

NW_GERICHTE SV 24 27 vom 16. Dezember 2024

NW Gerichte, 2024-12-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_SV 24 27](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_SV_24_27)

FR: NW_GERICHTE SV 24 27 du 16 décembre 2024

IT: NW_GERICHTE SV 24 27 del 16 dicembre 2024

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Die Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle Nidwalden vom 23. August 2024, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Die sachliche Zuständigkeit obliegt der Sozialversicherungsabteilung (Art. 57 ATSG [SR 830.1] i.V.m. Art. 39 GerG [NG 261.1]), welche in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 33 Ziff. 2 GerG). Der Beschwerdeführer hat als Adressat der angefochtenen Verfügung ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Nachdem auch Frist und Form (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 1.2

Mit der Gesetzesnovelle «Weiterentwicklung der IV» traten per 1. Januar 2022 diverse neue Bestimmungen im ATSG, im IVG sowie in der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft. Namentlich wurde das abgestufte Rentenmodell durch ein stufenloses System ersetzt. In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 148 V 174 E. 4.1; 144 V 210 E. 4.3.1). Nicht massgeblich ist der Zeitpunkt der Rentenzusprache. Ein allfälliger Rentenanspruch des Beschwerdeführers wäre vor dem 31. Dezember 2021 entstanden, weshalb auf die bis zum 31. Dezember 2021 geltenden materiellrechtlichen Bestimmungen abzustellen ist (so auch: Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab dem 1. Januar 2022, Rz. 9101). Sie werden im Folgenden denn auch in dieser Fassung zitiert. In ihrer revidierten Form zitierte Bestimmungen werden entsprechend hervorgehoben.

5■23

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn

sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: (a) ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können; (b) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und (c) nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 2.3

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Darüber hinaus bilden ärztliche Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

6■23 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 die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b; vgl. auch BGE 135 V 465 E. 4.4 f.). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle

Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, Urteil des Bundesgerichts 9C_847/2014 vom 25. März 2015 E. 2.2.1 je mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt hingegen nicht derselbe Beweiswert. Sie sind aber insoweit zu berücksichtigen, als nicht auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.7). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt. Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche 7 Einschätzungen letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2).

E. 2.4

Nach dem im Sozialversicherungsprozess geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist ein bestimmter Sachverhalt nicht bereits dann bewiesen, wenn er bloss möglich ist; hingegen genügt es, wenn das Gericht aufgrund der Würdigung aller relevanten Sachumstände, mithin nach objektiven Gesichtspunkten, zur Überzeugung gelangt ist, dass er der wahrscheinlichste aller in Betracht fallenden Geschehensabläufe bei zwei möglichen Sachverhaltsvarianten: die wahrscheinlichere ist und zudem begründeterweise angenommen werden darf, dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern (u.a. Urteil des Bundesgerichtes 9C_717/2009 vom 20. Oktober 2009 E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

E. 2.5

Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bilden die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens (vorliegend die Verfügung vom 23. August 2024) massgeblichen tatsächlichen Verhältnisse (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Später eingetretene Tatsachen sind soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Soweit sich während des Verfahrens einbeziehungsweise nachgereichte Arztberichte zum Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses äussern oder bereits bei den Akten liegende Berichte erläutern und ergänzen, sind auch diese Berichte in die Beurteilung einzubeziehen (BGE 130 V 138 E. 2.1 m.w.H.).

E. 3.1

In der den Vorbescheid bestätigenden Verfügung vom 23. August 2024 hielt die IV-Stelle fest, dass mittels den LSE-Tabellenlöhnen zu ermittelnde Valideneinkommen belaufe sich auf jährlich Fr. 65'815.–. Gestützt auf das ZMB-Gutachten sei dem Versicherten trotz der bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen die Ausübung von körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelasteten beruflichen Tätigkeiten mit vorwiegender Möglichkeit auch zu sitzen (ohne repetitive Halte- oder Überkopparbeiten, ohne repetitivem

Treppengehen, Knien oder kauern

8■23 und ohne Zwangshaltung der Wirbelsäule) vollzeitlich mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30% möglich und zumutbar. Die wiederholte Begutachtung (Bericht vom 23. Mai 2024) habe ein im Vergleich zum ersten gutachterlichen Bericht vom 30. Mai 2023 in Bezug auf die Diagnosen/Befunde sowie die Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit beruflicher Tätigkeit identisches Bild gezeigt. Die abweichende Meinung des Hausarztes vermöge daran nichts zu ändern. Somit sei es ihm möglich und zumutbar ein jährliches Einkommen von Fr. 46'071.– zu erzielen (70% von Fr. 65'815.–). Eine Gegenüberstellung des Validen- und Invalideneinkommens ergebe einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 30%, weshalb das Gesuch abgelehnt werden müsse (IV-act. 187).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer bemängelt die gutachterliche AUF-Einschätzung (nachfolgende E. 5) und verlangt die Gewährung eines Leidensabzugs (E. 6). Ferner meint er, die Sache sei zur Prüfung weiterer beruflicher Massnahmen an die IV-Stelle zurückzuweisen (E. 8).

E. 4

Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. In der Folge werden indessen lediglich jene wiedergegeben, die sich nach Auffassung des Gerichts für die Beurteilung der Sache als relevant erweisen.

