufene Gericht am 27. Oktober 2020 insgesamt zum Schluss, dass nicht auf das estimed-Gutachten vom 11. Oktober 2019 bzw. dessen Ergänzung vom 3. März 2020 abgestellt werden kann. Für den Fall, dass die Verfahrensbeteiligten eine Referenzaudienz ablehnen würden, was letztlich auch eintraf, beschloss das Gericht, ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin (Fallführung), Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie und Handchirurgie einzuholen. Dieses wurde von der asim nach durchgeführten

Untersuchungen im August 2021 am 31. Dezember 2021 erstattet (nachfolgend asim-Gutachten). 6.1.1. Die Gutachterin und Gutachter der asim wiesen in der Konsensbeurteilung ein chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5, M54.6), ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.2) sowie ein klinisch intermittierendes leichtes sensibles Kubitaltunnelreizsyndrom linksseitig als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus. Als ohne Einfluss darauf erachteten sie den Verdacht auf einen schädlichen Alkoholgebrauch, den Zustand nach Karpaltunneloperation links 10/2018 klinisch ohne Residuen, der Morbus Dupuytren Strahl III und IV beidseits und Strahl V und II links maximal Tubiana Grad 1 sowie der Status nach Kontusion der linken Schulter 07/2021 (siehe asim-Gutachten, Konsensbeurteilung, S. 8 f.). Dazu führten sie namentlich aus, als Hauptproblem beklage der Beschwerdeführer eine Persistenz chronischer Schmerzen im Bereich der Lenden- und Halswirbelsäule. Der

- 27 - Schmerzcharakter und die Lokalisierung dieser Beschwerden an der Wirbelsäule habe sich im Laufe der Zeit nicht wesentlich verändert, hingegen habe die Schmerzintensität im Verlauf zugenommen. Rheumatologisch habe sich der klinische Zustand des Beschwerdeführers im Vergleich zu den Vorbefunden im Laufe der Zeit nicht wesentlich verändert. Im rheumatologischen estimed-Teilgutachten von 2019 sei dem Beschwerdeführer für adaptierte Tätigkeiten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Infolge Alterungsprozesse habe eine leichte Progression degenerativer Veränderungen stattgefunden, wobei diese aber nicht für die Entstehung der Schmerzchronifizierung im Vordergrund stehe. Im Wesentlichen bestehe eine chronifizierte Fehlhaltung der Wirbelsäule infolge einer ausgeprägten muskulären Dysbalance mit Bildung ausgeprägter myotendinotischer Verspannungen der paravertebralen Muskulatur, die sich im Laufe der Zeit etabliert habe. Durch diese würden die Auswirkungen der strukturellen degenerativen Veränderungen der LWS und HWS funktionell erheblich verstärkt. Es ergebe sich für körperlich schwere Tätigkeiten eine volle und eine 25%ige Einschränkung für adaptierte Tätigkeiten. Neurologisch ergebe sich weder im Bereich der Halswirbelsäule noch der Lendenwirbelsäule ein Hinweis für eine radikuläre Schädigung. Psychiatrisch lasse sich – entsprechend der gutachterlichen Vorbeurteilung im 2019 – auch aktuell keine Diagnose nach ICD-10-Kriterien stellen. Bezüglich der Grundpersönlichkeit würden sich Hinweise auf eine leicht erhöhte Ängstlichkeit ergeben, ohne dass dies jedoch pathologische Ausmaße annehme. Gut erkennbar sei eine Selbstwertproblematik, die deutlich geworden sei, als der Beschwerdeführer seinen Status ohne Arbeit thematisiert habe. Nicht ganz ausgeschlossen werden könne, dass es Phasen gegeben habe, in denen die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt gewesen seien. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass fachpsych-

- 28 - iatrische Berichte über den gesamten Zeitraum mit Ausnahme der Begutachtung im 2019 nicht vorlägen. Ein wesentliches Reintegrationshindernis lasse sich daraus jedoch nicht erkennen. Aktuell stelle sich der psychopathologische Befund unauffällig dar. Der Beschwerdeführer leide an beiden Händen unter einer Dupuytren'schen Erkrankung, welche schubweise oder kontinuierlich verlaufen könne. Eine starke Krümmung des Kleinfingers links sowie das begleitende Karpaltunnelsyndrom (CTS) hätten den Beschwerdeführer im Oktober 2018 zu einer Operation bewogen. Postoperativ verblieben wenig Restbeschwerden im Sinne eines Extensionsdefizitrezidivs, was im Rahmen der Vernarbung zu sehen sei. In seiner Arbeitsfähigkeit sei der Beschwerdeführer aus

handchirurgischer Sicht dadurch nicht eingeschränkt. Am linken Ellenbogen bestehe intermittierend ein leichtes sensibles Kubitaltunnelreizsyndrom, weshalb dem Beschwerdeführer Tätigkeiten, bei denen eine mechanische Druckausübung auf den Kubitaltunnel stattfindet, nicht möglich seien. Durch die Reizung des Nervus ulnaris im Kubitaltunnel komme es zu einer Sensibilitätsstörung im Bereich des Kleinfingers und der Handkante links. Feinmechanische Tätigkeiten seien mit dem Kleinfinger nicht mehr möglich. Wie in der Vorbegutachtung im Jahre 2019 hätten auch aktuell in der Laboruntersuchung Hinweise auf einen übermässigen Alkoholkonsum erhoben werden können. Eine genaue Quantifizierung des Konsums sei bei diesbezüglich nicht untypischem Abwehrverhalten nicht möglich. Der Nachweis für eine körperliche oder psychische Schädigung oder ein verändertes Verhalten, welches auf den erhöhten Alkoholkonsum zurückzuführen sei, lasse sich aktuell nicht erbringen. Bis anhin habe dies kein Reintegrationshindernis bedeutet (siehe asim-Gutachten, Konsensbeurteilung, S. 7 f.).

- 29 - 6.1.2. Die asim-Gutachterin und Gutachter hielten zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen fest, körperlich schwere Tätigkeiten, die das Heben, Tragen oder Stossen von Lasten über 7 kg, das repetitive Bücken nach vorne oder ein in die Hocke gehen (wie z.B. bei der Arbeit als Plattenleger) erforderten, seien aufgrund der degenerativen Veränderungen der Lenden- und Halswirbelsäule genauso ungünstig wie Überkopfarbeiten. Die Kontrakturen der Finger könnten durch Hyperextension im MCP-Gelenk kompensiert werden und fielen funktionell nicht ins Gewicht (siehe asim-Gutachten, Konsensbeurteilung, S. 9 f.). Daraus schlossen die asim-Gutachterin und Gutachter, dass in der angestammten Tätigkeit als Plattenleger – in Übereinstimmung mit den Vorbeurteilungen – keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht. In adaptierter Tätigkeit wiesen sie eine aktuelle Arbeitsfähigkeit von 75 % aus, wobei die Einschränkungen rheumatologischen Ursprungs sind. Als Belastungsprofil definierten sie was folgt: Möglich seien körperliche Tätigkeiten ohne Notwendigkeit des Hebens, Tragens oder Stossens von Lasten über 5 kg und ohne Notwendigkeit, sich repetitiv nach vorne zu bücken. Überkopfarbeiten seien ebenfalls ungünstig. Tätigkeiten, bei denen eine mechanische Druckausübung auf den Kubitaltunnel linksseitig stattfindet, seien nicht möglich (siehe asim-Gutachten, Konsensbeurteilung, S. 11). Die im Vergleich zur Arbeitsfähigkeitsattestierung von 80 % gemäss Begutachtung im 2019 aktuell leicht höhere Einschränkung gelte dabei – bei altersentsprechender (leichter) Zunahme degenerativer Veränderungen – seit Gutachtenszeitpunkt (siehe asim-Gutachten, Konsensbeurteilung, S. 12).

E. 6

Mit Unterstützung der IV-Stelle konnte A._____ am 29. März 2016 ein Praktikum bei der F._____ AG in G._____ in einem 50 %-Pensum beginnen. Dieses dauerte bis zum 30. September 2017. Dabei erreichte A._____ im Rahmen des 50 %-Pensums eine Leistungsfähigkeit von 100 %.

E. 6.2

Der Beschwerdeführer wendet dagegen in seiner Eingabe vom 15. Februar 2022 ein, die Einschätzung seiner Leistungsfähigkeit durch die asim-Gutachterin und Gutachter mit einer Restarbeitsfähigkeit von 75 % in körperlich leichten Tätigkeiten stehe in einer offensichtlichen und erheblichen Diskrepanz zur 50%igen Leistung, wie er sie während der ausführlich und umfangreich dokumentierten Eingliederungsmassnahmen bei einwand-

- 30 - freiem Arbeitsverhalten effektiv realisiert habe. Die asim-Gutachterin und Gutachter bestätigten dabei ausdrücklich, dass sowohl die Tätigkeit während der beruflichen Massnahmen leidensangepasst gewesen seien. Sie begründeten ihre doch deutlich abweichende Meinung alleine mit einer Selbstlimitierung. Diese werde zwar im EFL-Bericht vom 20. Oktober 2015 beschrieben, entgegen der asim-Gutachterin und Gutachter indessen in keinem einzigen Massnahmenbericht. Im Gegenteil, die Fachleute und Eingliederungsspezialisten hätten keinen Zweifel daran aufkommen lassen, dass er sich während der ungewöhnlich langen, mehrjährigen Abklärungszeit vorbildlich eingesetzt habe und bereit gewesen sei, an seine Leistungsgrenze zu gehen.

E. 6.2.1

Im asim-Gutachten vom 31. Dezember 2021 wird zu den beruflichen Eingliederungsmassnahmen festgehalten, der Beschwerdeführer habe seine zumutbare Restarbeitsfähigkeit nicht vollständig ausgeschöpft. Grund dafür sei vorwiegend eine (in nahezu sämtlichen Massnahmenberichten vorbeschriebene und auch in der aktuellen Begutachtung festgestellte) Selbstlimitierung. Möglich und zumutbar wäre – bei rheumatologisch stabil gebliebenem Gesundheitszustand – eine Leistungsfähigkeit von ca. 80 % gewesen (siehe asim-Gutachten, Konsensbeurteilung, S. 17).

E. 6.2.2

Der Beschwerdeführer kritisiert diese Beurteilung und wendet dagegen ein, entgegen den asim-Gutachtern werde in keinem der Massnahmenberichte eine Selbstlimitierung beschrieben. Zudem brachte er bereits gegen das estimed-Gutachten vom 11. Oktober 2019 vor, die aus der während dreieinhalb Jahren durchgeführten Eingliederung gewonnenen Erkenntnisse, insbesondere, dass er sehr gute Arbeitsleistungen gezeigt habe und mit seinem Arbeitseinsatz von 50 % an seine Leistungsgrenze gestossen sei, seien von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden.

