

# SO\_GERICHTE VSBES.2019.274 vom 12. August 2021

SO Obergericht, 2021-08-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.274\\_d20210812](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.274_d20210812)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.274 du 12 août 2021

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.274 del 12 agosto 2021

## Regeste

Invalidenrente

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1966 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführer) war zunächst als Bauarbeiter und zuletzt als Lagerist tätig. Am 11. Oktober 1990 meldete er sich bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle BL) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.]1.1). Die IV-Stelle BL sprach dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 17. August 1992 rückwirkend ab 1. Februar 1991 eine ganze Invalidenrente zu (IV-Nr. 1.3 S. 5 f.). 1.2 Im Rahmen amtlicher Revisionen bestätigten zunächst die IV-Stelle BL und in der Folge die ab 18. April 1996 zufolge Wohnsitzwechsels zuständig gewordene IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin; IV-Nr. 1.14 S. 4) die ganze Rente. 1.3 Am 26. April 2010 leitete die Beschwerdegegnerin eine eingliederungsorientierte Renten-Revision ein (IV-Nr. 11). Sie holte einen Bericht des damaligen Hausarztes Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, vom 21. Juli 2010 (IV-Nr. 13) ein und führte am 26. August 2010 ein Revisionsgespräch durch (IV-Nr. 15). Am 31. August 2010 teilte sie dem Beschwerdeführer mit, sie werde beim C.\_\_\_\_ (im Folgenden: C.\_\_\_\_), ein Gutachten in Auftrag geben (IV-Nr. 16). Das polydisziplinäre (internistische, rheumatologische und psychiatrische) Gutachten wurde am 13. Dezember 2010 erstattet (IV-Nr. 18.2). Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) nahm am 3. Januar 2011 dazu Stellung (IV-Nr. 19). Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer am 4. Januar 2011 mit, er habe weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente (Invaliditätsgrad: 100 %; IV-Nr. 21). 1.4 Am 15. August 2013 nahm die Beschwerdegegnerin – offenbar im Anschluss an einen anonymen Hinweis vom 13. August 2013 (IV-Nr. 25) – erneut eine eingliederungsorientierte Renten-Revision in Angriff (IV-Nr. 23). Sie holte bei der E.\_\_\_\_, [...], bestimmte Unterlagen ein (IV-Nr. 26, 28) und führte am 16. Oktober 2013 ein Revisionsgespräch durch (IV-Nr. 27). Mit Vorbescheid vom 13. November 2013 (IV-Nr. 29) kündigte die Beschwerdegegnerin an, sie werde die Rente wiedererwägungsweise aufheben. Die seinerzeitige Rentenzusprechung sei zweifellos unrichtig gewesen und der aktuelle Invaliditätsgrad betrage lediglich 12 %. Der Beschwerdeführer erhob am 22. November 2013 Einwände und reichte ein Arzteugnis ein (IV-Nr. 31). Die IV-Stelle holte daraufhin einen Bericht des neuen Hausarztes F.\_\_\_\_, praktischer Arzt, vom 13. Dezember 2013 (IV-Nr. 33) ein und liess Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom RAD am 6. Januar 2014 zur medizinischen Situation Stellung nehmen (IV-Nr. 35). Mit Verfügung vom 25. März 2014 hob die Beschwerdegegnerin die Rente auf Ende April 2014 auf (IV-Nr. 36). Die dagegen

erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit Urteil vom 10. August 2015 ab (VSBES.2014.117; IV-Nr. 50 S. 2 ff.). Die dagegen gerichtete Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten wies das Bundesgericht mit Urteil vom 22. Oktober 2015 ebenfalls ab (9C\_662/2015; IV-Nr. 54). 1.5 Am 14. bzw. 16. Dezember 2016 meldete sich der Beschwerdeführer wegen einer deutlichen Verschlechterung seiner chronischen Rückenbeschwerden erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 56 und 58). Mit Vorbescheid vom 23. Dezember 2016 stellte ihm die Beschwerdegegnerin in Aussicht, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten (IV-Nr. 57 S. 2 ff.). Dagegen liess der Beschwerdeführer Einwand erheben. Nach Einholung verschiedener ärztlicher Berichte trat die Beschwerdegegnerin auf das Leistungsbegehren ein und veranlasste nach Rücksprache mit dem RAD eine polydisziplinäre (allgemein-internistische, neurologische, orthopädisch-chirurgische und psychiatrische) Begutachtung in der H.\_\_\_\_ (im Folgenden: H.\_\_\_\_), welche im Zeitraum vom 14. März 2018 bis 21. Juni 2018 durchgeführt wurde (Gutachten vom 27. Juli 2018, IV-Nr. 94). Weil das neurologische Teilgutachten nicht zu überzeugen vermochte, wurde der Beschwerdeführer am 12. November 2018 von der RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ erneut fachärztlich untersucht (Bericht vom 15. November 2018, IV-Nr. 101). Nach Rücksprache mit dem RAD und Durchführung des Vorbescheidverfahrens lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 28. Oktober 2019 ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, der RAD komme in seinem Untersuchungsbericht vom 15. November 2018 zum Schluss, dass eine eindeutige Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber der letzten polydisziplinären Begutachtung durch das C.\_\_\_\_ (Gutachten vom 13. Dezember 2010) nicht zweifelsfrei ausgewiesen sei. Auf der Symptomebene seien die Beschwerden damals stärker ausgeprägt gewesen, die klinischen neurologischen Befunde seien jedoch unverändert. Einzig der radiologische Befund habe sich im Jahr 2016 gegenüber dem Jahr 2014 leicht verschlechtert. Analog zum Gutachten der H.\_\_\_\_ seien dem Beschwerdeführer aus orthopädisch-neurologischer Sicht körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit der freien Positionswahl (Aufstehen, leichtes Herumgehen), ohne Zwangshaltungen des Rumpfes (Vornüberbeugen, in Rotationsstellung) und ohne Überkopfarbeiten weiterhin in einem vollen Pensum zumutbar. Aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs bestehe eine um ca. 30 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit und somit eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Sowohl das H.\_\_\_\_-Gutachten als auch der fachärztliche Untersuchungsbericht des RAD vom 15. November 2018 seien beweiswertig. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Der Einkommensvergleich sei korrekt vorgenommen worden. In Abweichung zum Vorbescheid könne kein leidensbedingter Abzug gewährt werden. Aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers bestehe auch kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Zusammenfassend sei im Vergleich zur Situation bei Erlass der Verfügung vom 25. März 2014 bzw. der letzten polydisziplinären C.\_\_\_\_-Begutachtung eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Der Invaliditätsgrad betrage 26 % (IV-Nr. 112; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

## **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, dem Beschwerdeführer eine angemessene Rente spätestens ab dem 1. Mai 2017 zu leisten.