E. 4.1

Auf Anfrage der IV-Stelle nach Anmeldungseingang berichtete die Hausärztin Dr. med. B. ___ dieser am 14. Januar 2020 (IV-act. 27), der Versicherte befinde sich bei ihr seit dem 12. Juni 2006 1-2 mal monatlich in Behandlung. Aktuell sei er seit dem 22. Juli 2019 100% arbeitsunfähig, wegen invalidisierenden Rückenschmerzen thorakolumbal, konstitutioneller Hyperlaxizität, Vd. a. Ehler Danlos-Syndrom (in Abklärung). In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit wäre er 30-50% arbeitsfähig. Die Prognose zur Eingliederung sei gut, da der Wille des Patienten da sei. Limitierend seien dabei die körperlichen Einschränkungen. Für den objektiven Befund verwies die Hausärztin auf einen beiliegenden Bericht des Rheumatologen Dr. med. C. ___. Als Diagnosen berichtete dieser:

9■23 1. Unspezifisches thorakolumbales Schmerzsyndrom – RF: Adipositas, BMI 30.9 kg/md, muskuläre Dekonditionierung und Dysbalance, Fehlhaltung, konstitutionelle Hyperlaxizität – MRT BWS und LWS nativ vom 23.08.2019 (im Hause): leichte thorakolumbale Skoliose, keine Listhese, keine degenerativen Veränderungen, keine Myelopathie oder Neuroaffektion, kein Reizzustand – Aktuell: adäquate Symptomkontrolle unter NSAR (Arcoxia®) 2. St. n. talokalkaneärer Arthrodesese bds., 2014 Der Rheumatologe hielt fest, dass unter konsekutiver Analgesie eine adäquate Kontrolle des lumbalen Schmerzsyndroms mit subjektiver Symptombesserung um 56-60% erreicht werden können. Der Versicherte wünsche zunächst die Shiatsu-Methode (eine Art der manuellen Therapie) auszuprobieren und dann eine aktive muskelaufbauende Physiotherapie zu beginnen. Unter einer dem Rückenleiden angepassten Tätigkeit sei eine 100%-Arbeitsfähigkeit zu erwarten.

E. 4.2

Der Sprechstundenbericht der Universitätsklinik Balgrist vom 14. September 2020 (IV-act. 82) hält als Diagnosen fest: 1. Bindegewebsschwäche und Hypermobilität DD: Hypermobiler Form des Ehlers Danlos Syndroms – Beighton-Score 6/9 – Abklärungen der Familienmitglieder hinsichtlich hypermobiler EDS zurzeit noch ausstehend 2. Ausgeprägtes thorakolumbales Schmerzsyndrom 3. St. n. talocalcaneärer Arthrodesen beidseits 2014, Klinik St. Anna Luzern Aufgrund der Untersuchung könne eine Hypermobilität klar bestätigt werden. Bereits im Kinderspital sei ein Beighton-Score von 5 dokumentiert. Insgesamt passe der Symptomkomplex sehr gut zu einer hypermobilen Form eines Ehlers Danlos Syndroms. Zur definitiven Diagnose müsste man formell noch eine positive Familienanamnese haben. Die berufliche Belastbarkeit sei unabhängig davon zu beurteilen. Aufgrund der Hypermobilität und der Gelenksbeschwerden, welche objektivierbar seien, könne der Patient seinen gelernten Beruf als Koch sowie der letzte durchgeführte Beruf als Monteur klar nicht mehr durchführen. Der Wunsch des Patienten für eine berufliche Umschulung sei zu unterstützen. Dabei wäre eine wechselbelastete Tätigkeit vorteilhaft.

10■23

E. 4.3

Der neue Hausarzt des Versicherten, Dr. med. D. __, berichtete der IV-Stelle am 23. Dezember 2021 (IV-act. 119), dass dieser wegen seiner gesundheitlichen Störung den Fokus kaum zwei Stunden aufrechterhalten könne. In Frage käme eine sitzende, PC-orientierte Tätigkeit, vielleicht 1-2 mal jeweils 1-2 Stunden täglich. Der Gesundheitszustand und die Befunde seien unverändert, seit Jahren.

E. 4.4

Das ZMB erstattete am 20. Mai 2023 ihr MEDAS-Gutachten (IV-act. 140). Zuzufolge eines technischen Problems bzw. fehlenden Audioaufzeichnung zu zwei Teilbegutachtungen ordnete die IV-Stelle auf Einwand des Versicherten hin die Wiederholung dieser Begutachtung an. Deren Resultate blieben unverwertbar (IV-act. 160 f.).