E. 6.2.3

Zwar trifft es zu, dass der Beschwerdeführer während des Arbeitstrainings bei C._____ die Arbeitszeit aufgrund seiner Rückenschmerzen nur auf 24

- 31 - Stunden pro Woche bei einer Leistung von 80 bis 90% steigern konnte (siehe IV-act. 128 S. 3) bzw. anlässlich des Praktikums bei der F._____ AG gemäss Abschlussbericht vom 4. September 2017 ein 50%-Pensum bei 100%iger Leistung erreichen konnte (siehe IV-act. 168 S. 1 f.). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nahm indes bereits Prof. Dr. med. L._____ in der Ergänzung vom 3. März 2020 zu den durchgeführten beruflichen Massnahmen Stellung. Dazu führte er gestützt auf aktenkundige Berichte aus der Eingliederung aus, diese zeigten, dass der Beschwerdeführer an seiner Überzeugung, nur etwas mehr als halbtätig beruflich tätig sein zu können, festgehalten habe und die berufspraktischen Beurteilungen seien stark davon geprägt (siehe IV-act. 234 S. 4). Zwar ist dem Beschwerdeführer darin beizupflichten, dass die Rückmeldungen hinsichtlich seiner Arbeitsleistung anlässlich der beruflichen Eingliederungsmassnahmen positiv ausgefallen sind (vgl. z.B. Abschlussbericht der F._____ AG vom 4. September 2017 [IV-act. 168], Schlussbericht C._____ vom 30. April 2016 [IV-act. 128], Bericht der F._____ AG vom 24. Oktober 2016 [IV-act. 144], Standortgespräch vom 24. Juni 2015 [IV-act. 95] und Standortgespräch vom 10. Februar 2016 [116]). Indes ist ebenfalls aktenkundig, dass er sich dahingehend geäussert hat, nicht bzw. nur in einer etwas mehr als halbtägigen Tätigkeit arbeitsfähig zu sein (vgl. BEFAS-Abklärungsbericht vom 18.

November 2013 [IV-act. 37 S. 6], Ver- laufs- und Gesprächsprotokoll vom 28. August 2013 [IV-act. 31], estimed- Gutachten vom 11. Oktober 2019 [IV-act. 226 S. 49 und 86]; vgl. ferner asim-Gutachten vom 31. Dezember 2021 [Konsensbeurteilung S. 6, neu- rologisches Teilgutachten S. 4 f. und psychiatrisches Teilgutachten S. 6 und S. 10 f.]). Ausserdem wird von Seiten der Eingliederungsfachperso- nen verschiedentlich angemerkt, dass der Beschwerdeführer sich mit Blick auf seine berufliche Zukunft sehr passiv verhalte und unbedingt mehr In- itiative zeigen müsse (vgl. Verlaufsprotokoll Eintrag vom 20. Januar 2016 [IV-act. 117], Zwischenbericht vom 8. Juni 2016 [IV-act. 129]). Dass diese Haltung Ausdruck einer Ratlosigkeit gewesen sein soll, ist nicht ersichtlich

- 32 - (vgl. dazu insbesondere die Ausführungen im Zwischenbericht vom 8. Juni 2016 [IV-act. 129]). Schliesslich basieren die Ergebnisse aus den Einglie- derungsmassnahmen auch stark auf der subjektiv, vom Beschwerdeführer gezeigten Leistung (vgl. z.B. Schlussbericht C._____ vom 30. April 2016 [IV-act. 128], Standortgespräch vom 24. Juni 2015 [IV-act. 95], Standort- gespräch vom 10. Februar 2016 [IV-act. 116], Verlaufsprotokoll Eintrag vom 26. August 2015 [IV-act. 101], Verlaufsprotokoll Eintrag vom 28. Sep- tember 2016 [IV-act. 137]), wobei diesfalls anzumerken bleibt, dass be- reits anlässlich der im Oktober 2015 durchgeführten EFL, als der Be- schwerdeführer sich in beruflichen Massnahmen befand, eine erhebliche Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz festgestellt wor- den ist (siehe IV-act. 183 S. 2, vgl. ferner Bericht zur EFL vom 22. Juli 2019 [IV-act. 226 S. 161] mit gleichen Ergebnissen). Dies griff denn auch der rheumatologische Teilgutachter der asim, Dr. med. O._____, in seiner Beurteilung auf und nahm entgegen der Auffassung des Beschwerdefüh- rers ausführlich zur Selbstlimitierung Stellung. Konkret führte er insbeson- dere aus, parallel zu den lokalen Prozessen (sowohl degenerative Verän- derungen struktureller Natur als auch ausgeprägte muskuläre Dysbalance funktioneller Natur) seien beim Beschwerdeführer rasch zusätzlich eine nicht-organische maladaptive Komponente in Form einer nicht-organisch begründbaren Selbstlimitierung entstanden, welche sich schon im Rah- men der EFL (gemäss Bericht) vom 20. Oktober 2015 manifestiert habe. Es habe sich ein eindeutiges Schmerzverhalten gezeigt (überevorsichtige Bewegungen, starre, abnorme Haltung, häufiges Reiben und Halten der Schmerzbereiche, häufige Schmerzmimik, häufige verbale Schmerzäus- serungen), welche als nicht adäquat beurteilt worden seien. Es hätten sich zusätzlich Diskrepanzen gezeigt zwischen dem Ausmass der angegebe- nen Einschränkungen im Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Leis- tungsfähigkeit und den beobachteten funktionellen Fähigkeiten (die Selbsteinschätzung sei erheblich zu tief erschienen, was auf Selbstlimitie- rung hinweise). Die Angaben von starken Schmerzen hätten nicht dem

- 33 - eher wenig leidenden Eindruck entsprochen, den der Beschwerdeführer während der Aktivitäten vermittelt habe (Auszug aus dem EFL-Bericht vom 20. Oktober 2015 [vgl. IV-act. 183 S. 4 f.]). Nach Ansicht von Dr. med. O._____ begünstigte diese Selbstlimitierung eine muskuläre Dekonditio- nierung, welche wiederum die Entwicklung von ausgeprägten muskulären Dysbalancen der paravertebralen Muskulatur begünstige. Mit überwiegen- der Wahrscheinlichkeit sei ursächlich für die verminderte Leistungsfähig- keit eine Selbstlimitierung zu vermuten (siehe asim-Gutachten, rheumato- logisches Teilgutachten, S. 22, vgl. auch die psychiatrische Beurteilung im asim-Gutachten, psychiatrisches Teilgutachten, S. 18 f. und 21 f.).

E. 6.2.4

Dr. med. O._____ nahm zudem ausdrücklich zu den Ergebnissen der beruflichen Eingliederungsmassnahmen Stellung. Zum Arbeitstraining bei C._____ vom 3. Oktober 2015 bis zum 31. März 2016 hielt er was folgt fest: Es sei zu einer Steigerung auf 24 Stunden pro Woche gekommen. Eine weitere Steigerung sei wegen der Rückenbeschwerden aber nicht möglich gewesen. Dazu sei zu bemerken: Die Qualität der Arbeit habe sich als stets hoch erwiesen, mit einer Arbeitsleistung von 80 bis 90 % nach Schätzung der Vorgesetzten (siehe auch IV-act. 128 S. 3). Diese stets hohe Arbeitsleistung von 80 bis 90 % könne zeigen, dass während der Arbeit an halben Tagen diese Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers schmerzbedingt nicht relevant eingeschränkt gewesen sein sollte. Ein heftiger Schmerzzustand hätte sonst die Leistungsfähigkeit bemerkbar limitiert. Anschliessend habe der Beschwerdeführer ein Praktikum bei der F._____ AG vom 23. September 2016 (recte 29. März 2016) bis zum

E. 6.2.5

Wenn in der Konsensbeurteilung des asim-Gutachtens als ein Grund für die nicht vollständige Ausschöpfung der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers anlässlich der beruflichen Eingliederungsmassnahmen namentlich eine in nahezu sämtlichen Massnahmenberichten vorbeschriebene Selbstlimitierung angegeben wird (asim-Gutachten, Konsensbeurteilung, S. 17), ist dem Beschwerdeführer zwar insoweit beizupflichten, dass dies in dieser Absolutheit und im Sinne einer direkten Beschreibung einer Selbstlimitierung nicht zutrifft. Aus den vorerwähnten, sich auf die Akten stützenden Ausführungen ergibt sich aber, dass Dr. med. O._____ die anlässlich der Eingliederungsmassnahmen gezeigte Leistung nicht als dem tatsächlichen Leistungsvermögen des Beschwerdeführers entsprechend einstuft. Nicht nur konnte er die dabei gezeigte Leistungsminderung nicht organisch erklären. Darüber hinaus

- 35 - zeigte er nachvollziehbar auf, dass bei der vollen bzw. sehr hohen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers während der berufspraktischen Eingliederung mit rund 50%iger Präsenz die Schmerzkomponente nicht zu relevanten Einschränkungen geführt haben kann. Mit anderen Worten liegt nahe, dass das tatsächliche Leistungsvermögen und damit die effektive Arbeitsfähigkeit wesentlich höher als die vom Beschwerdeführer angegebenen 50 % war. So gehen denn auch aus den Rückmeldungen der Eingliederungspersonen zahlreiche, auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbare Ressourcen hervor (vgl. z.B. Abschlussbericht der F._____ AG vom 4. September 2017 [IV-act. 168], Schlussbericht C._____ vom 30. April 2016 [IV-act. 128], Bericht der F._____ AG vom 24. Oktober 2016 [IV-act. 144]: sehr gute, sorgfältige Arbeit, Arbeitsleistung 100 %, gute Selbstständigkeit und Konzentration, Pflichtbewusstsein, gute Auffassungsgabe, sehr organisiert und ordentlich, handwerkliches Geschick und räumliches Vorstellungsvermögen etwa bei Leim-, Zerlegungs- oder Verpackungsarbeiten), weshalb nicht einleuchtet, dass diese eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft als eher schwierig einstuften (siehe IV-act. 168 S. 3) bzw. nur einen Nischenarbeitsplatz in der Industrie oder einen geschützten Arbeitsplatz als Anschlusslösung sahen (siehe IV-act. 177 S. 2). Insoweit ist festzuhalten, dass die asim-Gutachterin und Gutachter die Eingliederungsbemühungen des Beschwerdeführers hinreichend berücksichtigt (vgl. hierzu auch asim-Gutachten, psychiatrisches Teilgutachten, S. 18 f.) und plausibel dargelegt haben, weshalb sie von den fremdanamnestischen Angaben im Zusammenhang mit der beruflichen Eingliederung abgewichen sind und eine damals bestehende, rund 80%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit annahmen, wofür denn auch – wie dargelegt – die

übrige Aktenlage spricht. Ohnehin ist rechtsprechungsgemäss die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (siehe

- 36 - Urteile des Bundesgerichts 8C_170/2021 vom 23. September 2021 E.5.1.2.2, 8C_21/2020 vom 8. April 2020 E.4.1.2, 9C_379/2019 vom 26. September 2019 E.3.5.3, 8C_278/2019 vom 17. Juli 2019 E.3.2.1, 9C_798/2018 vom 26. Juli 2019 E.4.2.1, 8C_801/2018 vom 13. Februar 2019 E.4.3 und 9C_646/2015 vom 19. Mai 2016 E.4.4). Vor diesem Hintergrund kann auf die beantragte Einholung einer klärenden medizinischen Stellungnahme verzichtet werden, zumal das streitberufene Gericht aufgrund der bereits abgenommenen Beweise seine Überzeugung gebildet hat und annehmen kann, dass diese Überzeugung durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert würde (vgl. BGE 144 II 427 E.3.1.3, 141 I 60 E.3.3, 136 I 229 E.5.3 und 134 I 140 E.5.3; Urteile des Bundesgerichts 8C_411/2021 vom 27. August 2021 E.4.3.2, 9C_89/2020 vom 18. Juni 2020 E.4.8 und 8C_709/2019 vom 19. Mai 2020 E.4.2.4). 6.3.1. Des Weiteren verfängt auch die weitere Kritik des Beschwerdeführers am rheumatologischen asim-Teilgutachten von Dr. med. O._____ nicht. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers hat sich Dr. med. O._____ in seiner Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten (siehe asim-Gutachten, Konsensbeurteilung, S. 22 ff. [Aktenauszug]) sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen gestützt auf die eigenen klinischen, bildgebenden und fremdanamnestischen Untersuchungen getroffen (vgl. insbesondere asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 7 ff.). Dabei flossen auch die vom Beschwerdeführer gemachten Angaben zur Krankheitsentwicklung und zum jetzigen Leiden in die Gesamtbeurteilung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung mit ein (asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 2 ff.). Die gutachterlichen Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur versicherungsrechtlich relevanten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet (vgl. insbesondere