### **E. 2.1**

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die vor-aussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

### **E. 2.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). 3.

### **E. 3**

Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

### **E. 3.1**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86 ter – 88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Demgegenüber ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte

Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen). 3.2 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanschuldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanschuldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C\_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). Analog zur erstmaligen Anspruchsbeurteilung sind zudem allfällige anspruchswirksame Veränderungen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (vgl. BGE 129 V 222).

#### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen). 4.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter 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

Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.4 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

4.5 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4).

4.6 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4 S. 469 mit Hinweisen). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäußerungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweisen).

5. Im vorliegenden Fall lässt der

Beschwerdeführer geltend machen, sein Gesundheitszustand habe sich seit der mit Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 25. März 2014 erfolgten Rentenaufhebung relevant verschlechtert. Demnach ist zunächst der medizinische Sachverhalt, der dieser Aufhebungsverfügung zu Grunde lag, darzulegen: 5.1 Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 21. Juli 2010 ein lumbovertebrales Syndrom (Diskushernie mehrsegmentär, lumbale Stenosen), bestehend seit 1990, und eine Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von 100 %, bestehend seit 1. Februar 1991. Im Weiteren führte der Arzt aus, er sehe den Patienten selten in der Praxis, meistens in Verbindung mit Rückenschmerzen, welche nach kurzen Schmerzmittelabgaben mehrheitlich unter Kontrolle seien. Eine nähere neurologische Kontrolle sei klinisch nie nötig gewesen. Über die Aktivitäten des Patienten sei er nicht orientiert und er könne sich ohne genauere Untersuchung über zumutbare Tätigkeiten nicht genauer äussern. Eine Arbeit in der Baubranche sei sicher auszuschliessen. Welche andere Tätigkeit infrage käme, müsste mittels stationärer Exploration (z.B. J.\_\_\_\_) evaluiert werden. Eine leichte Tätigkeit, d.h. ohne Heben von Lasten über 5 kg, in wechselnder Körperhaltung mit der Möglichkeit von Pausen, könnte der Patient möglicherweise halbtags ausführen (IV-Nr. 13).

5.2 5.2.1 Das polydisziplinäre Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2010 (Untersuchung vom 1. November 2010) wurde gestützt auf die Vorakten sowie die spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Innere Medizin», «Psychiatrie» und «Rheumatologie» erstattet. Der internistische Status zeigte sich unauffällig. 5.2.2 Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, gelangte zum Ergebnis, es sei eine Schmerzverarbeitungsstörung zu diagnostizieren, die sich aber nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Eine somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor. Der Beschwerdeführer habe sich noch nie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung befunden und sei noch nie psychopharmakologisch behandelt worden. Er habe eine gute Beziehung zu seiner Ehefrau und den drei Kindern. Im Alltag sei er durch psychopathologische Symptome nicht eingeschränkt. Er leide gelegentlich unter schmerzbedingten Schlafstörungen. Den Tag verbringe er aktiv. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit und es gebe keine Hinweise darauf, dass jemals eine solche Einschränkung bestanden hätte. 5.2.3 Im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, wurde die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms linksbetont (ICD-10 M54.4), DD: intermittierende lumboradikuläre Reizung L5/S1 links bei radiomorphologisch bekannter kongenitaler Spinalkanalstenose zwischen L3 bis L5 mit Status nach rechtsbetonter mediolateraler Diskushernie L4/5 und Status nach Kompression Nervenwurzel L5 rechts (ICD-10 M54.4), DD: intermittierendes Facettengelenksschmerzsyndrom bei beginnenden Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1, intermittierende Claudicatio spinalis linkes Bein, aktuell klinisch fehlender Achillessehnenreflex links, keine sensomotorischen Defizite objektivierbar, Wirbelsäulenfehlhaltung/Fehlform (tieflumbal links sowie thorakolumbal grobbogig rechtskonvexe Torsionsskoliose, shift Oberkörperachse nach rechts), muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskulatur, gestellt. Der rheumatologische Gutachter führte in seiner Beurteilung aus, nach der IV-Berentung habe die Schmerzsymptomatik mit Ausstrahlung in die rechte untere Extremität anamnestisch über Jahre weiterbestanden. Erst eine periartikuläre Nervenwurzelinfiltration L4/5 rechts im Röntgeninstitut M.\_\_\_\_ im Jahr 2003 (vgl. IV-Nr. 8 S. 3) habe eine signifikante

Schmerzverbesserung im rechten Bein erbracht. Der Beschwerdeführer beklage nun in den vergangenen zwei bis drei Jahren langsam zunehmende Schmerzen lumbogluteal links und insbesondere zum Teil Schmerzen am linken Unterschenkel und im Bereich Digitus IV und V am linken Fuss. Im rheumatologischen Status zeige sich eine Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform, im Weiteren eine muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskulatur. Es bestehe klinisch eine segmentale Dysfunktion zwischen L4/5 und L5/S1 jeweils um 1/3, wobei subjektiv die endphasige Reklination und Rotation eindeutig schmerzhafter lumbal seien, ohne Ausstrahlungen in die oberen Extremitäten, als im Vergleich dazu die maximal mögliche Inklination. Die segmentale Untersuchung der BWS wie auch der HWS habe keine relevanten pathologischen Befunde ergeben. Der gesamte weitere periphere Gelenkstatus an den oberen sowie unteren Extremitäten sei klinisch weitgehend unauffällig gewesen. Zu bemerken sei, dass beim Exploranden eine deutliche Beschwiellung an beiden Handinnenflächen bestehe. Der kursorisch neurologische Status zeige völlig unauffällige Befunde an den oberen Extremitäten, an den unteren Extremitäten bestehe mehrfach geprüft ein fehlender Achillessehnenreflex links, in Bezug auf die Sensibilität bestehe eine minimale Hypästhesie vom proximalen bis lateralen Unterschenkel rechts, jedoch nicht links auf der symptomatischen Seite. Die in stehender, gehender, sitzender und liegender Untersuchungsposition durchgeführte Kraftprüfung habe keinerlei motorische Defizite im Bereich der Myotome von L3 bis S1 ergeben, sodass eine motorische lumboradikuläre Ausfallsymptomatik klinisch nicht festgestellt werden könne. Aufgrund der klinischen Befunde könne einerseits ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont festgestellt werden, differenzialdiagnostisch aufgrund der Schmerzanamnese und dem fehlenden Achillessehnenreflex links könne eine intermittierend lumboradikuläre Reizung im Segment L5/S1, basierend auf der seit Jahren bekannten kongenitalen Spinalkanalstenose zwischen L3 und L5, postuliert werden. Möglicherweise bestehe eine intermittierende zusätzliche diskogene bedingte Verengung und Kompression der Nervenwurzel L5 und / oder S1 links. Da der Explorand eindeutig eine Schmerzverstärkung lumbal vor allem in Reklination/Rotation angebe, könne aufgrund der aktuell festgestellten beginnenden Facettengelenksarthrosen ein intermittierendes Facettengelenkssyndrom postuliert werden. Eine intermittierende Claudicatio spinalis an der linken unteren Extremität könne ebenfalls diskutiert werden, insbesondere da bei zunehmender Gehzeit an beiden Beinen ein Schweregefühl bestehe, welches von proximal nach distal aufsteige. Dementsprechend könnten die vom Exploranden beklagten Beschwerden mehrheitlich nachvollzogen werden, ohne Hinweise auf eine relevante psychosoziale Überlagerung des Schmerzbildes. Aufgrund der somatisch erheblichen klaren pathoanatomischen Befunde im Bereich der lumbalen Wirbelsäule könnten die früheren, körperlich mindestens mittelschwer bis zum Teil schwer belastenden Tätigkeiten dem Exploranden bleibend nicht mehr zugemutet werden. Aus rheumatologischer Sicht bestehe aufgrund der aktuellen klinischen Symptomatik jedoch eine normale, 100%ige Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte, wechselbelastende berufliche Tätigkeit unter folgenden Arbeitsplatzbedingungen: Die Arbeit sollte in Wechsellage durchgeführt werden können, vorzugsweise sitzend mit einem höhenverstellbaren Stuhl. In dieser Position seien fein- sowie grobmanuell verarbeitende Tätigkeiten oder Überwachungsfunktionen ohne Einschränkungen zuzumuten. Das Zurücklegen von kürzeren Gehstrecken von 15 – 30 Minuten Dauer ohne Unterbruch sei zuzumuten, jedoch nicht längere berufsbedingte Gehstrecken oder das regelmässige Benutzen von Treppen und Leitern. Vermieden werden sollten Arbeiten in