E. 4.5

Auf Wunsch seines Patienten reichte dessen Hausarzt Dr. med. D. __ der IV-Stelle am 20. Oktober 2023 eine Stellungnahme ein (IV-act. 155). In dieser hält er fest, der Versicherte habe, wie aus seiner Dokumentation hervorgehe, eine seit seiner Adoleszenz bestehende Leidensgeschichte, die zu den unterschiedlichen therapeutischen Versuchen geführt habe. Viele davon mit iatrogenen unglücklichen NW, e.g. abnormalen Leberwerten, Gastritiden, mit der Tendenz zur Abhängigkeit von Narkotika, Gewichtszunahme etc. Im Moment habe er eine zufriedenstellende Kontrolle seiner Schmerzen, allerdings nicht ohne entsprechende Medikation. Was auch immer der Grund für die Schmerzen des Versicherten sei, darüber sei im Moment niemand im Klaren, sie müssten symptomatisch behandelt werden und die Nebenwirkungen müssten in Kauf genommen werden, wenn auch dadurch seine Leistungsfähigkeit stark gemindert werde. Er sei motiviert, Teilzeit zu arbeiten. Der Invaliditätsgrad von unter 40% sei für ihn, den Hausarzt, unverständlich, wenn der Versicherte seit Jahren nie mehr als 20% gearbeitet habe. Die Befunde des ZMB seien «mit Bedacht zu akzeptieren, da von dort her ein unvollständiges Bild des Zustandes [des Versicherten] gemalt werde».

E. 4.6

Nachdem sie schon das erste MEDAS-Gutachten (IV-act. 140) verantworteten, stellen der fall- führende Psychiater Dr. med. E.___, Internist Dr. med. F.___, Rheumatologe Dr. med. G.___ und Neuropsychologe lic. phil. H.___ in ihrer Konsensbeurteilung des Neugutachtens des ZMB vom 23. Mai 2024 (IV-act. 170) als Diagnosen:

11■23 Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: – Histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4) mit – Anhaltender somatoformer Schmerzstörung (F45.4) bei – Ereignissen in der Kindheit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge haben (Z61.3) (Adipositas in der Kindheit und Scheidung der Eltern in der Kindheit) – Hypermobilitätssyndrom (M35.7) mit – vorwiegender Manifestation am Bewegungsapparat mit Arthralgien an Wirbelsäule und peripheren Gelenken inklusive Knick-Senk- und Spreizfüssen mit Hallux varus rechts – Zusätzlich statisch bedingtes Panvertebralsyndrom bei Hyperkyphose (Scheuermann, M42.1) sowie deutlicher linkskonvexer Skoliose (M41.3) bei Beckentiefstand links – Restbeschwerden bei Stauts nach Talocalcaneanear-Arthrodesen bei Coalitio talocalcaneare beidseits 06/2014 und 01/2015 mit Schraubenentfernung rechts 01/2015 und links 09/2015 (M96.9) Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: – Palpitationen (ICD 10 R00.2) • 24-Stunden-EKG 12.03.2024: Keine klinisch relevanten Rhythmusstörungen, Nebenbefund AV-Block I – Malcompliance, anamnestisch – St. n. Refluxösophagitis 03/2022 (K21) • Gastroskopie 08.09.2022 und 27.10.2022 Spital Nidwalden • anamnestisch persistierendes Sodbrennen unter PPI Pantoprazol 40 mg pro Tag, DD: psychosomatisch bedingt – Chronische Stuhlunregelmässigkeit und mehrmals Frischblut ab ano 08/2022 • Coloskopie 08.09.2022: Hämorrhoiden Grad I, minimste Erosionen im terminalen Ileum, DD NSAR-asso- ziert – St. n. Operation eines symptomatischen Sakraldermoids 2010 – Übergewicht, BMI 29 kg/m² (E66.01) – Restbeschwerden am MCP I links nach gemäss MRI-Befund 04/24 alttraumatischer Veränderung des ulnaren Seitenbandes nach anamnestisch Distorsion ca. Ende 05/2023 – Alters- und ausbildungsadäquate kognitive Leistungsfähigkeit bei eigenanamnestisch zeitlich verminderter mentaler Belastbarkeit Diese führten zu den folgenden funktionellen Einschränkungen: Aus allgemeinmedizinischer und internistischer Sicht fänden sich keine funktionellen Auswirkungen. Wie bereits im Jahre 2023 liessen sich ein Übergewicht und ein Nikotinabusus feststellen, sonstige relevante Befunde seien nicht vorhanden.

12■23 Aus rheumatologischer Sicht liessen sich grundsätzlich ebenfalls keine relevanten Veränderungen feststellen gegenüber denen der letzten Untersuchung. Es bestehe eine leichte körperliche Minderbelastung infolge der Hyperlaxität, so dass dem Versicherten körperliche Schwerarbeit nicht zuzumuten wäre. Ausgesprochen gehende und stehende Tätigkeiten seien ebenfalls nicht geeignet. Einschränkungen bestünden weiterhin für repetitive Halte- oder Überkopfarbeiten, das regelmässige Arbeiten im Knien oder Kauern sowie in Zwangshaltung der Wirbelsäule. Entsprechend seien leichte und mittelschwere, wechselnd belastende Tätigkeiten mit der Möglichkeit vorwiegend zu sitzen zumutbar mit einer leichten Rendementverminderung von 30% bei vermehrtem Pausenbedarf als Folge der chronischen Schmerzproblematik. Aus psychiatrischer Sicht liessen sich, bei im Übrigen normalen neuropsychologischen Befunden, eher knapp durchschnittliche intellektuelle Ressourcen feststellen. Es zeige sich wiederum eine charakteristisch histrionische Persönlichkeitspathologie, die kombiniert sei mit einem grossen Wunsch nach Verständnis und Akzeptanz, aber auch ein megaloman akzentuiertes Selbstbild. Bezüglich der Anpassungsfähigkeit an Regeln und Routinen bestehe eine leichte Einschränkung in Grad 1. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei ebenfalls