- 37 - asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 14 ff.). Dabei setzte sich Dr. med. O._____ eingehend über mehrere Seiten mit den aktenkundigen Befunden und Diagnosen, einschliesslich derjenigen von Dr. med. E._____, sowie den Ergebnissen der berufspraktischen Eingliederung auseinander und führte zur aktuellen rheumatologischen Exploration namentlich aus, der Beschwerdeführer beklage eine Persistenz von chronischen Schmerzen im Bereich der LWS und HWS als Hauptproblem. Er berichte, dass sich der Schmerzcharakter und die Lokalisierung seiner Beschwerden an der Wirbelsäule im Laufe der Zeit nicht wesentlich verändert hätten, sondern dass eher die Schmerzintensität im Verlauf zugenommen habe. Eine Schmerzausstrahlung in die oberen bzw. unteren Extremitäten, welche auf das Vorliegen einer zervikalen oder lumbalen Radikulopathie hinweisen könnten, werde vom Beschwerdeführer aktuell nicht angeben. Somit bestehe aus klinischer Sicht kein Anhaltspunkt für eine zervikale oder lumbale Radikulopathie. Kernspintomographisch fänden sich im MRI der HWS vom 1. Mai 2020 und der LWS vom 27. September 2021 zwar diffuse degenerative Veränderungen, welche zu einer Tangierung bis (leichten) Kompression neuraler Strukturen führten, allerdings nicht in einem solchen

Ausmass, dass eine Persistenz einer Wurzelkompromittierung aus klinischer Sicht angenommen werden könne, da sie nicht vorhanden sei. Rein anamnestisch liessen sich zervikale oder lumbale Radiokulopathien nicht eruieren. Bei der aktuellen rheumatologischen Untersuchung imponiere klinisch die vorhandene Fehlhaltung der Wirbelsäule mit einer Streckhaltung der Wirbelsäule, Abflachung der lumbalen Lordose und Zunahme der Kyphose im hochthorakalen Anteil, mit Protraktion des Kopfes nach vorne, wie bereits im Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 27. Oktober 2015 festgestellt worden sei. Die passive Beweglichkeit der LWS sei in alle Richtungen eingeschränkt, wie es ebenfalls bereits Dr. med. E. _____ im Jahr 2015 beschrieben habe. Auch aktuell fänden sich ausgeprägte myotendinotische Verspannungen der paravertebralen Muskulatur im lumbalen und thorakalen Bereich. Die passive Beweglich-

- 38 - keit der Brustwirbelsäule sei in Flexion wegen der thorakalen Hyperkyphose eingeschränkt, die Extension sei wegen dieser Hyperkyphose aufgehoben. Ein MRI der Brustwirbelsäule (BWS) vom 20. August 2019 zeige relevante osteochondrotische Segmente im mittleren und distalen Drittel bei Irregularität der Anschlussplatten und Bandscheibenfachverschmälerung ohne Hinweise auf eine radikuläre Pathologie im lumbalen Bereich. Es fände sich keine Alignment-Störung und keine offensichtliche Fraktur. Inwieweit ein alter Morbus Scheuermann bereits prämorbid habe vorliegen können, lasse sich aktenkundig/anamnestisch nicht eruieren. Klinisch liessen sich die passive Seitenneigung und Rotation der BWS aktuell (immer noch) normal entfalten – ein Zeichen dafür, dass mittlerweile keine Progression relevanter degenerativer Veränderungen der BWS entstanden sei. Auch im lumbalen Bereich zeigten sich kernspintomographisch am 27. September 2021 multietagige degenerative Veränderungen mit im Vergleich zur Voruntersuchung einer neuen links paramedianen Diskusiontrusion im Segment LWK4/5 sowie auch einer diskreten Zunahme der rechtslateralen bis foraminale Diskusprotrusion im Segment LWK5/SWK1, welche zu einer Tangierung der entsprechenden Nervenwurzeln führten, allerdings ohne klinisches Korrelat für eine Neurokompression, wie es bereits im zervikalen Bereich der Fall sei. Im Vordergrund limitierten die myotendinotischen Verspannungen der paravertebralen Muskulatur auch die Bewegungen der Lendenwirbelsäule, im Rahmen einer ausgeprägten muskulären Dysbalance, die seit Jahren bestehe. Im Wesentlichen bestehe eine Chronifizierung der Fehlhaltung der Wirbelsäule infolge einer ausgeprägten muskulären Dysbalance mit Bildung ausgeprägter myotendinotischer Verspannungen der paravertebralen Muskulatur, die sich im Laufe der Zeit etabliert hätten. Diese funktionelle Fehlhaltung der Wirbelsäule werde vom Hausarzt Dr. med. B. _____ in seinem Bericht vom 5. Januar 2018 klar beschrieben ("chronisches paravertebrales Syndrom bei fixiertem Rundrücken" [siehe IV-act. 184 S. 1]) und auch von ihm aktuell nach telefonischer Rücksprache als im Laufe der Zeit

- 39 - unverändert bestätigt. Diese Beobachtungen erhärteten die Vermutung einer Persistenz dieser diffusen myotendinotischen Verspannungen von ausgeprägtem Charakter als Hauptursache der Fehlhaltung der Wirbelsäule. Dazu seien diffuse degenerative Veränderungen der Wirbelsäule vorhanden, die aber von ihrem Ausmass her keine lokale segmentale Dysfunktion hervorriefen, welche sich klinisch manifestieren würde. Diese strukturellen Veränderungen schränkten allerdings die Belastbarkeit der axialen Strukturen ein. Anhand dieser sämtlichen klinischen und radiomorphologischen Befunde habe sich der klinische Zustand des Beschwerdeführers im Laufe der Zeit nicht wesentlich

verändert. Kernspintomographisch zeige sich eine Progression nicht relevanter degenerativer Veränderungen, die aber nicht für die Entstehung der Schmerzchronifizierung im Vordergrund stünden. Klinisch bestehe kein Hinweis auf eine segmentale Schmerzsymptomatik im Bereich der Wirbelsäule. Die Schmerzen würden diffus beklagt, ohne Möglichkeit einer Typisierung bei fehlender lokaler Schmerzsymptomatik von segmentaler Natur. Über Jahre seien die Lokalisierung und der Schmerzcharakter laut eigenen Angaben des Beschwerdeführers praktisch unverändert geblieben. Nur die Schmerzintensität habe sich im Laufe der Zeit verschlechtert. Dieser Verlauf lasse sich dadurch erklären, dass die Persistenz einer muskulären Dysbalance über Jahre eine schlechte Stabilisierung des Rumpfes begünstigen könne, die bei körperlichen Anstrengungen oder Belastungen als Folge einer schlechten Rumpfstabilisierung symptomatisch – von diffusem Charakter – werden könne (siehe asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 19 ff.). Angesichts dieser schlüssigen Ausführungen ist es nachvollziehbar, wenn Dr. med. O. _____ anhand der Aktenlage, der anamnestischen Angaben, der aktuellen klinischen Befunde und der aktualisierten radiomorphologischen Befunde aus rheumatologischer Sicht ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: 54.2) sowie ein chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5,

- 40 - M54.6) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte (asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 13 f.). 6.3.2. Zu deren funktionellen Auswirkungen hielt er plausibel fest, dass körperlich schwere Tätigkeiten mit Heben, Tragen oder Stossen von Lasten über 7 kg, mit repetitivem Bücken nach vorne oder mit einem in die Hocke gehen wegen der vorhandenen degenerativen Veränderungen der LWS und HWS genauso ungünstig seien wie Überkopfarbeiten. Aufgrund der ausgeprägten muskulären Dysbalance und Dekonditionierung der Rückenmuskulatur, die seit Jahren eine funktionelle Fehllage der Wirbelsäule unterhalte, bestehe eine verminderte Belastbarkeit des axialen Skeletts wegen schlechter Stabilisierung des Rumpfes. Diese betreffe insbesondere Tätigkeiten, welche das Verharren in leicht vorgeneigter Körperhaltung erforderten. Daraus resultiere eine teilweise Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers (asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 21 f.), welche Dr. med. O. _____ mit einer aktuellen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 75 % bezifferte (asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 23). 6.3.3. Soweit der Beschwerdeführer dem rheumatologischen asim-Teilgutachter erneut vorwirft, dass es entgegen dessen Auffassung im Verlauf keine Belege für eine Selbstlimitierung gebe, kann auf das in den vorstehenden Erwägungen 6.2.3 ff. zur berufspraktischen Eingliederung hiervoor bereits Ausgeführte verwiesen werden. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass auch anlässlich der im Rahmen der estimated-Begutachtung durchgeführten EFL eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden ist. Im Bericht vom 22. Juli 2019 wurde dazu festgehalten, dass die Resultate der physischen Leistungstests infolge der beobachteten erheblichen Symptomausweitung nur teilweise verwertbar seien. Die demonstrierte Belastbarkeit entspreche einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit. Hinsichtlich Zumutbarkeit sollte aus somatischer Sicht aufgrund der festgestellten Symptomausweitung von einer höheren Belastbarkeit ausgegangen wer-

- 41 - den. Diese bewege sich im Bereich einer knapp mittelschweren Tätigkeit mit Hantieren von Gewichten bis maximal 20 kg. Die zeitliche Belastung werde auf ganztags geschätzt mit zusätzlichen Pausen von insgesamt zwei Stunden pro Tag (siehe IV-act. 226

S. 161). Darüber hinaus ging Dr. med. O. _____ auch auf die aktuellen Tätigkeiten des Beschwerdeführers ein und hielt dazu fest, bei der seit März 2021 im Reinigungsdienst auf einer Reinigungsmaschine verrichteten Arbeit, die der Beschwerdeführer über zwei Stunden am Tag an fünf Tagen die Woche ausübe, ließen sich die beklagten Schmerzen am Rücken "bei Erschütterung der Maschine" nicht plausibilisieren. Gravierende progrediente Läsionen mit klinisch manifester Neurokompression lägen nicht vor. Der Beschwerdeführer könne zudem Autofahren. Auch in der Ausführung von Alltagstätigkeiten sei der Beschwerdeführer laut eigenen Angaben nicht von gravierenden Schmerzen geplagt: Er könne kochen, staubsaugen, sich um den Haushalt kümmern und nehme am Familienleben aktiv teil. Eine Progression relevanter degenerativer Läsionen, welche auch den klinischen Zustand relevant beeinflussen könnten, sei mittlerweile nicht entstanden. Der klinische Zustand sei seit Jahren im Wesentlichen stationär (siehe asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 22 f.). Aus diesen plausiblen Ausführungen ergibt sich – wie bereits bei der Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der beruflichen Eingliederung dargelegt – wiederum, dass die im Zusammenhang mit der aktuellen Erwerbstätigkeit beklagten Beschwerden sich weder vollständig organisch erklären lassen, noch, dass davon auszugehen ist, dass die dabei gezeigte Leistung dem tatsächlichen Leistungsvermögen des Beschwerdeführers entspricht, was sich durch die ausführbaren Tätigkeiten im Haushalt und dem Umstand, wonach der Beschwerdeführer etwa auch Autofahren könne, erhärten lässt. Als weitere Diskrepanz ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer anlässlich der rheumatologischen Exploration gegenüber Dr. med. O. _____ angab, seit drei Tagen an extrem starken Rückenschmerzen zu leiden ("praktisch über 10/10 auf der Visuellen Analogs-