anhaltender Oberkörpervorneigeposition oder Arbeiten verbunden mit stereotypen Rotations- und Reklinationsbewegungen. Dementsprechend seien repetitive Überkopfarbeiten für die lumbale Wirbelsäule ungünstig. Unter diesen qualitativen Einschränkungen bestehe jedoch eine in der freien Wirtschaft verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Seit wann diese Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Tätigkeit gegeben sei, lasse sich heute nicht beurteilen. Die Einschätzung gelte jedenfalls ab dem Datum dieses Gutachtens.

5.2.4 Das Gesamtgutachten übernahm die Beurteilung des Rheumatologen. Dem Beschwerdeführer wurde für körperlich schwere und auch anhaltend mittelschwere Tätigkeiten eine bleibende Arbeitsunfähigkeit attestiert. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe dagegen eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 18.2).

5.3 Hausarzt F. \_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 13. Dezember 2013 einen Bandscheibenvorfall (BSV) der Lendenwirbelsäule (LWS) mit chronischem LWS-Syndrom mit Exazerbation der Spinalkanalstenose. In letzter Zeit zeige sich eine gewisse Verschlechterungstendenz. In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit 1990 arbeitsunfähig. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei durch einen Facharzt einzuschätzen (IV-Nr. 33). Zuvor hatte der behandelnde Arzt mit Arztzeugnis vom 22. November 2013 bestätigt, dass der Beschwerdeführer am 11. November 2013 zur Behandlung von starken Rückenschmerzen in seiner Praxis gewesen sei (IV-Nr. 31 S. 3).

5.4 Das Versicherungsgericht hielt in seinem Urteil vom 10. August 2015 (VSBES.2014.117) im Wesentlichen Folgendes fest (S. 13 f.; IV-Nr. 50 S. 14 f. E. 6.2 und 7):

6.2 Die Beschwerdegegnerin hat für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das C. \_\_\_-Gutachten vom 13. Dezember 2010 (IV-Nr. 18.2) abgestellt. Dem ist zuzustimmen, denn die Expertise wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352; E. 3.2 hiervor) vollumfänglich gerecht. Sie beruht auf vollständigen Grundlagen und umfasst spezialärztliche Untersuchungen in allen relevanten Disziplinen. Auf dieser Basis gelangen die Ärzte zu klaren, schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Die übrigen medizinischen Stellungnahmen geben keinerlei Anlass, an den Ergebnissen des Gutachtens zu zweifeln. Insbesondere liegen keine Stellungnahmen behandelnder Ärzte vor, welche der Beurteilung der Gutachter explizit widersprechen würden. Mit der Beschwerdegegnerin ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zwar seine früher ausgeübte, körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeit nicht mehr ausüben kann, dass ihm jedoch eine körperlich leichte, gemäss den Umschreibungen des rheumatologischen C. \_\_\_-Teilgutachtens adaptierte Arbeit im Rahmen einer vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit zumutbar ist. Die Beweiskraft des C. \_\_\_-Gutachtens wird auch in der Beschwerdeschrift nicht bestritten. Eine erneute Begutachtung ist nicht notwendig, da keinerlei Hinweise dafür bestehen, dass sich der Gesundheitszustand in der Zwischenzeit erheblich verändert hätte. Die Bemerkung im Bericht von Dr. med. F. \_\_\_ vom 13. Dezember 2013 (IV-Nr. 33), es bestehe in letzter Zeit eine gewisse Verschlechterungstendenz, bildet keinen hinreichenden Anhaltspunkt für die Annahme einer Verschlechterung. So besteht kein Hinweis darauf, dass spezialärztliche Behandlungen notwendig geworden wären, die letzte Konsultation bei Dr. med. F. \_\_\_ lag im Zeitpunkt der Berichterstattung einen Monat zurück und in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit verweist der Arzt selbst auf eine fachärztliche Einschätzung. Eine solche liegt in Form des MEDAS-Gutachtens vor.

7. Auf der Basis des aus dem C. \_\_\_-Gutachten abgeleiteten Zumutbarkeitsprofils nahm die Beschwerdegegnerin einen Einkommensvergleich vor. Beim Valideneinkommen ging sie