eingeschränkt, hier in leichtem bis mittleren Grade wie bereits 2023, das heisst in Grad 1 bis 2. Der Versicherte sei unverändert auf seine psychosomatischen Beschwerden fixiert und damit sei die Umstellungsfähigkeit und Flexibilität ebenfalls eingeschränkt, hier in Grad 2. Fachliche Kompetenzen könnte der Versicherte mit leichter Einschränkung in Grad 1, soweit vorhanden, anwenden. Das Entscheidungs- und Urteilsvermögen werde ebenfalls durch die Psychopathologie eingeschränkt, und zwar in Grad 1 bis 2. Hier bestehe in typisch histrionischer Weise eine gespaltene Funktionalität im Sinne, dass der Versicherte auf der einen Seite stark regrediert und ein schlechtes Selbstwertgefühl habe und auf der anderen Seite mit einer sthenischen Seite mit seinem Leiden gerade auch seine Umgebung manipulierte. Hier bestehe eine Einschränkung Grad 2. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten und damit die Beziehungsfähigkeit und Teamfähigkeit sei ebenfalls in Grad 2 eingeschränkt. Spontanaktivitäten seien nicht eingeschränkt, auch nicht eingeschränkt seien die Selbstpflege und die Verkehrsfähigkeit. Damit habe sich insgesamt gegenüber der Beurteilung von 2023 ebenfalls nicht Wesentliches verändert. Auch hier liessen sich keine wesentlichen Veränderungen gegenüber der letzten Untersuchung feststellen. Aus neuropsychologischer Sicht ergäben sich keine relevanten funktionellen Einschränkungen.

13■23 Insgesamt sei der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit als Koch oder in anderen körperlich erheblich belastenden Tätigkeiten nicht mehr als arbeitsfähig zu beurteilen. In adaptierten Tätigkeiten, das heisse solche, die den oben genannten Einschränkungen aus rheumatologischer Sicht berücksichtigten, würden sie den Versicherten aus gesamtmedizinischer Sicht bei gegenüber 2023 weitgehend unveränderten Befunden nach wie vor als zu 30% in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt beurteilen. Dies bei weitgehender Überlagerung der somatischen/rheumatologischen Einschränkungen und der psychiatrischen. Diese Beurteilung habe Gültigkeit seit 2019, da die Aufgabe der letzten Tätigkeit überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit den im Vordergrund stehenden psychiatrischen-psychosomatischen Gesundheitsproblemen gestanden habe.

E. 5.1

Die Vorinstanz ging gestützt auf das polydisziplinäre Zweitgutachten (IV-act. 170) von einer Arbeitsfähigkeit von 70% aus.

E. 5.2

Der Beschwerdeführer macht geltend, es sei angesichts seiner Persönlichkeitsstruktur sowie seinen somatischen und psychosomatischen Beschwerden unwahrscheinlich, dass er die ihm attestierte ganztätige Arbeitsfähigkeit mit 30%iger Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung mit entsprechendem Erwerbseinkommen erzielen könne. In der jetzigen Situation sei er einem durchschnittlichen Arbeitgeber sozial-praktisch nicht zumutbar bzw. als Mitarbeiter untragbar. Die Abklärungen der BEFAS Zentralschweiz hätten denn auch ergeben, dass eine berufliche Eingliederung unter den gegebenen Umständen nicht realistisch und er nicht arbeitsfähig sei. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Gutachter nicht aus medizinischen Gründen, sondern in erster Linie wegen seines noch jungen Alters und aus therapeutischen Gründen eine hohe, zurzeit nicht realistische Arbeitsfähigkeit attestierten. Dementsprechend sei auch für Dr. med. D. ___ die Annahme einer 70%igen Arbeitsfähigkeit unverständlich. An der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der in der ZMB-Gutachten attestierten Arbeitsfähigkeit seien deshalb grosse Zweifel angebracht, so dass mit Blick auf die aktuelle Invaliditätsbemessung nicht darauf abgestellt werden könne (Ziffn. 11 f. S. 7 f.)