- 42 - kala") und nur maximal während einer halben Stunde sitzenbleiben zu können (siehe asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 2 f.), Dr. med. O. _____ indes anmerkte, dass der Beschwerdeführer während der Anamneseerhebung, während welcher dieser 70 Minuten habe sitzen bleiben müssen, nicht schmerzgeplagt gewirkt habe (siehe asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 7). Dem Beschwerdeführer kann somit nicht gefolgt werden, wenn er Dr. med. O. _____ vorhält, die aktuelle Selbstlimitierung mit keinem Wort im Gutachten beschrieben zu haben. Aufgrund dessen vermag der Beschwerdeführer auch insoweit nicht durchzudringen, wenn er vorbringt, der von Dr. med. O. _____ beschriebene Verlauf müsste zwangsläufig und logischerweise dazu führen, dass der Einfluss der ursprünglichen Selbstlimitierung zwischenzeitlich deutlich geschrumpft sein müsse und derjenige der ausgeprägten Dekonditionierung der paravertebralen Muskulatur deutlich zugenommen habe. Abgesehen davon, dass Dr. med. O. _____ sowohl im Verlauf als auch aktuell eine Selbstlimitierung feststellte, erachtete er diese – wie dargelegt – als überwiegend wahrscheinlich ursächlich für die verminderte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers, welche eine muskuläre Dekonditionierung begünstigte, die wiederum die Entwicklung der oben erwähnten ausgeprägten Dysbalancen der paravertebralen Muskulatur begünstigte (siehe asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 22). Die dadurch hervorgerufene Fehlhaltung der Wirbelsäule mit Bildung ausgeprägter myotendinotischer Verspannungen der paravertebralen Muskulatur, die sich im Laufe der Zeit etabliert hätten, beurteilte er mit Blick auf die entstandene Schmerzchronifizierung als im Vordergrund stehend (siehe asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 20 f.). Wenn er daraus aufgrund der dadurch hervorgerufenen funktionellen Verstärkung der Auswirkungen der strukturellen degenerativen Veränderungen der LWS und HWS aktuell auf eine 25%ige Einschränkung

der Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten schloss (siehe asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 21 ff., insb. S. 23 und asim-Gutachten, Konsensbeurteilung, S. 7 und 11), ist dies entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht zu beanstanden. 6.3.4. Keine Stütze in den Akten findet ferner das beschwerdeführerische Vorbringen, wonach Dr. med. O._____ nicht wirklich auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. E._____ eingegangen sei. Vielmehr setzte sich Dr. med. O._____ in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung über mehrere Seiten mit dem Gutachten von Dr. med. E._____ vom 27. Oktober 2015, den darin gestellten Diagnosen und erhobenen Befunden, der in diesem Zusammenhang durchgeführten EFL sowie der darin ausgewiesenen Arbeitsfähigkeitseinschätzung in leidensangepasster Tätigkeit auseinander (siehe asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 15 ff.). Obschon die von Dr. med. O._____ erhobenen klinischen Befunde weitgehend mit jenen von Dr. med. E._____ in dessen Gutachten vom 27. Oktober 2015 übereinstimmten, bemängelte Dr. med. O._____, dass Dr. med. E._____ – was auch der Beschwerdeführer zu verkennen scheint – lediglich eine Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von "mindestens 50 %" auswies (siehe IV-act. 106 S. 13), ohne jedoch einen oberen definitiven wahrscheinlichen Wert festzulegen. Dazu merkte Dr. med. O._____ zudem an, dass Dr. med. E._____ offensichtlich nicht über das Ergebnis des Arbeitstrainings bei C._____ orientiert gewesen sei, und monierte, dass die damals durchgeführte EFL nur in das Gutachten aufgenommen, nicht jedoch explizit kommentiert worden sei (siehe asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 16 f.). Da anlässlich dieser eine erhebliche Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz festgestellt worden ist (siehe IV-act. 183 S. 2, vgl. ferner EFL vom 22. Juli 2019 [IV-act. 226 S. 160 ff.] mit gleichen Ergebnissen) und auch die Ergebnisse der beruflichen Eingliederung gesamthaft betrachtet dafür sprechen (vgl. Ausführungen in den vorstehenden Erwägungen 6.2.3 ff.), ist angesichts des vom Hausarzt fremdanamnestisch bestätigten, seit Jahren bestehenden stationären klinischen Zustands des Rückens (siehe

- 44 - asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 12) nicht zu beanstanden, wenn Dr. med. O._____ schlussfolgerte, dass bereits im Zeitpunkt der Erstattung des Gutachtens von Dr. med. E._____ im Jahr 2015 eine höhere Arbeitsfähigkeit als die darin ausgewiesene von mindestens 50 % bestanden hat (siehe asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 24). Dass er sich dabei im Ergebnis der Arbeitsfähigkeitseinschätzung von 80 % in adaptierter Tätigkeit gemäss estimated-Gutachten vom 11. Oktober 2019 anschloss (siehe IV-act. 226 S. 15 f.), obwohl er die darin verneinte Objektivierbarkeit von pathologischen Befunden in rheumatologischer Hinsicht als nicht nachvollziehbar einstufte (siehe asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 18 f.), tut der Zuverlässigkeit seiner Beurteilung keinen Abbruch. Denn diese bzw. die aufgrund der altersentsprechenden (leichten) Zunahme der degenerativen Veränderungen angenommene Arbeitsfähigkeit von 75 % in adaptierter Tätigkeit (siehe asim-Gutachten, Konsensbeurteilung, S. 11 f. und S. 17 der Konsensbeurteilung) leitet sich nachvollziehbar aus den von Dr. med. O._____ erhobenen klinischen und radiomorphologischen Befunden, der Auseinandersetzung mit den vorbefundlichen Diagnosen und dem Krankheitsverlauf, den anamnestischen Angaben und der Aktenlage her (siehe asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 14 ff.). Dem Beschwerdeführer kann somit nicht gefolgt werden, wenn er vorbringt, im asim-Gutachten bzw. im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. O._____ im Speziellen werde nicht aufgezeigt, weshalb die

Beurteilung des Leistungsvermögens durch Dr. med. E._____ falsch sein soll. Dass Dr. med. E._____ bei festgestelltem Fehlen einer eigentlichen Bewältigungsstrategie entgegen der Ansicht von Dr. med. O._____ keine psychische Überlagerung thematisierte, betrifft ohnehin einen untergeordneten, hier nicht relevanten Punkt und vermag angesichts der vorerwähnten Beweiswürdigungsrichtlinien für Gerichtsgutachten (vgl. Erwägung 5.3 hier- vor) am Vorerwähnten nichts zu ändern.

- 45 - 6.4.1. Die Verfahrensbeteiligten kritisieren zudem die im asim-Gutachten vom

E. 6.5

Insgesamt ergibt sich somit, dass die Vorbringen der Verfahrensbeteiligten keine zwingenden Gründe darstellen, welche ein Abweichen vom eingeholten Gerichtsgutachten der asim vom 31. Dezember 2021 gebieten würden (vgl. dazu BGE 143 V 269 E.6.2.3.2, 135 V 465 E.4.4 und 125 V 351 E.3b/aa; Urteil des Bundesgerichts 8C_767/2019 vom 19. Mai 2020 E.3.1). Vielmehr erweist sich dieses als beweiskräftig. Damit ist im vorliegenden massgeblichen Zeitraum ab 1. April 2018 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit auszugehen. Da sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aufgrund der Dupuytren'schen Erkrankung und dem diagnostizierten Karpaltunnelsyndrom verschlechterte, ist ab dem 1. Juni 2018 bis zum 31. Januar 2019 eine vollständige Arbeitsfähigkeit anzunehmen, bevor ab dem 1. Februar 2019 wiederum eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in leidensangepasster Tätigkeit bestand. Aufgrund der altersentsprechenden (leichten) Zunahme degenerativer Veränderungen liegt ab dem Zeitpunkt der Begutachtungen bei der asim, d.h. August 2021, schliesslich eine Arbeitsfähigkeit von 75 % in einer Verweistätigkeit vor.

E. 7

Ende Oktober 2017 stellte A._____ ein Revisionsgesuch infolge Verschlechterung seines Gesundheitszustands seit der Rentenverfügung vom 16. September 2014 und meldete sich erneut zum Bezug von IV-Leistungen an. In dem von der IV-Stelle eingeholten Bericht vom 5. Januar 2018 gab Dr. med. B._____ an, es liege ein chronisches panvertebrales Syndrom bei fixiertem Rundrücken mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor, wobei A._____ die bisherige Tätigkeit als Plattenleger nicht mehr zumutbar und er in adaptierter Tätigkeit zu ca. 50 % arbeitsfähig sei.

E. 7.1

Auch die weitere Bemessung des Invalideneinkommens ist umstritten. So brachte der Beschwerdeführer in seiner Eingabe vom 15. Februar 2022 gestützt auf die Literatur vor, dass die Löhne von Personen mit gesund-

- 50 - heitlichen Einschränkungen signifikant tiefer seien als der Medianlohn der LSE-Tabelle TA1_triage_skill_level im Kompetenzniveau 1. Gestützt auf die Analyse der interdisziplinären Arbeitsgruppe "Tabellenlöhne LSE" betrage der Durchschnittslohn in der Kategorie Kompetenzniveau 1 "light" CHF 4'547.--, was einen Jahreslohn von CHF 56'882.95 ergebe. Mit Eingabe vom 7. März 2022 betonte der Beschwerdeführer zudem, es sei kein rechtlicher oder sachlicher Grund ersichtlich, um dem von der interdisziplinären Arbeitsgruppe vorgezeigten Weg im Bestreben um eine gerechte Bemessung des Invalidenlohns nicht zu folgen.