vom AHV-pflichtigen Lohn von CHF 50'820.00 aus, den der Beschwerdeführer laut den damaligen, im Zusammenhang mit der seinerzeitigen Rentenrevision durchgeführten Abklärungen (IV-Nr. 1.12 S. 1) im Jahr 1997 als Lagerarbeiter erzielt hatte, und erhöhte diesen entsprechend der allgemeinen Lohnentwicklung bis 2012. Der so ermittelte Betrag von CHF 61'536.00 ist korrekt. Bei der Bestimmung des Invalideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf die Werte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2010 ab, wobei sie vom Totalwert für die im privaten Sektor im Anforderungsniveau 4 beschäftigten Männer (Tabelle A1) von CHF 4'901.00 ausging und diesen an die durchschnittliche betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden sowie an die Lohnentwicklung bis 2012 anpasste. Die resultierende Summe von CHF 62'414.00 reduzierte die Beschwerdegegnerin um einen leidensbedingten Abzug von 10 %, was sich nicht beanstanden lässt. Der Einkommensvergleich wird denn auch nicht gerügt. Der resultierende Invaliditätsgrad von 9 % vermittelt keinen Rentenanspruch mehr. 5.5 Dem Urteil des Bundesgerichts vom 22. Oktober 2015 (9C\_662/2015) können folgende Erwägungen entnommen werden (S. 3 E. 3; IV-Nr. 54 S. 3): 3.1 Das kantonale Gericht gelangte nach eingehender Würdigung der medizinischen Unterlagen in Übereinstimmung mit der Verwaltung zum Schluss, dass die ursprüngliche Zusprechung einer ganzen Invalidenrente zweifellos unrichtig gewesen sei. Die IV-Stelle habe lediglich die Arbeitsunfähigkeit im damals ausgeübten Beruf herangezogen, während sie die Einsatzfähigkeit des Versicherten in den übrigen in Betracht fallenden zumutbaren Tätigkeiten ausser Acht gelassen habe. Bei einer korrekten Invaliditätsbemessung hätte lediglich eine tiefere Invalidenrente zugesprochen werden können; allenfalls hätte ein Rentenanspruch gar ausgeschlossen werden müssen. Mit Bezug auf den Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 25. März 2014 stellte die Vorinstanz im Wesentlichen auf das Gutachten des C.\_\_\_\_, [...], vom 13. Dezember 2010 ab, wonach für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Diese vermöge der Beschwerdeführer auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten, was insbesondere aus seinen eigenen Angaben bezüglich der von ihm verrichteten Hauswartarbeiten hervorgeht. Ferner bestätigte das Versicherungsgericht den Einkommensvergleich der IV-Stelle und hielt fest, dass kein Rentenanspruch mehr bestehe. 3.2 Die in der Beschwerde erhobenen Einwendungen sind nicht geeignet, die vorinstanzliche Sachverhaltsfeststellung als offensichtlich unrichtig oder den angefochtenen Entscheid als sonst wie bundesrechtswidrig erscheinen zu lassen. Soweit sich der Versicherte auf die ärztlichen Berichte und Gutachten bezieht, erschöpfen sich die Ausführungen in appellatorischer Kritik an der Sachverhaltsfeststellung, welche im Rahmen der gesetzlichen Überprüfungsbefugnis des Bundesgerichts unzulässig ist (E. 1 hievor). In der Ablehnung einer weiteren medizinischen Begutachtung durch die Vorinstanz kann sodann weder eine Verletzung des rechtlichen Gehörs noch des Untersuchungsgrundsatzes erblickt werden, konnte sich doch der Versicherte zu seiner Sache wiederholt äussern und hat das kantonale Gericht den Sachverhalt umfassend abgeklärt. Eine antizipierte Beweiswürdigung war daher zulässig. (...). 6. Der aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sich demgegenüber wie folgt: 6.1 Dr. med. N.\_\_\_\_, Neurochirurgie FMH (), stellte in seinem Bericht vom 27. September 2016 folgende Diagnose: «Chronische Rückenschmerzen mit claudicativer ischialgieformiger Ausstrahlung beidseits bei progredienter sekundärer Spinalkanalstenose L4/5, links paramedianer Discushernie L5/S1, degenerativen Veränderungen der LWS mit leichter S-förmiger Torsionsskoliose». Im Weiteren wurde als Zwischenanamnese vermerkt, der Patient berichte über zunehmende

Schmerzausstrahlungen in die Beine beim Stehen und Gehen mit Besserung beim Sitzen. Zum MRI der LWS vom 29. August 2016 wurde ausgeführt, gegenüber der Voruntersuchung von 2014 bestehe nun eine eher rechts paramedian betonte Discushernie L4/5 mit konsekutiv hochgradiger Stenosierung des Spinalkanals bei zusätzlich hypertropher Spondylarthrose und verdickten Ligamenta flava. Im Weiteren sei eine in etwa unveränderte links paramediane Diskushernie L5/S1 mit engen recessalen Verhältnissen, ohne sichere Kompression neuraler Strukturen, ersichtlich. Ebenfalls in etwa unverändert sei die S-förmige Torsionsskoliose. Im Rahmen der Beurteilung legte der behandelnde Neurochirurg dar, gegenüber dem MRI der LWS aus dem Jahr 2014 habe die schon seit Jahren bestehende und dokumentierte hochgradige Spinalkanalstenose auf der Höhe L4/5 etwas zugenommen mit nun eher rechts betonter medianer Diskushernie bei nach wie vor hypertropher Spondylarthrose und verdickter Ligamenta flava. In Abhängigkeit des Leidensdruckes des Patienten könne sicher die Dekompression auf der Höhe L4/5 in Betracht gezogen werden bei allerdings reservierter Prognose bei nun mindestens 26-jährigem Verlauf und bei bereits 1992 myelographisch dokumentierter Spinalkanalstenose auf dieser Höhe. Letztlich hänge die Operationsindikation vom Leidensdruck des Patienten ab (IV-Nr. 67 S. 3 ff.).

6.2 Hausarzt F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, hielt in seinem Bericht vom 14. Dezember 2016 fest, beim Beschwerdeführer sei im Juli 2016 eine deutliche Verschlechterung seiner chronischen Rückenschmerzen bei bekanntem Bandscheibenvorfall und Spinalkanalstenose aufgetreten. Die folgende MRI-Untersuchung und Vorstellung beim Spezialisten bestätigte dies. Der Patient sei aufgrund seiner Beschwerden nicht arbeitsfähig (IV-Nr. 56).

6.3 In seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 10. März 2017 hielt der vorerwähnte Hausarzt folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: Diskushernie L5/S1, sekundäre Spinalkanalstenose (seit Jahren), koronare 3-Gefässerkrankung, Myokardinfarkt (NSTEMI) am 12. Januar 2017. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Zur Anamnese wurde festgehalten, der Patient habe am 12. Januar 2017 einen Herzinfarkt erlitten. Er sei bis zum 21. April 2017 in ambulanter kardialer Rehabilitation. Die Prognose bleibe abzuwarten. Der Patient sei sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Verweistätigkeit aufgrund seiner Rückenbeschwerden und zusätzlich aufgrund der Herzschwäche nach erlittenem Herzinfarkt weiterhin arbeitsunfähig (IV-Nr. 69).

6.4 Im Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH Kardiologie, vom 25. April 2017 wurden die Diagnosen «Koronare 3-Gefässerkrankung», «Thoraxschmerzen mit nicht-koronarem Charakter» und «Kardiovaskuläre Risikofaktoren» gestellt. Zur Beurteilung wurde angegeben, der 50-jährige Patient habe vor drei Monaten einen Myokardinfarkt erlitten, der perkutan mittels Stentimplantation behandelt worden sei. Andersartige, seit Jahren bekannte stechende Thoraxschmerzen seien davon erwartungsgemäss unbeeinflusst geblieben. Als Abschlusstest nach der Rehabilitation sei eine erneute Ergometrie durchgeführt worden, die keine Hinweise für eine Myokardischämie ergeben habe; die Leistungsfähigkeit habe sich verbessert. Echokardiographisch finde sich eine erhaltene LV-Funktion ohne regionale Wandbewegungsstörungen. Somit bestehe ein erfreulicher Verlauf (IV-Nr. 73 S. 3 ff.).