E. 5.3.1

Der Beschwerdeführer stützt seine Kritik an der MEDAS-Begutachtung u.a. auf den Bericht des Hausarztes Dr. med. D. ___ vom 20. Oktober 2023 (IV-act. 155). Zunächst ist festzuhalten, dass abweichende Beurteilungen eines behandelnden Arztes ex-terne, unabhängige Administrativgutachten – wie das hier vorliegende der ZMB grundsätzlich nicht in Frage zu stellen vermögen bzw. zu weiteren Abklärungen veranlassen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sie wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung un-erkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_246/2018 vom 16. August 2018 E. 4.1). Das ist hier nicht der Fall: Dr. med. D. ___ Bericht vom 20. Oktober 2023 wurde noch vor der Zweitbegutachtung erstellt, lag den Gutachtern für ihre Beurteilung entsprechend vor (s. IV-act. 170 S. 23) und es werden darin keine neuen Befunde genannt, die gutachterlich nicht berücksichtigt worden wären. Im Gegenteil geht der Hausarzt in seinem Bericht davon aus, dass der Versicherte im Moment mit entsprechender Medikation «eine zufriedenstellende Kontrolle seiner Schmerzen» habe. Im Zeitpunkt der internistischen Teiluntersuchung vom 23. April 2024 gab der Versicherte demgegenüber aber an, ebendiese Medikamente nicht mehr regelmässig einzunehmen, sondern bloss noch – in Selbstverschreibung – CBD 25g/Woche in Form von Zigaretten zu applizieren (IV-act. 170 S. 28). Die Einschätzung von Dr. med. D. ___ kann schon deshalb nicht mehr aktuell sein. Im Übrigen wurde der Arztbericht vom 20. Oktober 2023 auf Veranlassung des Versicherten erstellt («hat mich gebeten, Ihnen eine Replik auf den IV Vorbescheid zu geben»; IV-act. 155). Indem er ausdrücklich eine «Replik» hinsichtlich eines invalidenversicherungsrechtlichen Vorbescheids einreicht, bezieht er Stellung im Hinblick auf die juristische Beurteilung des Falles. Damit hat er die parteiische Stellung, die bei behandelnden Ärzten erfahrungsgemäss ohnehin angenommen wird, noch bekräftigt (vgl. u.a. Urteile des Bundesgerichts 8C_695/219 vom 18. Dezember 2019 E. 4.3, 8C_79/2018 vom 6. Juni 2018 E. 4.2)

E. 5.3.2

Andererseits kritisiert der Versicherte die Schlussfolgerungen der MEDAS-Gutachter als unvereinbar mit den Erkenntnissen der beruflichen Abklärung bzw. dem BEFAS-Abklärungsbericht vom 6. August 2021 (IV-act. 111).

15■23 Dem kann nicht gefolgt werden. Leistungsorientierte berufliche Abklärungen vermögen nur dann ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen, wenn eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung steht, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz des Versicherten effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar gewesen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_462/2022 vom 31. Mai 2023 E. 4.2.2.1 m.w.H.). Das Arbeitsverhalten/-einsatz des Versicherten bei der Abklärung vom 5.-30. Juli 2021 war hier aber gerade nicht einwandfrei. Im von einem interdisziplinären Ärzteteam verfassten (Psychologinnen MSc I. ___ und J. ___, Orthopäde Dr. med. K. ___, Psychiaterin Dr. med. L. ___.) ___-Bericht ist festgehalten, dass der Versicherte sehr viele Absenzen gehabt habe, welche aber aus fachärztlich-somatischer Sicht nicht nachvollziehbar seien. Sie führen aus, dass eine ergonomisch angepasste Tätigkeit mit ganztätiger Anwesenheit möglich sein müsste. Der Versicherte wirke in seinem Rollen-Bild als körperlich kranker Mann schon

sehr identifiziert. Es entsteht der Eindruck einer Verdeutlichungstendenz hinsichtlich körperlicher Beschwerden und einer Bagatellisierungstendenz hinsichtlich psychischer Beschwerden. Um mehr Klarheit zu bekommen, müsste eine tiefergehende gutachterliche Beurteilung inklusive Symptom-Validierungs-Tests durchgeführt werden (3 Beurteilung; IV-act. 111). Mit anderen Worten wird im Abklärungsbericht angenommen, dass der Versicherte keinen einwandfreien Arbeitseinsatz gezeigt hat und er die nach Auffassung der Berufsfachleute objektiv realisierbare Leistung nicht erbracht hat. Es besteht damit keine offensichtliche und erhebliche Diskrepanz zwischen BEFAS-Abklärung und MEDAS-Gutachten. Ernsthafte Zweifel am ZMB-Gutachten begründen die beruflichen Abklärungen demzufolge nicht.

E. 5.3.3

Abschliessend ist festzuhalten, dass das MEDAS-Gutachten des ZMB (IV-act. 170) auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben wurde, sämtliche Fragen beantwortet, in der Darlegung der medizinischen Zustände sowie Zusammenhänge als einleuchtend erscheint und die Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise begründet sind. Der Beschwerdeführer legt weder neue Arztberichte auf noch macht er geltend, es sei etwas Relevantes unberücksichtigt geblieben. Im Übrigen ist der Einwand des Beschwerdeführers, die Gutachter hätten die Arbeitsfähigkeit «nicht aus medizinischen Gründen, sondern in erster Linie wegen seines noch jungen Alters und aus therapeutischen Gründen» attestiert, unbelegt und mit Blick auf das umfassende