E. 7.2

Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden. Denn gemäss bundes- gerichtlicher Rechtsprechung ist bei versicherten Personen, die nach Ein- tritt eines Gesundheitsschadens – wie vorliegend – lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, in der Regel vom Totalwert im niedrigsten (und am schlechtesten bezahlten) Kompetenzniveau 1 auszugehen, wobei der ausgeglichene Arbeitsmarkt im Kompetenzniveau 1 eine Vielzahl von körperlich leichten Tätigkeiten beinhaltet (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_799/2021 vom 3. März 2022 E.4.3.2, 8C_369/2021 vom 28. Oktober 2021 E.8.2.2, 8C_433/2020 vom 15. Oktober 2020 E.8.2.2, 9C_303/2020 vom 6. August 2020 E.4.2, 8C_219/2019 vom 30. September 2019 E.5.2 und 9C_172/2019 vom 22. Juli 2019 E.4.5). Dass hiervon abzuweichen wäre, vermag der Be- schwerdeführer mit dem Verweis auf die Literatur nicht geltend zu machen und ist auch nicht ersichtlich (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_411/2019 vom 16. Oktober 2019 E.7.2, 8C_695/2015 vom 19. Novem- ber 2015 E.4.2, 8C_187/2015 vom 20. Mai 2015 E.3.2.3.1 und 9C_633/2013 vom 23. Oktober 2013 E.4.2). Im Wesentlichen wird darin eine zu starke (und mit der "Weiterentwicklung der Invalidenversicherung" sogar noch verstärkte) Abstrahierung von den tatsächlichen Gegebenhei- ten des Einzelfalles im Rahmen der Invaliditätsbemessung bemängelt (vgl. EGLI/FILIPPO/GÄCHTER/MEIER, Grundprobleme der Invaliditätsbemessung

- 51 - in der Invalidenversicherung, Zürich 2021, S. 291 ff.; MEIER/EGLI/FI- LIPO/GÄCHTER, «So konkret wie möglich», Invaliditätsgrade in der IV, Fik- tion und die Herausforderungen der «Weiterentwicklung der Invalidenver- sicherung», in SZS 2/2021, S. 55 und 72 f.). Kritisiert wird zudem, dass die Medianlöhne der LSE-Tabellen, insbesondere der Tabelle TA1_ti- rage_skill_level, die gesundheitliche Situation der versicherten Person und die Realitäten auf dem Arbeitsmarkt unberücksichtigt liessen, weshalb die Anwendung von nach körperlichem Belastungsprofil differenzierte Tabel- len (Tabellen Kompetenzniveau 1 "light" bzw. "light-moderate") mit ent- sprechenden Medianlöhnen postuliert wird (RIEMER-KAFKA/SCHWEGLER, Der Weg zu einem invaliditätskonformen Tabellenlohn, Präsentation der Ergebnisse der interdisziplinären Arbeitsgruppe "Tabellenlöhne LSE", in SZS 6/2021, S. 287 ff., S. 293 f.). Ferner geht aus der vom Beschwerde- führer angeführten Studie des Büros für Arbeits- und Sozialpolitische Stu- dien BASS AG mit dem Titel "Nutzung Tabellenmedianlöhne LSE zur Be- stimmung der Vergleichslöhne bei der IV-Rentenbemessung" vom 8. Ja- nuar 2021 bloss hervor, dass es lediglich Hinweise darauf gebe, dass das Lohnniveau im Kompetenzniveau 1 für körperlich anstrengendere Tätig- keiten eher höher sei als für körperlich eher weniger anstrengende (S. IV, V, VI, 35 und 38, abrufbar unter: https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2021/CoopRechtsschutz_2021_IV-LSE_GutachtenBASS.pdf, zuletzt besucht am: 24. März 2022). Eine entsprechende Praxisänderung im Sinne einer Abkehr der Bemessung des Invalideneinkommens gestützt auf die Medianlöhne der LSE-Tabellen würde indes – als zentrale Voraus- setzung – eine bessere Erkenntnis des Gesetzeszwecks oder veränderte äussere Verhältnisse voraussetzen (siehe BGE 143 V 269 E.4, 140 V 538 E.4.5 und 138 III 359 E.6.1). Angesichts der seit langer Zeit bestehenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung hinsichtlich der Anwendbarkeit von LSE-Tabellenlöhnen sowie des im Einzelfall nach pflichtgemäßem Er- messen gesamthaft zu schätzenden (leidensbedingten) Abzugs vom Ta- bellenlohn wären an eine solche eher hohe Anforderungen zu stellen. Auf-

- 52 - grund der auch den Einkommensvergleich im Sinne von Art. 16 ATSG be- treffenden Änderungen im Rahmen der Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der Invalidenversiche- rung) ist durch das streitberufene Gericht – jedenfalls im jetzigen Zeitpunkt – nicht voreilig die vom Beschwerdeführer angebehrte, im Ergebnis auf eine Praxisänderung hinauslaufende Anpassung vorzunehmen. Denn im Rahmen der Weiterentwicklung der IV wurde insbesondere Art. 28a Abs. 1 Satz 2 IVG dergestalt geändert, dass der Bundesrat die zur Bemessung der Invaliditätsgrades massgebenden Erwerbseinkommen und die an- wendbaren Korrekturfaktoren umschreibt (siehe BBl 2020 5535). Dabei wurde in der IVV im dritten Abschnitt das Kapitel A.I "Bemessung des In- validitätsgrades" umfassend geändert (siehe AS 2021 706). Gemäss dem per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Art. 26bis Abs. 2 IVV bestimmt sich bei Versicherten ohne anrechenbares Erwerbseinkommen (nach Eintritt der Invalidität) das Einkommen mit Invalidität nach den statistischen Wer- ten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV. Danach sind für die Bestimmung der mass- gebenden Erwerbseinkommen primär die altersunabhängigen und ge- schlechtsspezifischen Zentralwerte (Mediane) der LSE, angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und die Nominal- lohnentwicklung (vgl. Art. 25 Abs. 4 IVV in der ab dem 1. Januar 2022 gül- tigen Fassung), massgebend. Andere statistische Werte können (nur) bei- gezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Insofern erachtet der Verordnungsgeber die Zentralwerte der LSE weiterhin als (primär) massgebend (siehe Medienmitteilung des Bundesrates "Weiterentwicklung der IV tritt am 1.1.2022 in Kraft: Ver- stärkte Unterstützung Betroffener" vom 3. November 2021, abrufbar unter: <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/medi- eninformationen/nsb-anzeigeseite.msg-id-85521.html>, zuletzt besucht am: 24. März 2022). Mit der entsprechenden Gesetzes und Verordnungs- änderung wurde ausserdem beabsichtigt, die bundesgerichtliche Recht- sprechung zu kodifizieren (vgl. Botschaft zur Änderung des Bundesgesetz-

- 53 - zes über die Invalidenversicherung [Weiterentwicklung der IV] vom 15. Fe- bruar 2017, BBl 2017 2535 ff. 2668; Erläuternder Bericht des Bundesam- tes für Sozialversicherungen [BSV] zu den Ausführungsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [Weite- rentwicklung der IV], S. 14, 47 und 52 ff.; vgl. auch Amtliches Bulletin des Nationalrates, Frühjahressession 2019, Fünfte Sitzung vom 7. März 2019 [AB 2019 N 125] sowie Amtliches Bulletin des Ständerates, Herbstsession 2019, Achte Sitzung vom 19. September 2019 [AB 2019 S 801]). Immerhin hat der Bundesrat in der Medienmitteilung vom 3. November 2021 festge- halten, dass das BSV den Auftrag erhalten habe zu prüfen, ob die Ent- wicklung von spezifisch auf die Invalidenversicherung zugeschnittenen Berechnungsgrundlagen möglich sei (siehe wiederum die erwähnte Medi- enmitteilung des Bundesrates vom 3. November 2021, Abschnitt "Klarere Regelung für die Bemessung des IV-Grads"; vgl. zum Ganzen nunmehr auch das zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_256/2021 vom 9. März 2022 E.9 ff.). Mithin ist insgesamt nicht zu be- anstanden, wenn die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Invaliden- einkommens auf den Totalwert der Tabelle TA1 der LSE 2016 für Tätig- keiten auf dem Kompetenzniveau 1 im privaten Sektor für Männer abge- stellt hat. Die LSE 2018 war im Verfügungszeitpunkt am 26. März 2020 noch nicht veröffentlicht (dies geschah erst am 21. April 2020, vgl. BGE 143 V 295 E.2.3, 142 V 178 E.2.5.8.1 und Urteile des Bundesgerichts 8C_202/2021 vom 17. Dezember 2021 E.6.2.1 und 8C_132/2020 vom 18. Juni 2020 E.4.1).

E. 7.3

Bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in leidensangepasster Tätigkeit ergibt sich dabei ein Invalideneinkommen per 2018 bzw. 2019 von CHF 54'192.80 bzw. CHF 54'734.70 (CHF 5'340.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.003995 x 1.01 [x 1.01] x 0.8; umgerechnet auf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden und aufindexiert auf das Jahr 2018 bzw. 2019; siehe IV-act. 229). Zwischendurch sank das Invaliden-

- 54 - einkommen (unter Berücksichtigung von Art. 88a IVV) aufgrund der Arbeitsfähigkeitseinschränkungen infolge der Dupuytren'schen Erkrankung und dem diagnostizierten Karpaltunnelsyndrom vom 1. Juni 2018 bis zum

E. 7.7

% MWST [CHF 793.75] : 3).

- 64 - III. Demnach erkennt das Gericht:

E. 8

Mit Vorbescheid vom 17. Mai 2018 stellte die IV-Stelle A._____ die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Dazu führte sie namentlich aus, dass auf das Gutachten von Dr. med. E._____ nicht abgestellt werden könne, zumal dieser in keinster Weise auf die massivsten Auffälligkeiten gemäss EFL eingegangen sei und seine Arbeitsfähigkeitseinschätzung auf 50 % festlegt habe, ohne auf die Erkenntnisse der EFL zurückzugreifen. Dagegen liess A._____ am 30. Mai 2018 Einwand erheben und daraufhin mitteilen, dass aufgrund des Morbus Dupuytren beidseits und des Karpaltunnelsyndroms im September 2018 eine Untersuchung anstehe, in welcher definitiv entschieden werde, ob eine Operation durchgeführt werde.

E. 8.1

Zudem bemängelt der Beschwerdeführer die Bemessung des Valideneinkommens. Die Beschwerdegegnerin bemass dieses bereits in der Verfügung vom 16. September 2014 anhand des Durchschnitts der im individuellen Konto (nachfolgend IK) abgerechneten Beiträge der Jahre 2006 bis 2010, was einen Betrag von CHF 66'830.-- ergab (siehe IV-act. 69 und 71 S. 4). In der hier angefochtenen Verfügung vom 26. März 2020 stellte sie ebenfalls auf diesen Wert ab und passte ihn der Einkommensentwicklung an, woraus ein Valideneinkommen per 2019 von CHF 69'161.-- resultierte. Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, die Beschwerdegegnerin habe im Jahr 2013 eine eingehende Prüfung verschiedener Finanzdokumente vorgenommen und daraus ein Valideneinkommen von CHF 85'824.07 errechnet. In der Folge sei sie ohne Angabe einer Begründung aber davon abwichen und habe das Valideneinkommen auf CHF 66'830.-- beziffert. Dabei lasse die Beschwerdegegnerin ausser Acht, dass er im Jahr 2007 insgesamt 110 Tage zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei, weshalb der IK-Auszug aus diesem Jahr um den Betrag der Krankentaggelder von CHF 18'081.25 zu erhöhen sei, und im Jahr 2008 eine aussergewöhnliche Situation vorgelegen habe, weil es zu Problemen auf einer Grossbaustelle mit gleichzeitiger Kündigung sämtlicher Mitarbei-

- 55 - ter gekommen sei. Ferner sei er auch in den Jahren 2010 und 2012 50 bzw. 75 Tage krankheitsbedingt arbeitsunfähig gewesen, weshalb jene Jahreseinkünfte um 13.6 % bzw. 20.5 % aufzuwerten seien. Da die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen nicht rechts- und praxiskonform ermittelt habe, sei zumindest auf das im Jahr 2013 errechnete Valideneinkommen von CHF 85'824.07 abzustellen, was nominallohnbereinigt für das

Jahr 2018 ein solches von CHF 89'085.91 ergebe.