6.5 RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 19. Juli 2017 fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht sei radiologisch eine leichte Zunahme der Einengung feststellbar. Klinisch präsentiere sich die Situation jedoch praktisch unverändert gegenüber dem Vorzustand von 2014. Damals wie aktuell bestehe keine sichere Kompression neuraler Strukturen. Eine gesundheitliche

Verschlechterung seit der Rentenaufhebung sei eingetreten, diese sei jedoch ohne Relevanz bezüglich der Leistungsfähigkeit in angepasster, körperlich leichter, wechselbelastender Tätigkeit. Die Arbeitsfähigkeit bestehe unverändert im Rahmen des erwähnten Zumutbarkeitsprofils (IV-Nr. 75).

6.6 Dem Bericht des P.\_\_\_\_, Institut für Medizinische Radiologie (Dr. med. Q.\_\_\_\_), vom 5. September 2017 kann folgender Befund entnommen werden: Es bestehe eine ausgeprägte Coxarthrose (Hüftarthrose) beidseits, linksbetont. Es seien massive osteophytäre Veränderungen acetabulär vorhanden, weniger ausgeprägt am Femurkopf. Die Hüftgelenkspalten seien beidseits im cranialen Aspekt nicht relevant verschmälert, deutlich jedoch caudal. Ansonsten bestehe eine reguläre Darstellung der ossären Strukturen des Beckenskeletts und der proximalen Femora (IV-Nr. 78 S. 2).

6.7 Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 6. November 2017 fest, im Vergleich mit der letzten Untersuchung der Hüftgelenke am 1. November 2010 wiesen die Röntgenbefunde und die vom Hausarzt (rudimentär) beschriebene Symptomatik auf eine deutliche Verschlechterung hin. Wie weit sich dies im Alltag des Versicherten einschränkend bemerkbar mache, sei jedoch daraus schlecht abzuleiten. Eine klinische Beurteilung durch den Facharzt für Orthopädie dränge sich deshalb auf. Es dürfte sinnvoll sein, nochmals polydisziplinär abzuklären (IV-Nr. 81 S. 2).

6.8 6.8.1 Aus dem polydisziplinären (allgemein-internistischen, neurologischen, orthopädisch-chirurgischen sowie psychiatrischen) Gutachten der H.\_\_\_\_ (im Folgenden: H.\_\_\_\_), vom 27. Juli 2018 geht im Rahmen der Konsensbeurteilung hervor, die einzelnen Begutachtungen seien im Zeitraum vom 14. März bis 21. Juni 2018 vorgenommen worden. Zum medizinischen Sachverhalt wurde dargelegt, der neu eingereichte medizinische Bericht betreffe die radiologische Untersuchung des Beckens und der Hüfte links vom 5. September 2017. Gemäss diesem Bericht sei die Zuweisung durch den Hausarzt mit der Angabe erfolgt, der Explorand habe Schmerzen in der linken Leiste und die Aussenrotation im Hüftgelenk sei klinisch zur Hälfte aufgehoben. Es bestehe der Verdacht auf eine Coxarthrose. Dieser Verdacht sei nun radiologisch bestätigt worden. Es bestehe eine beidseitige ausgeprägte Coxarthrose mit massiven osteophytären Veränderungen acetabulär. Der Hüftgelenkspalt sei beidseits caudal deutlich verschmälert. Zu den aktuell beklagten Beschwerden wurde angegeben, der Explorand klage gegenüber den verschiedenen fachspezifischen Teilgutachtern über Kreuzschmerzen bzw. Bandscheibenprobleme, eine Taubheit bzw. ein Spannungsgefühl im linken Unterschenkel und Fussrücken und Schmerzen vom Kreuz bis in den linken Grosszeh und manchmal auch bis in die rechte Ferse. Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben: «Koxarthrose bds; Chronische Rückenschmerzen mit wiederholt ischialgiformer Ausstrahlung links bei paramedianer Discushernie L5/S1 ohne sichere Kompression der Nervenwurzel S1, leichter S-Skoliose, absoluter Spinalkanalstenose mit Einklemmung der Cauda equina bei Bandscheibenmassenprolaps und konstitutionell eng angelegtem Spinalkanal L4/5, linkslateraler grössenprogredienter Bandscheibenhernie mit Bedrängung der S1-Wurzel in L5/S1». Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Status nach Myokardinfarkt (NSTEMI) vom Januar 2017 bei koronarer 3-Gefässerkrankung (ICD-10: I21.4Z, I25.13G), eine arterielle Hypertonie (ICD-10: I10.00G), Adipositas WHO Grad I (ICD-10: E66.00G), Dyslipidämie (laut Akte, derzeit keine Statin-Therapie (ICD-10: E78.5G), Spannungskopfschmerzen sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) angegeben. Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde wurde erklärt, das chronische Lumbovertebralsyndrom behindere den Exploranden bei der Ausübung von schweren und mittelschweren Arbeiten.