16■23 Gutachten nicht nachvollziehbar. Zwar weist er zutreffend auf die gutachterliche Hervorhebung seines jungen Alters, die Empfehlungen zur Physio- sowie Psychotherapie und die Bemerkung hin, wonach «eine letzte Chance jetzt besteht, sich irgendwie wieder in den Arbeitsmarkt zu reintegrieren» (IV-act. 170 S. 17). Diese Hinweise entkräften jedoch weder die gutachterlichen Schlussfolgerungen betreffend die Teilarbeitsfähigkeit des Versicherten noch die Ergebnisse der BEFAS-Abklärung. Mit der referenzierten Bemerkung wird bloss eindringlich auf die Wichtigkeit einer zeitnahen, effektiven Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und ärztlichen Behandlung der Beschwerden hingewiesen. Obschon der Beschwerdeführer objektiv in einem Pensum zu 70% teilarbeitsfähig und nur knapp 33-jährig ist, liegt der letzte Arbeitseinsatz Jahre zurück. Ferner hat sich klar ein fehlender subjektiver Eingliederungs- und Arbeitswillen des Versicherten gezeigt (s. unten E. 8). Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens bzw. den darin getroffenen medizinischen Schlussfolgerungen zur Restarbeitsfähigkeit (im ausgeglichenen Arbeitsmarkt) entstehen aufgrund dieser gut gemeinten, unterstützenden Hinweise jedenfalls nicht. Insoweit der Beschwerdeführer seine Kritik auf den Wortlaut des MEDAS-Erstgutachten vom 30. Mai 2023 (IV-act. 140) abstützt (s. Beschwerde Ziff. 12 f. S. 7 f.), ist darauf nicht weiter einzugehen. Dieses ist auf seinen Einwand und Wunsch hin wiederholt worden. Nicht dieses, sondern das MEDAS-Zweitgutachten vom 23. Mai 2024 (IV-act. 170) bildete Grundlage des angefochtenen Entscheids. Folglich erfüllt die polydisziplinäre Beurteilung des ZMB die formellen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise, weshalb dem Gutachten volle Beweiskraft zukommt und darauf abgestellt werden kann. Gestützt hierauf durfte die IV-Stelle dementsprechend schlussfolgern, dass der Versicherte in seiner Arbeitsfähigkeit teilweise eingeschränkt ist, er in leidensangepasster Verweistätigkeit (Ausübung körperlich leichter bis mittelschwerer, wechselbelasteten beruflicher Tätigkeiten mit

vorwiegender Möglichkeit auch zu sitzen [ohne repetitive Halte- oder Überkopfarbeiten, ohne repetitivem Treppengehen, Knien oder kauern und ohne Zwangshaltung der Wirbelsäule]) vollzeitlich mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30%, das heisst zu 70% arbeitsfähig wäre.

E. 6.1

Die IV-Stelle bestimmte das Invalideneinkommen anhand von Tabellenlöhnen. Einen Leidensabzug gewährte sie nicht.

17■23

E. 6.2

Der Beschwerdeführer bringt vor, selbst wenn er am 1. Juli 2020 in einer angepassten Tätigkeit zu 70% arbeitsfähig gewesen wäre, so hätte er kein Einkommen von Fr. 46'071.– erzielen können. Seine Persönlichkeitsstruktur sowie körperlichen Schmerzen und Beschwerden würden auch unter Annahme einer 70%igen Arbeitsfähigkeit von einer Arbeitgeberin ein aussergewöhnliches Entgegenkommen und Verständnis erfordern. Es käme zu regelmässigen krankheitsbedingten Ausfällen und es brauche daneben Zeit für eine intensive Psychotherapie. Es müsste daher mit einer stark unterdurchschnittlichen Entlohnung rechnen, weshalb vom statistischen Tabellenlohn ein Abzug von 25% vorzunehmen wäre, so dass das Invalideneinkommen höchstens noch Fr. 34'553.25 betrage. Es ergebe sich ein IV-Grad von 47%, womit ihm ab 1. Juli 2020 jedenfalls eine Viertelsrente zustehe (Beschwerde Ziff. 15 S. 10).

E. 6.3

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

18■23

E. 6.4

Der Beschwerdeführer beruft sich auf seine körperliche Schmerzen und seine schwierige Persönlichkeit (bzw. als Folge davon krankheits- und therapiebedingte Abwesenheiten). Diese Umstände fanden – im Rahmen der vorerwähnten rheumatologischen sowie

psychiatrischen Diagnosen – bereits bei Bewertung der Restarbeitsfähigkeit inklusive der Festlegung des zu- mutbaren Profils einer in Frage kommenden Verweistätigkeit Berücksichtigung. Es ist deshalb unzulässig, diese zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen zu lassen. Insofern ist die Nicht-Gewährung eines Leidensabzugs nicht zu beanstanden. Im Übrigen ist der Beschwerdeführer schweizerischer Staatsbürger, spricht deutsch und war im Verfügungszeitpunkt gerade einmal 33 Jahre jung. Er hat noch über 30 Jahre im Erwerbs- leben vor sich und war noch vor einigen Jahren in der Lage, erfolgreich eine Berufslehre ab- zuschliessen. Es sind keinerlei persönliche und berufliche Merkmale ersichtlich, welche erwar- ten liessen, dass der sozialhilfeempfangende Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten könnte.

E. 7

Mit Ausnahme der Forderung nach Gewährung eines Leidensabzug wird die Festsetzung des Validen- (Fr. 65'815.–) und Invalideneinkommens (Fr. 46'071.–) resp. darauf basierend die Be- rechnung der invaliditätsbedingten Erwerbseinbusse (Fr. 19'744.–) und des rentenausschlies- senden Invaliditätsgrades von 30% nicht beanstandet. Diesbezüglich kann bestätigend auf die angefochtene Verfügung vom 23. August 2024 verwiesen werden.

E. 8

Strittig ist ferner, ob es noch geeignete Eingliederungsmassnahmen zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten gäbe.