E. 8.2

Massgebend für den vorliegenden Fall ist, dass das Valideneinkommen von selbstständig Erwerbenden nach der Rechtsprechung grundsätzlich auf der Basis der Einträge im IK bestimmt werden kann. Denn gemäss Art. 25 Abs. 1 IVV (in der bis am 31. Dezember 2021 gültigen Fassung) gelten als Erwerbseinkommen im Sinne von Art. 16 ATSG grundsätzlich mutmassliche jährliche Erwerbseinkommen, von denen AHV-Beiträge erhoben würden (siehe Urteile des Bundesgerichts 8C_572/2021 vom 19. Januar 2022 E.3.2, 8C_176/2021 vom 18. Mai 2021 E.5.2.3, 8C_328/2020 vom 3. September 2020 E.2.2, 8C_443/2018 vom 30. Januar 2019 E.2.1, 9C_771/2017 vom 29. Mai 2018 E.3.6.1, 8C_576/2008 vom 10. Februar 2009 E.6.2 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVGE] I 316/04 vom 23. Dezember 2004 E.5.1.1). Demnach geht es nicht an, wie vom Beschwerdeführer verlangt, die im IK-Auszug ausgewiesenen Einkommen in den Jahren 2007 und 2010 (das Jahr 2012 ist ohnehin nicht massgebend) im Umfang der erhaltenen Krankentaggelder zu bereinigen bzw. zu erhöhen. Denn nach Art. 25 Abs. 1 lit. a IVV gehören Leistungen des Arbeitgebers für den Lohnausfall infolge Krankheit bei ausgewiesener Arbeitsunfähigkeit nicht zu dem für die Invaliditätsbemessung massgebenden Erwerbseinkommen. Im Übrigen belegt der Beschwerdeführer die von ihm geltend gemachte krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit in den Jahren 2007 und 2010 nicht. Auch aus den Akten ist nicht ersichtlich, dass damals eine längere, insbesondere auf das Rückenleiden zurückzuführende Arbeitsunfähigkeit vorlag, die im Zusam-

- 56 - menhang mit der späteren Invalidität steht (vgl. hierzu EVGE I 657/01 vom 2. Dezember 2002 E.3.1 m.H.a. EVGE vom 9. April 1985, in: ZAK 1986 S. 470 ff. S. 474; Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden [VGU] S 19 101 vom 7. Juli 2020 E.3.3.2). Vielmehr geht aus verschiedenen (fach-)ärztlichen Berichten hervor, dass sich erst im Oktober 2012 ein Rezidiv des chronischen lumboradikulären Schmerzsyndroms L5 bei kleiner Diskushernie zeigte, welches zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führte (vgl. insbesondere rheumatologisches Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 27. Oktober 2015 [IV-act. 106 S. 2 und 13], Arztbericht von Dr. med. B. _____ vom 8. März 2013 [IV-act. 10 S. 1 ff.] sowie asim-Gutachten, Konsensbeurteilung, S. 5, rheumatologisches Teilgutachten, S. 2 und neurologisches Teilgutachten, S. 2).

E. 8.3

Ferner kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden, soweit er vorbringt, das ausserordentlich schlechte Jahr 2008 sei vom Valideneinkommen auszuklammern. Denn nach der Rechtsprechung ist auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen, wenn der zuletzt vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte Verdienst starke und verhältnismässig kurzfristige Schwankungen aufweist (siehe Urteil des Bundesgerichts 8C_572/2021 vom 19. Januar 2022 E.3.2, 8C_329/2021 vom 27. Oktober 2021 E.4.3.2, 9C_651/2019 vom 18. Februar 2020 E.6.2, 9C_225/2019 vom 11. September 2019 E.4.2.1, 9C_14/2019 vom 24. April 2019 E.2.2.2, 8C_443/2018 vom 30. Januar 2019 E.2.1 und 8C_450/2016 vom 6. Oktober 2016 E.3.2.2). Mit anderen Worten sollen mit dem Abstellen auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst gerade starke, bei Selbstständig Erwerbenden aufgrund betrieblicher Umstände oder Einbussen in Erscheinung tretende Schwankungen ausgewogen berücksichtigt werden. Dass die Beschwerdegegnerin einen

Durchschnittsverdienst unter Ein- schluss des Jahres 2008 ermittelte, ist somit nicht zu beanstanden (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 9C_651/2019 vom 18. Februar 2020 - 57 - E.6.2.2 m.H.a. 9C_771/2017 vom 29. Mai 2018 E.3.6.2). Überdies basiert das vom Beschwerdeführer angeführte Valideneinkommen entgegen sei- ner Auffassung nicht auf einer umfassenden Analyse einschlägiger Fi- nanzdokumente, sondern geht auf das im IK-Auszug ausgewiesene Ein- kommen im Jahr 2010 zurück und diente dazumal der "Berechnung Min- derverdienst zwecks Triage EM" (siehe IV-act. 9 und 27).

E. 8.4

Insgesamt hat die Beschwerdegegnerin somit per 2019 in nicht zu bean- standender Weise ein aufindexiertes Valideneinkommen von CHF 69'161.35 ermittelt, was – um die Nominallohnentwicklung bereinigt – per 2018 ein solches von CHF 68'476.60 (CHF 69'161.35 : 1.01) bzw. per 2021 ein Valideneinkommen von CHF 70'091.-- (CHF 69'161.35 x 1.0084 x 1.005) ergibt. 9. Gemäss dem hier anwendbaren Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis am 31. De- zember 2021 gültigen Fassung; vgl. die vorstehenden Erwägungen 2.1 f.) besteht ab einem Invaliditätsgrad von 40 % Anspruch auf eine Viertels- rente, ab 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreivier- telsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Nach der Rechtsprechung sind die ermittelten Werte für den Invaliditätsgrad nach den anerkannten Regeln der Mathematik auf ganze Werte auf- oder abzurunden (siehe BGE 130 V 212 E.3.2, Urteil des Bundesgerichts 8C_575/2018 vom 30. Januar 2019 E.7.1). Daraus ergeben sich für die nachfolgend darge- stellten Zeiträume (unter Berücksichtigung von Art. 88a IVV) die folgenden Invaliditätsgrade und Invalidenrentenansprüche: Für die Zeit vom 1. April 2018 bis zum 31. Mai 2018 liegt der Invaliditätsgrad bei 21 % ($[(CHF\ 68'476.60 - CHF\ 54'192.80) : CHF\ 68'476.60 = 20.86\ %]$), womit der Beschwerdeführer ab dem 1. April 2018 keinen Anspruch auf eine Invali- denrente hat. Ab dem 1. Juni 2018 trat eine Verschlechterung des Ge- sundheitszustands mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ein, weshalb in Berücksichtigung der dreimonatigen Verzögerung gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV ab dem 1. September 2018 (bis zum 30. April 2019) ein An- - 58 - spruch auf eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % besteht ($[(CHF\ 68'476.60 - CHF\ 0.--) : CHF\ 68'476.60 = 100\ %]$). Ab dem ersten 1. Februar 2019 bestand wiederum eine Arbeitsfähigkeit in adap- tierter Tätigkeit von 80 %, wobei gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV vorliegend die Verbesserung mit dreimonatiger Verzögerung greift und ab dem 1. Mai 2019 der Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 21 % ($[(CHF\ 69'161.35 - CHF\ 54'734.70) : CHF\ 69'161.35 = 20.86\ %]$) wie- derum entfällt. Die leichte Verschlechterung des Gesundheitszustandes per August 2021 gemäss asim-Gutachten schlägt sich infolge eines zu ge- ringen Invaliditätsgrads von 26 % ($[(CHF\ 70'091.-- - 52'003.55) : CHF\ CHF\ 70'091.-- = 25.81\ %]$) nicht in einem erneuten Rentenanspruch nieder. 10. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 26. März 2020 insoweit aufzuheben, als der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente vom 1. Septem- ber 2018 bis zum 30. April 2019 verneint wurde. Ihm steht für diesen Zeit- raum eine ganze Invalidenrente zu. Im Übrigen ist die Beschwerde abzu- weisen.

E. 9

Mit Bericht vom 14. September 2018 stellten die Dres. med. H._____ und I._____ folgende Diagnosen: Morbus Dupuytren Strahl V links Stadium II nach Tubiana, Morbus Dupuytren der Strahlen III und IV links Stadium I nach Tubiana, Morbus Dupuytren Strahl III Stadium

I und Strahl IV Stadium N nach Tubiana rechts sowie Karpaltunnelsyndrom beidseits links-

- 5 - betont. Am 17. Oktober 2018 wurde A._____ sodann an der linken Hand operiert (partielle Fasziektomie Dig. V links und Dekompression N. medianus links). Im weiteren Verlauf berichtete Dr. med. I._____ mit Bericht vom 7. März 2019 über eine persistierende Schmerzproblematik und diagnostizierte Narbenbeschwerden, wobei er in prognostischer Hinsicht festhielt, eine Wiedereingliederung sei in den nächsten Monaten bei Besserung der Narbenverhältnisse denkbar. Im Bericht vom 12. Februar 2019 führten die Dres. med. H._____ und I._____ zudem aus, für die Beschwerden der einschlafenden Finger bzw. des Einschlafens des ganzen linken Armes sei die Genese aktuell noch ungeklärt, am ehesten aber im Rahmen der Halswirbelsäulenbeschwerden (HWS-Beschwerden) zu werten. Am 28. Mai 2019 berichteten die Dres. med. J._____ und I._____, dass aktuell sono- und elektroneurographisch sowie klinisch keine Hinweise auf ein Rezidiv oder eine persistierende Kompression des Nervus medianus bestünden. Die Bewegungsamplitude des Dig. V habe sich im Vergleich zum präoperativen Zustand insgesamt gebessert, allerdings persistierte ein gewisses Defizit.

E. 10

In der Folge liess die IV-Stelle A._____ polydisziplinär begutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Handchirurgie, Neurologie, Rheumatologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, wobei zusätzlich eine EFL durchgeführt wurde. Der Auftrag wurde der estimed AG zugeteilt (nachfolgend estimed-Gutachten). Die Untersuchungen fanden im Juli 2019 statt und das estimed-Gutachten wurde am 11. Oktober 2019 erstattet. Darin kamen die Gutachterinnen und Gutachter in der Konsensbeurteilung zum Schluss, es liege ein chronisches lumbovertebrales Syndrom mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor, während unter anderem das chronische cervicovertebrale Syndrom sowie der Morbus Dupuytren der Hände beidseits sowie der St. p. Carpal-tunnelsyndrom-OP links ohne Einfluss darauf seien. Während die bisherige Tätigkeit als Plattenleger nicht

- 6 - mehr ausführbar sei, bestehe in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %.

E. 11

Nachdem RAD-Arzt Dr. med. K._____ in seiner Abschlussbeurteilung vom 4. November 2019 befunden hatte, es könne vollumfänglich auf das estimed-Gutachten abgestellt werden, kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 12. November 2019 an, es bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Dagegen liess A._____ am 13. Dezember 2019 Einwand erheben, woraufhin die IV-Stelle eine ergänzende Stellungnahme zum Gutachten bei der estimed AG einholte, die am 3. März 2020 erstattet wurde. Darin nahm Prof. Dr. med. L._____ zu der im Einwand erhobenen Kritik am Gutachten sowie zu den durchgeführten beruflichen Massnahmen und dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. E._____ Stellung. Dazu liess sich A._____ am 18. März 2020 vernehmen.