Es bestünden deutlich relevante schwerwiegende Einschränkungen bezüglich der Lendenwirbelsäule in Bezug auf das Heben und Bewegen von Lasten (Gewichtslimit: 5 kg), deutlich relevante Einschränkungen bezüglich der Lendenwirbelsäule in Bezug auf eine stehende und gehende Tätigkeit und bei Arbeiten in Zwangshaltungen (bücken, kauend) sowie geringe Einschränkungen beim Wetterwechsel. Es seien keine offensichtlichen limitierenden Belastungsfaktoren und ausreichend Ressourcen vorhanden. Bei der Konsistenzprüfung wurde dargelegt, während sich aus internistischer, chirurgisch-orthopädischer und psychiatrischer Sicht keine Hinweise auf eine Aggravation oder Simulation gezeigt hätten, habe sich in der neurologischen Untersuchung ein anderes Bild ergeben. Hier hätten sich deutliche Hinweise für eine Aggravation bei der Untersuchung gezeigt. Der Explorand sei demonstrativ während der Untersuchung mehrfach wegen Schmerzen aufgestanden und habe seine Sitzposition geändert, ohne dass dies nachvollziehbar wäre, da er dabei sein Gesicht vor Schmerzen nicht verzerrt, sondern eher gelächelt habe. Aufgrund der durch die jeweiligen Teilgutachter attestierten Arbeitsunfähigkeiten ergebe sich aus interdisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100 % und in einer Verweistätigkeit von 25 % bis 30 %. Dabei gelte das seitens des chirurgisch-orthopädischen Teilgutachtens geäußerte Fähigkeitsprofil (wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben und Bewegen von schweren Lasten [Gewichtslimit maximal 5 kg], keine Zwangshaltungen, Möglichkeit zum Pausieren und entspannten Ausruhen während der Arbeitszeit). Zum Verlauf wurde angegeben, retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der echtzeitlich erhobenen Befunde und gestützt darauf vorgenommenen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nicht möglich. Möglich sei hingegen eine Würdigung aus aktueller Sicht. Auf der Grundlage der im aktuellen Zeitpunkt erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen erschienen die echtzeitlich vorgenommenen, als wesentlich erachteten Beurteilungen nur bedingt nachvollziehbar. Man gehe einig mit den früheren Beurteilungen inklusive dem früheren C.\_\_\_\_-Gutachten, dass der Explorand auf dem Bau in einer schweren oder mittelschweren Tätigkeit voll arbeitsunfähig sei. Hingegen werde nicht eingesehen, dass die vom C.\_\_\_\_ attestierte Restarbeitsfähigkeit in einer leichten wechselbelastenden Verweistätigkeit nicht umgesetzt worden sei. Hier sei eine volle Arbeitsunfähigkeit absolut nicht ausgewiesen (dabei werde nicht einmal auf die Fremdbeobachtung eingegangen, welche zu einer anonymen Meldung geführt habe, wenn auch angeblich diese Tatsache vom Exploranden nicht in Abrede gestellt worden sei). Bei der Beurteilung beschränke man sich auf die erhobene Anamnese und die Befunde, welche eine Restarbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit belegten. Im Gegensatz zur C.\_\_\_\_-Begutachtung sehe man eine leichte Beeinträchtigung in einer Verweistätigkeit, doch sei diese mit nur 25 bis 30 % zu beziffern. Es ergebe sich keine additive Arbeitsunfähigkeit. Zu den medizinischen Massnahmen und Therapien (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) wurde dargelegt, im Verlauf, seit über 20 Jahren, seien anscheinend die Beschwerden des Exploranden und sein Leidensdruck so aushaltbar gewesen, dass er sich nicht wesentlich um weitere Therapien bezüglich Medikation, Schmerztherapie oder neurochirurgische Interventionen habe bemühen müssen. Laut den IV-Unterlagen von 1990 bis aktuell habe sich sein Gesundheitsschaden nicht wesentlich verändert. Für die Zukunft sei festzuhalten, dass die Zunahme der spinalen Enge im Bereich der Lendenwirbelsäule zu einer Querschnittssymptomatik führen könne. Aus diesem Grund sei eine klinische und radiologische Verlaufskontrolle in definierten zeitlichen Abständen erforderlich. Die bekannte Arthrose beider Hüftgelenke erfordere zurzeit noch keinen totalendoprothetischen Ersatz (IV-Nr. 94.1 S. 1 ff.). 6.8.2 Im

allgemein-internistischen Teilgutachten (Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH) vom 14. Mai 2018 konnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Der Status nach Myokardinfarkt (NSTEMI) vom Januar 2017 bei koronarer 3-Gefässerkrankung, die arterielle Hypertonie, die Adipositas WHO Grad I und die Dyslipidämie wurden als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben. Im Weiteren wurde dargelegt, auf allgemein-internistischem Fachgebiet seien derzeit keine therapeutischen Massnahmen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit notwendig. Arbeitsrelevante kardiale Beschwerden bestünden aus Sicht des Exploranden derzeit nicht. Es ergäben sich keine konkreten Inkonsistenzen und kein konkreter Anhaltspunkt für Aggravation oder Simulation. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder in einer angepassten Verweistätigkeit seien aus allgemein-internistischer Sicht nicht eingeschränkt. Allerdings sollten körperlich schwerere Belastungen (sofern aus orthopädischen Gründen überhaupt möglich) aus kardiologisch-internistischer Sicht gemieden werden. Leichtere körperliche Tätigkeiten seien aus rein internistischer Sicht vollumfänglich möglich (IV-Nr. 94.1 S. 36 ff.).

6.8.3 Aus dem neurologischen Gutachten (Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie) vom 14. März 2018 geht hervor, der Explorand gebe an, an Schmerzen von der LWS ausgehend in beide Beine nach dorsolateral links über die Oberschenkelaußenseite bis zum Schienbein und zur Ferse links einstrahlend und nach dorsolateral rechts entlang der Ober- und Unterschenkelaußenseite bis in die Ferse rechts einstrahlend zu leiden. Ferner habe er ein aufsteigendes Wärme- und Taubheitsgefühl von den Zehen her bis in den Rücken einstrahlend. Die Schmerzen seien manchmal stärker, manchmal weniger stark. Das Sitzen, Stehen und Laufen seien kurz möglich, manchmal sei das Stehen schlimmer als das Sitzen. Seine Gehstrecke sei höchstens etwa 300 m ohne Pause. Manchmal sei sie auch kürzer. Manchmal könne er nur 10 m gehen. Dann blockiere sein Rücken schmerzhaft. Eine Operation habe er abgelehnt wegen geringer Heilungschancen und aus Angst, dass alles noch schlimmer werden könnte. Eine Infiltration im Bereich der LWS habe nicht funktioniert. Ferner habe er ein Druckgefühl im Bereich der linken Kopfseite, manchmal auch nach rechts ziehend. Er sei öfters nervös und gestresst. Er leide unter Spannungskopfschmerzen. Zum Befund wurde dargelegt, der Explorand müsse bei der Untersuchung wegen der Schmerzen demonstrativ aufstehen und seine Lage wechseln. Im Gespräch sei er freundlich zugewandt und kooperativ. Die Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht lautete wie folgt: «Chronische L5 und S1 Nervenwurzelreizung links betont, links laterale Bandscheibenhernie L5/S1 mit Bedrängung der S1-Wurzel links». Die diagnostizierten Spannungskopfschmerzen haben nach den gutachterlichen Angaben aus neurologischer Sicht keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die neurologische Beurteilung lautete dahingehend, die vorerwähnten Beschwerden bestünden im Grunde seit dem Jahr 1990 unverändert. Eine Operation im Bereich der Bandscheibe L5/S1 werde aus neurologischer Sicht nach so langer Zeit hinsichtlich einer Schmerzlinderung nicht viel bringen. Paresen seien nicht vorhanden. Deshalb sei aus neurologischer Sicht keine Operationsindikation gegeben. Im Verlauf, seit über 20 Jahren, seien anscheinend seine Beschwerden und sein Leidensdruck so aushaltbar gewesen, dass sich der Explorand nicht wesentlich um weitere Therapien bezüglich Medikation, Schmerztherapie oder neurochirurgische Interventionen bemüht habe. Laut den IV-Unterlagen seit 1990 und der aktuellen neurologischen Untersuchung habe sich sein Gesundheitsschaden aus neurologischer Sicht nicht wesentlich verändert. Eine Operation der Bandscheibe L5/S1 komme aus neurologischer Sicht mangels Paresen nicht in Frage.