E. 8.1

Der Beschwerdeführer beantragt mit Beschwerde, dass die Sache «zudem» zur Prüfung wei- terer beruflicher Massnahmen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei (Antrags- Ziff. 2). Diesen Antrag begründet der Beschwerdeführer dabei damit, dass er sich «hiermit» bereit erkläre, sich einer eingliederungsorientierten psychotherapeutischen Behandlung zu un- terziehen und bei beruflichen Eingliederungsmassnahmen der IV mitzuwirken. Er sei nie darauf hingewiesen worden, dass er sich mit Blick auf Art. 7 Abs. 1 ATSG einer psychotherapeuti- schen Behandlung unterziehen solle. Damit sei die IV-Stelle ihrer Beratungspflicht gemäss

19■23 Art. 27 Abs. 2 ATSG nicht nachgekommen. Es dürfe ihm deshalb nicht zum Nachteil gerei- chen, wenn er noch keinen Therapieplatz gesucht und noch keine Therapie begonnen habe. Die IV-Stelle habe ihm nach Erhalt des Gutachtens keine Eingliederungsmassnahmen ange- boten, obwohl er auf solche angewiesen sei (Beschwerde Ziff. 13 S. 9).

E. 8.2

Wie eingangs dargelegt (s. vorne E. 2.2) setzt der Rentenanspruch u.a. voraus, dass der Ver- sicherte seine Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder- herstellen, erhalten oder verbessern kann (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG). Dabei handelt es sich um den Grundsatz «Eingliederung vor Rente». Nur wenn keine entsprechenden Massnahmen (mehr) in Frage kommen, kann ein Rentenanspruch bejaht werden; andernfalls sind vorab geeignete Eingliederungsmassnahmen anzuordnen (BGE 148 V 397 E. 6.2.4 m.w.H.). Dabei ist zu berücksichtigen, dass sämtliche Eingliederungsmassnahmen den allgemeinen Voraussetzungen des Art. 8 Abs. 1 lit. a IVG unterliegen, weshalb jede Eingliederungsvorkehr neben den dort ausdrücklich genannten Erfordernissen der

Geeignetheit und Notwendigkeit auch demjenigen der Angemessenheit (Verhältnismässigkeit im engeren Sinne) als drittem Teilgehalt des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes zu genügen hat. In diesem Sinne ist insbesondere von Bedeutung, dass die fragliche Massnahme – unter prospektiver Betrachtung – eingliederungswirksam ist, was eine subjektive und objektive Eingliederungsfähigkeit der betroffenen Person voraussetzt (Urteil des Bundesgerichts 8C_503/2022 vom 8. Februar 2023 E. 3.2 mit Verweis auf BGE 145 V 2 E. 4.3.3.2). Mit anderen Worten setzt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen einen Eingliederungswillen bzw. eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (Urteil des Bundesgerichts 9C_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 7).

E. 8.3

Vorweg gilt festzuhalten, dass der Antrag auf Prüfung weiterer beruflicher Massnahmen im Widerspruch zum Begehren um Vollberentung (Antrags-Ziff. 1) steht. Der Antrag auf eine volle IV-Rente kann nur so verstanden werden, dass sich der Beschwerdeführer selbst als berentungsfähig sieht, was gerade eine Arbeitsunfähigkeit voraussetzt, die nicht mehr durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen verbessert werden kann. Bevor die IV-Stelle eine Rente geprüft hat, hat sie berufliche Abklärungen vorgenommen. Im BEFAS-Bericht vom 6. August 2021 (IV-act. 111) betreffend die Abklärung vom 5.-30. Juli 2021 ist festgehalten, als sich im Abklärungsverlauf sich klar gezeigt habe, dass eine

2023 Eingliederung nicht realistisch sei, sei auf weitere berufsberaterische Interventionen verzichtet worden, da diese nicht zielführend erschienen seien (vgl. 2.2 Berufliche Interessen und Zielsetzung des Klienten). Der Versicherte habe zwar erläutert, dass er sehr gerne wieder einer Arbeitstätigkeit nachgehen würde. In den Gesprächen mit der Berufsberaterin habe sich aber gezeigt, dass er selbst dies gar nicht als umsetzbar erachte. Er habe erläutert, dass ein Berufseinstieg, solange er Schmerzen habe, wohl nicht möglich sei. Dass eine Besserung der Schmerzsituation eintreten könnte, habe er aber als nicht realistisch angesehen. Er habe schon vieles probiert und er sehe nur einen kleinen Nutzen in den verschiedenen Therapien. Was ihm kurzfristig helfe, sei der Konsum von CBD-Zigaretten. Ferner gab der Versicherte auch an, möglich sei eigentlich nur eine selbstständige Tätigkeit zu Hause (2.3 Verhalten: Persönlichkeit und Sozialkompetenzen). Es wird geschlussfolgert, dass der Versicherte trotz seiner guten praktischen und kognitiven Ressourcen aufgrund der vielen Absenzen als nicht arbeitsfähig beurteilt werde (3 Beurteilung). Dem Beschwerdeführer ist der Abschluss der beruflichen Eingliederung an der Schlussbesprechung vom 5. August 2021 mitgeteilt worden (IV-act. 112 S. 6), wogegen er weder anlässlich dieses Gesprächs noch während der Rentenprüfung je opponiert hat. Diese BEFAS-Erkenntnisse werden durch die medizinischen Abklärungen bestätigt. Es ist insbesondere auf die Konsensbeurteilung der MEDAS-Zweitbegutachtung zu verweisen (s. vorne E. 4.6). In dieser wird unter anderem darauf hingewiesen, dass keine Einsicht in die Psychogenie des Leidens besteht und empfohlene therapeutische sowie berufliche Massnahmen nicht ergriffen wurden/werden. Ergänzend ist hier hervorzuheben, dass der Versicherte bei der internistischen Teiluntersuchung vom 23. April 2024 ferner angab, keine Medikamente regelmässig einzunehmen. Regelmässig sei einzig die Applikation von CBD 25g/Woche in Form von Zigaretten (IV-act. 170 S. 28). Dies entgegen der hausärztlichen Stellungnahme vom 20. Oktober 2023, in welcher noch festgehalten worden ist, dass der Versicherte nur mit entsprechender Medikation eine