E. 11.1

Gemäss Art. 61 lit. fbis ATSG in Verbindung mit Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von

CHF 200.-- bis CHF 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein sehr hoher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf CHF 1'000.-- fest. Bei diesem Prozessausgang, bei welchem im Vergleich zur angefochtenen Verfügung und dem beschwerdeführerischen Rechtsbegehren nur ein zeitlich befristeter Rentenanspruch zugesprochen wird, rechtfertigt es sich, die Gerichtskosten zu einem Drittel und somit im Betrag von CHF 333.-- der Be-

- 59 - schwerdegegnerin und zu zwei Dritteln und damit im Restbetrag von CHF 667.-- dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (vgl. VGU S 21 76 vom 26. Oktober 2021 E.10, S 19 22 vom 7. April 2020 E.6.1 und S 19 9 vom 15. April 2020 E.10; vgl. ferner Urteil des Bundesgerichts 9C_810/2010 vom 19. September 2011 E.5 sowie zur Massgeblichkeit des kantonalen Verfahrensrechts betreffend die Kostenaufteilung: BGE 137 V 57 E.2.2, Urteile des Bundesgerichts 8C_176/2020 vom 9. April 2021 E.3, 9C_254/2018 vom 6. Dezember 2018 E.2.1 und 8C_304/2018 vom 6. Juli 2018 E.4.2.1 sowie PVG 2020 Nr. 7).

E. 11.2

Ausserdem ist über die Kosten des eingeholten polydisziplinären Gerichtsgutachten der asim vom 31. Dezember 2021 zu befinden.

E. 11.2.1

Diesbezüglich ist zu beachten, dass gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung des Sachverhalts durch einen unabhängigen Sachverständigen übernimmt, wenn er die Massnahme angeordnet hat oder wenn diese für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich war. Dazu zählen nach Lehre und Rechtsprechung auch Gerichtsgutachten, die das Gericht einholen musste, weil die Abklärungen des Versicherers nicht ausreichend für die sachgerechte Beurteilung waren (vgl. BGE 143 V 269 E.6.2.1, 139 V 496 [= Die Praxis 3/2014 Nr. 32] E.4.4 und 137 V 210 E.4.4.2; KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 45 Rz. 27 ff.). Voraussetzung für die Auferlegung der Kosten an die Verwaltung ist, dass ein Zusammenhang besteht zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen (siehe BGE 143 V 269 E.3.3 und 139 V 496 E.4.4). Dies trifft namentlich zu bei einem manifesten Widerspruch zwischen den verschiedenen ärztlichen Beurteilungen, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, wenn zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet geblieben sind oder auf eine Expertise abgestellt wurde, welche den Anforderungen an den Beweiswert ärztlicher Gutachten nicht genügte (vgl.

- 60 - VGU S 20 15 vom 1. Dezember 2020 E.9.1 und S 18 60 vom 6. August 2020 E.11 m.H.a. BGE 140 V 70 E.6.1). Letzteres lag im vorliegenden Fall aus den bereits in der vorstehenden Erwägungen 5.6.2 ff. eingehend erläuterten Mängel des estimated-Gutachtens vom 11. Oktober 2019 bzw. dessen Ergänzung vom 3. März 2020) zweifellos vor. Insofern rechtfertigt es sich aufgrund des seitens der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Verwaltungsverfahrens begangenen Untersuchungsmangels, die Kosten für das Gerichtsgutachten grundsätzlich der Beschwerdegegnerin zu überbinden.

E. 11.2.2

Streitig ist jedoch insbesondere, in welcher Höhe dies zu erfolgen hat. Die Beschwerdegegnerin ist dabei mit der Rechnung der asim vom 13. Januar 2022 über CHF

26'033.95 nicht einverstanden und macht geltend, es sei nicht ansatzweise ersichtlich, weshalb die Kosten des Gerichtsgutachtens mehr als das Doppelte der üblicherweise zu verrechnenden Kosten gemäss dem zwischen dem BSV und den MEDAS vereinbarten Tarif von CHF 12'290.-- sowie mehr als das vereinbarte Kostendach von CHF 22'967.50 betragen soll.

E. 11.2.3

Vorab ist festzuhalten, dass vorliegend das Kostendach von CHF 22'967.50 ausweislich der Rechnung der asim vom 13. Januar 2022 nicht überschritten, sondern voll ausgeschöpft wurde (vgl. dazu die Rechnungsdetails der asim: Fallführung 14 Stunden à CHF 385.-- [CHF 5'390.--] + Rheumatologie 10 Stunden à CHF 385.-- [CHF 3'850.--] + Neurologie 10 Stunden à CHF 385.-- [CHF 3'850.--] + Handchirurgie 8.5 Stunden à CHF 385.-- [CHF 3'272.50] + Psychiatrie 13 Stunden à CHF 385.-- [CHF 5'005.--] + Administrationspauschale von CHF 1'600.-- = CHF 22'967.50). Hinzu kamen – wie im Auftrag des Verwaltungsgerichts vom 9. Juli 2021 aufgeführt (siehe act. D18) – zusätzliche Kosten für Labor und Diagnostik sowie für die Übersetzung, welche denn auch gemäss dem von der Beschwerdegegnerin angeführten Anhang 2 der (Muster-)Vereinbarung zwischen dem BSV und den MEDAS separat zu vergüten sind. Diese

- 61 - betragen vorliegend gemäss Rechnung der asim vom 13. Januar 2022 insgesamt CHF 3'066.45.

E. 11.2.4

Die Beschwerdegegnerin beruft sich für ihre Argumentation auf BGE 143 V 269. Darin hat das Bundesgericht mit Blick auf die fehlende gesetzliche Grundlage die bisherige Rechtsprechung insoweit aufgegeben, als die kantonalen Versicherungsgerichte und das Bundesverwaltungsgericht nicht mehr an den Tarif gemäss Anhang 2 der (Muster-)Vereinbarung zwischen dem BSV und den MEDAS gebunden sind. Das bedeutet, dass die IV-Stellen im Rahmen der mit BGE 139 V 496 umschriebenen (und mit BGE 140 V 70 bestätigten) Grundsätze für die gesamten Kosten des Gerichtsgutachtens aufzukommen haben (E.7.2). Der vom BSV mit den MEDAS vereinbarte Tarif kann immerhin als Richtschnur dienen, an der sich die Beteiligten zu orientieren haben. Insofern wären die Gründe darzulegen, weshalb im konkreten Fall die im betreffenden Tarif vorgesehenen Pauschalen nicht genügen (E.7.3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich in einem Gerichtsverfahren für die Gutachtenden erfahrungsgemäss in aller Regel komplexere Fragen stellen und insbesondere weit umfangreichere Akten zu bewältigen sind als auf Stufe Verwaltungsverfahren; meistens liegen zudem in dieser Verfahrensphase bereits gutachterliche Stellungnahmen vor, die ihrerseits gerade Anlass zum Gerichtsgutachten geben und die in diesem besonders einlässlich zu verarbeiten sind (E.6.2.3.2). Vorliegend liegen gute Gründe vor, um über den für vier Spezialisten neben der Fallführung vorgesehenen Tarif von CHF 12'290.-- (vgl. Anhang 2 der [Muster-]Vereinbarung zwischen dem BSV und den MEDAS) hinauszugehen. So führte bereits die asim mit Schreiben vom 10. Januar 2021 an, dass bei einem Gerichtsgutachten, wie dem vorliegenden, eine Auseinandersetzung mit den strittigen Vorgutachten stattfinden muss (vgl. act. D15). Im hier zu beurteilenden Fall lagen mit dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. E._____ vom 27. Oktober 2015 (einschliesslich

- 62 - erfolgter EFL) und dem ausführlichen estimated-Gutachten vom 11. Oktober 2019 samt ergänzender Stellungnahme vom 3. März 2020 sowie durchgeführter EFL mehrere

Vorbegutachtungen vor, welcher neben den Ergebnissen aus der berufspraktischen Eingliederung einer eingehenden Auseinandersetzung und Beurteilung bedurften. Dabei stellten sich komplexe Fragen, welche sich denn auch in den vom Beschwerdeführer angebrachten Zusatzfragen niederschlugen, und deren Beantwortung aufgrund der umfangreichen Akten ein aufwändiges Aktenstudium erforderten. Hinzu kommt, dass die asim-Gutachterin und Gutachter neben der Erhebung der klinischen Befunde insbesondere bildgebende und laborchemische Untersuchungen veranlasst haben und weitere Recherchen im Sinne der Einholung fremdanamnestischer Auskünfte und weiterer bildgebender Befunde, welche vom streitberufenen Gericht ediert wurden, anstellten. Das asim-Gutachten vom 31. Dezember 2021 weist entsprechend einen hohen Detaillierungsgrad auf. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin in einem anderen Verfahren vor dem Verwaltungsgericht, in welchem ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten bei der asim in vier Fachdisziplinen neben der Fallführung eingeholt wurde, gegen das damals vereinbarte, ebenfalls massgeblich über dem Tarif von CHF 12'290.-- gelegene Kostendach nicht opponiert hatte (vgl. VGU S 18 72 vom 5. Oktober 2021 Sachverhalts-Ziffer 22 und E.7.2). Bei einer gesamthaften Betrachtungsweise rechtfertigt es sich daher, der Beschwerdegegnerin im vorliegenden Verfahren neben den Kosten für das Labor bzw. die Diagnostik sowie für die Übersetzung in der Höhe von CHF 3'066.45 die Kosten für das Gerichtsgutachten der asim vom 31. Dezember 2021 im Betrag von CHF 18'500.--, d.h. insgesamt von CHF 21'566.45, zu überbinden. Der Restbetrag von CHF 4'467.50 wird auf die Gerichtskasse genommen.

E. 11.3

Der Beschwerdeführer hat gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG im Umfang seines Obsiegens Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu Lasten der Be-

- 63 - schwerdegegnerin. Sein Rechtsvertreter macht in seiner aktualisierten Honorarnote vom 7. März 2022 ein Honorar von CHF 12'173.35 (41.7 Stunden à CHF 260.-- zzgl. Auslagen [CHF 461.--] und 7.7 % MWST [CHF 870.35]) geltend. Dabei ist zu berücksichtigen, dass praxisgemäss bei Nichteinreichung einer Honorarvereinbarung der in der Kostennote geltend gemachte Stundenansatz, höchstens aber ein Stundenansatz von CHF 240.--, übernommen wird, und die Spesen maximal im Umfang von 3 % des festgelegten Honorars nach Zeitaufwand pauschal zugesprochen werden (siehe etwa VGU S 20 55 vom 10. November 2020 E.6.2, S 18 81 vom 18. Februar 2020 E.7.1 und S 17 70 vom 20. November 2018 E.8.3). Unter Berücksichtigung des Obsiegens im Umfang von einem Drittel beläuft sich die Parteientschädigung daher auf CHF 3'700.70 (41.7 Stunden à CHF 240.-- [CHF 10'008.--] zzgl. 3 % Auslagen [CHF 300.25] und

E. 12

Mit Verfügung vom 26. März 2020 schloss die IV-Stelle die beruflichen Massnahmen aus Verhältnismässigkeitsgründen ab, da intensive Bemühungen im Rahmen einer fast zweijährigen Begleitung getätigt worden seien. Gleichentags beschied sie, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. Dabei legte sie das Valideneinkommen auf CHF 69'161.-- fest und erachtete A. _____ in einer adaptierten Tätigkeit seit mindestens dem Jahr 2017 zu 80 % arbeitsfähig, wobei sie gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE (Kompetenzniveau 1, Totalwert, Männer) ein Invalideneinkommen von CHF 54'735.-- errechnete. Daraus ergab sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 20.85 %.

E. 13

Gegen den Rentenentscheid liess A. _____ (nachfolgend Beschwerdeführer) am 12. Mai 2020 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden erheben und neben der Aufhebung der angefochtenen Verfügung beantragen, ihm sei rückwirkend eine angemessene Invaliden-

- 7 - rente zuzusprechen. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, weder das estimed-Gutachten vom 11. Oktober 2019 noch die Ergänzung von Prof. Dr. med. L. _____ vom 3. März 2020 seien beweiskräftig, da sie aus diversen Gründen mangelhaft seien. Zudem sei das Valideneinkommen gestützt auf die im Jahr 2013 vorgenommenen Analysen der Steuerunterlagen zu bemessen.