Eine wesentliche Schmerzlinderung oder gar Schmerzfreiheit nach 26 Jahren Bandscheibenvorfall im Bereich der LWS mit chronischen Nervenwurzelreizungen L5 und S1 erscheine sehr unwahrscheinlich. Die Konsistenz und Plausibilität wurden wie folgt beschrieben: Die Angaben des Exploranden bezüglich seiner Beschwerden seien diskrepant. Auf der einen Seite könne er vor Schmerzen nicht lange sitzen und nichts tun, dann könne er aber trotzdem seiner Ehefrau in ihrer Tätigkeit als Hauswartin helfen. Er erledige alle Tätigkeiten im Hauswartbereich, die keine körperliche Anstrengung erforderten. Dann berichte er von unvorhersehbar und plötzlich auftretenden massiven Schmerzen von der LWS her in die Beine einschliessend, sodass er sich nicht mehr bewegen könne, dann könne er nahezu problemlos Auto fahren, obwohl er keine paar Minuten wegen der Schmerzen ruhig sitzen könne. Schliesslich gebe er an, dass er im Haushalt nichts tun könne, gemäss den IV-Akten helfe er aber seiner Ehefrau auch im Haushalt. Gemäss seiner Beschwerdeschilderung könne er nicht weit gehen, aus den IV-Akten gehe aber etwas Anderes hervor (er gehe sehr viel laufen, eigentlich laufe er den ganzen Tag). Der neurologische Gutachter kam aufgrund seiner Untersuchung zum Schluss, aus neurologischer Sicht bestehe nur eine geringe Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 70 % für leichte Tätigkeiten. Der Explorand könne 6 Stunden pro Tag in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit anwesend sein. Dabei bestehe eine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit von 30 %. Bezogen auf ein 100%-Pensum betrage die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit 70 %, dies gelte auch für angepasste leichte Verweistätigkeiten. Bei einer optimal angepassten Tätigkeit sei Folgendes zu beachten: keine Drehung in der unteren LWS, kein Heben von schweren Lasten (mehr als 5 kg) und keine Tätigkeiten in gebeugter Haltung (IV-Nr. 94.2 S. 1 ff.).

6.8.4 Dem orthopädisch-chirurgischen Teilgutachten (Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie) vom 24. Juni 2018 kann zu den aktuellen Beschwerden Folgendes entnommen werden: Der Explorand berichte, dass er unter einem permanenten Rückenschmerz leide mit einer Schmerzausstrahlung in beide Beine, wobei das linke Bein stärker betroffen sei. Wenn er das Gewicht mehr auf rechts verlagere nach Schmerzen im Bereich des linken Beines, nähmen die Schmerzen im Bereich des rechten Beines zu. Die Schmerzausstrahlung betreffe das gesamte linke Bein beginnend von der Hüfte bis in die Grosszehe. Das Bein sei taub und schmerze unterschiedlich stark. Dies sei von der Belastung abhängig. Im Laufe des Tages variierten die Schmerzen. Der Explorand berichte, dass er maximal 500 Meter an einem Stück gehen könne. Zeitweilig seien aber auch die Gehstrecken auf 50 Meter verkürzt, wenn der Schmerz einstrahle. Er müsse dann eine Pause einlegen. Weiterhin berichte der Explorand über einen linksseitigen Leistenschmerz, welcher seit ca. 2 Jahren bestehe. Dieser trete nur beim Gehen auf. Er müsse dann bei dieser Schmerzattacke in die linke Leiste drücken. Weiterhin berichte der Explorand über einen Armschmerz links, der beim Wetterwechsel auftrete. Im Rahmen der Befunderhebung wurde im Wesentlichen dargelegt, der Explorand befinde sich in einem guten Allgemein- sowie adipösen Ernährungszustand (Körpergrösse 172 cm, Körpergewicht 100 kg). Er sei während der Befragung kooperativ und beantworte alle ihm gestellten Fragen ausführlich, bereitwillig und gewissenhaft. Eine Neigung zur Verdeutlichung der Symptome oder eine Aggravation könne während der Untersuchung nicht festgestellt werden. Der Explorand wirke glaubhaft und neige nicht zu Übertreibungen. Er sei alleine gehfähig. Auf Nachfragen erkläre er, dass er bei längeren Gehstrecken einen Gehstock auf der linken Seite benutze. Die Entkleidung am Oberkörper geschehe vollkommen schmerzfrei und flüssig, im Bereich der unteren Extremitäten streife

er die Schuhe mit den Füßen gegenseitig ab. Die Entkleidung der Hose und der Strümpfe geschehe schwerfällig und sei auf Nachfragen schmerzhaft. Er müsse sich dazu hinsetzen. Während der Befragung stehe der Explorand nach 45 Minuten wegen Schmerzen im Bereich des Rückens auf und müsse ein paar Schritte umhergehen. Ansonsten werde keine Unruhe beim Sitzen während der Befragung beobachtet. Ein Nachlassen der Konzentration während der Befragung sei nicht zu beobachten. Zu den Untersuchungsbefunden wurde dargelegt, im Bereich der Wirbelsäule bestünden keine Muskelatrophien. Man finde Muskelverspannungen und schmerzhafte Myalgelosen im Bereich der Lendenwirbelsäule beidseits paravertebral. Dort könne auch eine Druckschmerzhaftigkeit der kleinen Wirbelgelenke ausgelöst werden. Es finde sich ein deutlicher Klopfschmerz über den Dornfortsätzen der Lendenwirbelsäule, nicht über der Hals- und Brustwirbelsäule. Es seien weder eine Narbenbildung noch Missempfindungen oder Parästhesien vorhanden. Es bestehe eine physiologische Kyphose und Lordose der Brust- und Lendenwirbelsäule. Eine geringe skoliotische Fehlhaltung der Brustwirbelsäule mit Scheitelpunkt bei thorakal 10 nach rechts sei klinisch erkennbar. Bei der Inklination der Wirbelsäule zur Überprüfung des Finger-Fussboden-Abstandes gebe der Explorand Schmerzen beim Wiederaufrichten an. Die Wiederaufrichtung aus eigener Kraft sei möglich ohne Zuhilfenahme der Hände. Eine muskuläre Insuffizienz oder Dysbalance der Wirbelsäule seien nicht festzustellen. Die Bewegung im Bereich der Halswirbelsäule sei nicht schmerzhaft eingeschränkt. Die Bewegung im Bereich der Brustwirbelsäule sei für das Seitneigen rechts/links schmerzhaft eingeschränkt. Der Finger-Fussboden-Abstand betrage 50 cm. Der Händedruck bei der Begrüssung sei äusserst kraftvoll und vollkommen schmerzfrei. Im Bereich der oberen Extremitäten finde sich kein relevantes aktives oder passives Bewegungsdefizit. Sämtliche Bewegungen im Bereich der Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenke könnten schmerzfrei aktiv und passiv ausgeführt werden. Bezüglich der unteren Extremitäten wurde angegeben, die Körperhaltung sei nicht aufrecht, sondern leicht nach vorne gebeugt. Es zeige sich beim Gehen eine deutliche Schonhaltung. Das Gangbild sei steif und die Schrittweite gering und nicht raumgreifend; die Schrittgeschwindigkeit sei verlangsamt. Starten und Anhalten während des Gehens führe der Explorand mit Bedacht aus. Das Abrollverhalten beim Bodenkontakt der Füße sei gestört. Es finde sich ein Versteifungshinken auf der linken Seite. Zum Zeitpunkt der Untersuchung zeigten sich keine Ruhe-, Anlauf- oder Belastungsschmerzen im Bereich der unteren Extremitäten. Zehen- und Hackengang seien durchführbar. Ebenfalls seien die Einnahme der hockenden Position und deren Wiederauflösung möglich. Im Bereich der unteren Extremitäten finde man keine Rotationsfehlstellung oder Beinverkürzung. Zu den Hüftgelenken wurde angegeben, die Drehung auswärts/einwärts (Hüftgelenk 90 °Beugung) sei auf der linken Seite schmerzhaft. Sie sei beiderseits eingeschränkt. Ebenfalls sei die Drehung auswärts/einwärts (Hüftgelenk gestreckt) beiderseits eingeschränkt. Die Knie-, Sprung- und Zehengelenke seien aktiv und passiv schmerzfrei beweglich. Es finde sich ein geringer Druckschmerz im Bereich der linken Leistenregion. Es bestehe kein Klopfschmerz über dem rechten und linken Trochanter. Die rechte Leiste weise keinen Druckschmerz auf. Bei der Bewegungsüberprüfung der Hüftgelenke könnten keine Krepitationen (Gelenkknirschen) und kein Schnappphänomen festgestellt werden. Der Beinstauchungsschmerz löse Schmerzen im Bereich der unteren LWS beiderseits aus. Der orthopädisch-chirurgische Teilgutachter stellte auf chirurgischem Fachgebiet folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Koxarthrose bds.; Chronische Rückenschmerzen mit wiederholt ischialgiformer Ausstrahlung links bei paramedianer