zufriedenstellende Kontrolle seiner Schmerzen habe (IV-act. 155). Mit anderen Worten hat der Beschwerdeführer die für die Schmerzregulierung notwendige Medikation im Laufe der IV-Abklärungen abgesetzt. Gestoppt wurde nicht nur die (empfohlene) Medikamenteneinnahme: In der früheren psychotherapeutischen Behandlung (s. IV-act. 111 S. 3) befand sich der Versicherte im Zeitpunkt der Erstbegutachtung nicht mehr, weil er selbst der Ansicht war, seine psychischen Probleme seien verarbeitet (IV-act. 140 65). Obschon im Erstgutachten ausdrücklich empfohlen (IV-act. 140 S. 13) ist die Psychotherapie auch rund ein Jahr später noch nicht wiederaufgenommen worden (IV-act. 170 S. 45).

21■23 Zusammenfassend lassen sowohl die rezipierten beruflichen als auch medizinischen Abklärungen nur den Schluss zu, dass kein ernstlicher, subjektiver Eingliederungswille vorhanden ist. Bei der Schlussbesprechung vom 5. August 2021 gab der Versicherte selbst an, sich nicht arbeitsfähig zu fühlen (IV-act. 112 S. 6). Aus den Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass sich daran etwas geändert hätte. Im Gegenteil fehlen eine Krankheitseinsicht und damit auch der Wille, sich nach ärztlichen, der Besserung seines Zustands dienenden Empfehlungen zu richten. Wohl deswegen ist der Versicherte nicht in der Lage, die objektive Leistungsfähigkeit bzw. die eigentlich vorhandenen Ressourcen auszunutzen. Das Abklingen oder Überwinden seiner Schmerzen schätzt er als nicht realistisch ein. Anstelle die empfohlenen therapeutischen und medizinischen Massnahmen (weiter) zu verfolgen, etwa die notwendigen Medikamente einzunehmen und sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben, beschränkt der Versicherte sich darauf, sich in Eigenregie mit (pathologischem) Konsum von täglich 15 CBD-Zigaretten selbst zu therapieren (IV-act. 170 S. 51). Im Übrigen kann auch der Einschätzung seiner beruflichen Möglichkeiten kein ernstlicher Plan für einen Wiedereinstieg in die Arbeitswelt entnommen werden. Einerseits kann er sich aktuell maximal vorstellen, 2-3 Stunden täglich etwas zu basteln (IV-act. 170 S. 47), was aber weiter unter seiner eigentlichen Leistungsmöglichkeit liegt (s. vorne E. 5). Andererseits strebt er später eine aus derzeitiger Perspektive gänzlich illusorische selbstständige Erwerbstätigkeit (als Ungelernter) an (IV-act. 170 S. 60), obschon er nicht einmal die Disziplin aufbrachte, regelmässig an den Arbeitseinsätzen im Rahmen der BEFAS-Abklärung teilzunehmen (IV-act. 110 f.). Unter diesen Umständen kann den beschwerdeweise vorgebrachten Beteuerungen des Versicherten bzw. des Antrag um Prüfung von beruflichen Massnahmen kein ernstlicher Eingliederungswille abgewonnen werden. Eine Aufhebung und Rückweisung zur Prüfung weiterer beruflicher Massnahmen fällt damit ausser Betracht. Insofern hat es mit der angefochtenen Verfügung sein Bewenden. Sollte – etwa im Rahmen der Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung oder weil sein Fall nun auch gerichtlich, unabhängig geprüft worden ist – doch noch ein ernsthaftes Bedürfnis an der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bzw. an beruflichen Eingliederungsmassnahmen entstehen, steht dem Beschwerdeführer schliesslich der Weg einer entsprechend neuen Anmeldung offen.

E. 9

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtens, die Beschwerde vom 23. September 2024 hingegen als unbegründet. Diese ist vollumfänglich abzuweisen.

22■23

E. 10.1

Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.■ bis Fr. 1'000.■ festgelegt. Die Kosten für das vorliegende Verfahren werden auf Fr. 800.– festgesetzt und ausgangsmässig dem Beschwerdeführer auferlegt. Sie werden mit seinem Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet und sind bezahlt.

E. 10.2

Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

23■23

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