E. 14

Die IV-Stelle (nachfolgend Beschwerdegegnerin) schloss in der Vernehmung vom 27. Mai 2020 auf Abweisung der Beschwerde und vertiefte ihre Begründung in der angefochtenen Verfügung zum Valideneinkommen und zur Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit punktuell. Am 4. Juni 2020 hielt der Beschwerdeführer replicando an seinen Anträgen fest. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 9. Juni 2020 auf die Einreichung einer Duplik. Der Beschwerdeführer reichte mit der Honorarnote seines Rechtsvertreters am 11. September 2020 eine weitere Stellungnahme ein.

E. 15

Am 27. Oktober 2020 kam das Gericht zum Schluss, in einem ersten Schritt bei den Verfahrensbeteiligten abzuklären, ob sie bereit wären, an Vergleichsverhandlungen im Rahmen einer Referentenaudienz teilzunehmen. Für den Fall, dass dies verneint werde, beschloss das Gericht, in einem zweiten Schritt ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten in den Fachdisziplinen Neurologie, Rheumatologie, Handchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie allenfalls weitere Disziplinen einzuholen. Nachdem die Parteien die Durchführung einer Referentenaudienz abgelehnt hatten, teilte die Instruktionsrichterin ihnen mit Schreiben vom 18. Januar 2021 mit, dass das Gericht beabsichtige, ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten bei der Begutachtungsstelle asim, Academy of Swiss Insurance Medicine, einzuholen. Die Instruktionsrichterin gab den Parteien Gelegenheit, zum vorgesehenen Begutachtungsauftrag an die asim sowie zum beigelegten Fragenkatalog Stellung zu nehmen und allfällige Ergänzungsfragen einzureichen. Mit Schreiben vom 22. Januar 2021 teilte die Beschwerdegegnerin mit, dass sie mit dem Fragenkatalog einverstanden sei und keine

- 8 - Ergänzungsfragen habe. Der Beschwerdeführer reichte mit Eingabe vom 5. Februar 2021 verschiedene Ergänzungsfragen ein, welche in den Fragenkatalog aufgenommen wurden.

E. 16

Nachdem sich die Parteien mit der asim als Begutachtungsstelle einverstanden erklärt hatten, gab die Instruktionsrichterin ihnen am 18. März 2021 das gestützt auf die Angaben der asim ermittelte Kostendach (zuzüglich Labor und Diagnostik sowie Dolmetscher) sowie die Namen der begutachtenden Fachärztinnen und -ärzte bekannt und gab ihnen Gelegenheit, allfällige Ausstands- oder Ablehnungsgründe geltend zu machen und zu den Kosten Stellung zu nehmen. Mit Schreiben vom 6. April 2021 teilte die Beschwerdegegnerin mit, mit dem Kostenvoranschlag nicht einverstanden zu sein. Dazu nahm die asim am 10. Mai 2021 Stellung. Am 9. Juni 2021 beauftragte die

Instruktionsrichterin die asim mit der Erstellung eines polydisziplinären Gerichtsgutachtens anhand der ihr bereits im Vorfeld zustellten Unterlagen (Akten und Fragenkatalog).

E. 17

Am 8. Juli 2021 zeigte die asim aufgrund eines unfallbedingten Ausfalls einen Wechsel der begutachtenden Fachperson für das neurologische Teilgutachten an, gegen den die Parteien mit Eingaben vom 12. bzw. 15. Juli 2021 keine Einwände erhoben.

E. 18

Am 26. August 2021 gelangte die asim mit der Bitte um Zustellung der vorhandenen MRI-Bilder und -Befunde der Radiologiepraxis R._____ seit 2012 an das Gericht. Diesem Begehren wurde – nach Einholung einer Entbindungserklärung des Beschwerdeführers und entsprechender Edition – am 9. September 2021 Folge geleistet.

E. 19

Am 31. Dezember 2021 (Poststempel 7. Januar 2022) erstattete die asim das polydisziplinäre Gerichtsgutachten (nachfolgend asim-Gutachten), das den Parteien in der Folge zur Stellungnahme zugestellt wurde.

- 9 -

E. 20

Die Beschwerdegegnerin teilte mit Schreiben vom 27. Januar 2022 mit, dass sie an ihren Anträgen gemäss ihrer Vernehmlassung vom 27. Mai 2020 festhalte. Das eingeholte Gerichtsgutachten bestätige grundsätzlich das estimed-Gutachten vom 11. Oktober 2019. Zu der von den asim-Gutachtern ausgewiesenen vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit auch in adaptierten Tätigkeiten aufgrund der Dupuytren'schen Erkrankung prä- und postoperativ von Juni 2018 bis ca. Ende Januar 2019 sei festzuhalten, dass die Indikation zur Operation gemäss Arztbericht vom 14. September 2018 bereits am 21. Juni 2018 gegeben gewesen sei, der Beschwerdeführer zu jenem Zeitpunkt den Eingriff jedoch noch nicht habe durchführen lassen wollen. Daraus ergebe sich zweifelsfrei, dass die prä-operative Zeit aus invaliditätsfremden Gründen derart lang gewesen sei. Mithin sei davon auszugehen, dass aufgrund der Operation lediglich post-operativ eine kürzere vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bestanden habe und dass die Rehabilitation innerhalb von drei Monaten beendet gewesen sei, somit keine wesentliche Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit von mehr als drei Monaten ausgewiesen sei. Damit stehe dem Beschwerdeführer auch vorübergehend keine Rente zu. Zudem sei sie nach wie vor nicht mit der Rechnung der asim vom 31. Dezember 2021 (recte 13. Januar 2022) einverstanden.

E. 21

Mit Eingabe vom 15. Februar 2022, bereits in Kenntnis der Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 27. Januar 2022, kritisierte der Beschwerdeführer das Gerichtsgutachten der asim hinsichtlich der Konsensbeurteilung und des rheumatologischen Teilgutachtens. Zusammenfassend führte er aus, dass leider auch das Gerichtsgutachten die von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an den Beweiswert ausgerechnet hinsichtlich der Bemessung des Grads der Arbeitsfähigkeit in leistungsgerechter Tätigkeit nicht erfülle. Die Gutachterin und Gutachter der asim hätten

die offensichtliche und erhebliche Diskrepanz zwischen ihrer medizinischen Einschätzung der Leistungsfähigkeit und der Leistung, wie

- 10 - sie während der ausführlichen, langjährigen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz des Beschwerdeführers effektiv realisiert worden und gemäss der Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar sei, nicht stichhaltig erklären können. Im Gegenteil hätten sie sich einzig auf die These gestützt, demgemäss der Beschwerdeführer sich über Jahre hinweg selbstlimitiert haben soll, was indessen nicht belegt und nicht mit der Entwicklung gemäss dem rheumatologischen Teilgutachten vereinbar sei. Daher sei eine klärende medizinische Stellungnahme unabdingbar, was beantragt werde. Gestützt auf den in der Analyse der interdisziplinären Arbeitsgruppe "Tabellenlöhne LSE" bemessenen Durchschnittslohn in der Kategorie Kompetenzniveau 1 "light" resultiere bei einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % ein Invaliditätsgrad von 68 %. Zudem habe aufgrund der Dupuytren'schen Erkrankung ab Juni 2018 bis ca. Ende Januar 2019 für acht Monate eine dauernde volle Arbeitsunfähigkeit auch in leidensadaptierter Tätigkeit bestanden, weshalb ihm für diesen Zeitraum eine ganze Rente zustehe. Selbst bei Annahme einer Restarbeitsfähigkeit von 75 % resultierte ein Invaliditätsgrad von 52 % und damit ein Rentenanspruch.

E. 22

Dazu nahm die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 25. Februar 2022 in ablehnender Weise Stellung. Mit Eingabe vom 7. März 2022 hielt der Beschwerdeführer an seinen bisherigen Ausführungen fest. Auf die weiteren Vorbringen der Parteien in den Eingaben, die angefochtene Verfügung vom 26. März 2020 sowie die weiteren Akten wird, sofern erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. II. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 11 - 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 26. März 2020. Eine solche Anordnung, die laut Bundesrecht der Beschwerde an das Versicherungsgericht am Ort der verfügenden IV-Stelle unterliegt, kann beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden als das örtlich und sachlich zuständige Versicherungsgericht angefochten werden (vgl. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRG; BR 370.100] i.V.m. Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] sowie Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Als formeller und materieller Verfügungsadressat ist der Beschwerdeführer von der angefochtenen Verfügung unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung. Er ist somit zur Beschwerdeerhebung legitimiert (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 38 f. sowie Art. 61 lit. b ATSG). Darauf ist somit einzutreten.

E. 26

Juni 2014 geäussert und ihre Position dazu dargelegt (siehe IV-act. 69 S. 3).

- 14 -

E. 30

September 2017 gemacht. Es habe sich um eine 50%ige Tätigkeit gehandelt, nach wie vor belastend mit Anreise. Der Beschwerdeführer habe häufige Schmerzen im Rücken und zum

Teil in den Beinen beklagt. Eine Aussicht auf eine Festanstellung habe weiterhin nicht bestanden, da die Verlegung der Firma ins Ausland aus wirtschaftlichen Gründen geplant gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe in diesem Praktikum insgesamt

- 34 - anderthalb Jahre zu 50 % jeweils vormittags gearbeitet. Die Leistungsfähigkeit während der Anwesenheit sei bei 100 % geblieben (volle Leistungsfähigkeit während der Arbeit; siehe auch IV-act. 144 S. 1 f. und IV-act. 168 S. 1 f.). Subjektiv limitierend seien ebenfalls die Rückenschmerzen gewesen, wie beim vorherigen Praktikum. Eine stets hohe Arbeitsleistung von 100 % bei 50%iger Präsenz könne auch hier zeigen, dass während der Arbeit die Leistungsfähigkeit schmerzbedingt nicht relevant eingeschränkt gewesen sei. Zusammenfassend wiesen diese sämtlichen Aspekte – neben den strukturellen (degenerativen Läsionen der Wirbelsäule, welche aber klinisch keine relevanten anhaltenden Kompressionen neuraler Strukturen verursachten) und den funktionellen (diffusen myotendinotischen Verspannungen der paravertebralen Muskulatur) Faktoren – auch darauf hin, dass sich eine zusätzliche maladaptive Komponente schon früher etabliert haben dürfte, welche nicht verneint werden dürfe (asim-Gutachten, rheumatologisches Teilgutachten, S. 17; vgl. wiederum auch die psychiatrische Beurteilung im asim-Gutachten, psychiatrisches Teilgutachten, S. 18 f. und 21 f.)).

E. 31

Januar 2019 auf CHF 0 für den Zeitraum vom 1. September 2018 bis zum 30. April 2019. Ab August 2021 bestand infolge der altersentsprechenden (leichten) Zunahme degenerativer Veränderungen noch eine Arbeitsfähigkeit von 75 % in einer Verweistätigkeit, was ein in Berücksichtigung der effektiven Nominallohnentwicklung für das Jahr 2020 von 0.84 % sowie einer geschätzten Nominallohnentwicklung für das Jahr 2021 von 0.5 % ein Invalideneinkommen von CHF 52'003.55 ($\text{CHF } 5'340.-- \times 12 : 40 \times 41.7 \times 1.003995 \times 1.01 \times 1.01 \times 1.0084 \times 1.005 \times 0.75$) ergibt.

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