Discushernie L5/S1 ohne sichere Kompression der Nervenwurzel S1, leichter S-Skoliose, absoluter Spinalkanalstenose mit Einklemmung der Cauda equina bei Bandscheibenmassenprolaps und konstitutionell eng angelegtem Spinalkanal L4/5 und linkslateraler grössenprogredienter Bandscheibenhernie mit Bedrängung der S1-Wurzel in L5/S1. Zur Krankheitsentwicklung wurde dargelegt, beim Exploranden liege eine computertomographisch gesicherte Stenose des Spinalkanals auf Höhe L4 und L5 vor (Bericht vom 21. Juni 1989). Zusätzlich bestünden eine lumbale Diskushernie der vierten lumbalen Bandscheibe mit Kompression der Nervenwurzel L5 rechts und eine paramediane Diskushernie der fünften lumbalen Bandscheibe mit deutlicher Impression des Duralsackes. Der Austrittsbericht vom 26. Juli 1990 nenne als Diagnosen ein Lumbovertebralsyndrom und radikuläres Reizsyndrom sowie ein sensibles Ausfallsyndrom L5, eventuell S1 rechts bei medialer und rechtslateraler Diskushernie L4/L5, sowie kleiner medialer Diskusprotrusion L5/S1. Klinisch sei der akute Rückenschmerz erstmals im Mai 1988 beim Schaufeln in einem Graben aufgetreten. Die Indikation zum operativen Vorgehen sei im Bericht vom 8. Januar 1992 dokumentiert worden. Basis sei ein Myelo-CT vom 6. November 1991 bei ossär engem Spinalkanal in Höhe L4/L5 und Diskushernie L4/L5 rechts gewesen. Die Spinalkanalstenose sei als idiopathisch (ohne erkennbare Ursache entstanden) angesehen worden. Die operative Therapie sei vom Patienten mehrfach abgelehnt worden. Eine stationäre Behandlung über 6 Wochen im Jahr 1990 sei ohne Effekt gewesen. Das Kernspintomogramm der Lendenwirbelsäule vom 29. August 2016 beschreibe eine absolute Spinalkanalstenose mit Einklemmung der Cauda equina bei Bandscheiben-Massenprolaps und konstitutionell angelegtem Spinalkanal L4/L5. Weiterhin bestehe eine linkslaterale grössenprogrediente Bandscheibenhernie mit Bedrängung der S1-Wurzel in L5/S1. Die klinische Beurteilung durch die Neurochirurgie (Bericht vom 27. September 2016 [vgl. E. II. 6.1 hiervor]) beschreibe die Zunahme der hochgradig bekannten Spinalkanalstenose in Höhe L4/L5 bei rechtsbetonter medianer Diskushernie und hypertropher Spondylarthrose. Die Indikation zu diesem Zeitpunkt zur operativen Therapie sei vom Leidensdruck des Exploranden abhängig gemacht worden, da ein 26-jähriger Verlauf inzwischen dokumentiert sei. Eine radiologische Untersuchung des Beckens und der Hüfte links vom 5. September 2017 habe eine radiologisch gesicherte Koxarthrose beidseits linksbetont ergeben. Die Beurteilung des bisherigen Verlaufs lautete nach den Angaben von Dr. med. T. \_\_\_ wie folgt: Die bisherige Therapie sei lege artis in Art und Umfang und mit notwendiger Intensität bzw. Dosierung durchgeführt worden. Für die Zukunft sei festzuhalten, dass die Zunahme der spinalen Enge im Bereich der LWS zu einer Querschnittssymptomatik führen könne. Aus diesem Grund sei eine klinische und radiologische Verlaufskontrolle in definierten zeitlichen Abständen erforderlich. Die bekannte Arthrose beider Hüftgelenke erfordere zurzeit noch keinen totalendoprothetischen Ersatz. Hinweise für Aggravation und Simulation bestünden nicht. Zur Arbeitsfähigkeit wurde dargelegt, eine Arbeitstätigkeit als Lagerist mit stehender Tätigkeit und Bewegungen von Lasten permanent sei dem Exploranden vollumfänglich nicht mehr zumutbar. Folgende Merkmale müsste eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit aufweisen: Wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben und Bewegungen von schweren Lasten (Gewichtslimit maximal 5 kg), keine Zwangshaltungen, Möglichkeit zum Pausieren und entspannten Ausruhen während der Arbeitszeit. Die maximale Präsenz einer solchen Tätigkeit betrage 6 Stunden pro Tag. Dabei bestehe keine Leistungsminderung. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde – bezogen auf ein 100%-Pensum – auf 75 % geschätzt. Zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit wurde

erklärt, eine retrospektive Beurteilung einer potenziellen Entwicklung einer Verweistätigkeit erachte man hier als spekulativ. Daher werde von einer rückwirkenden Bemessung bezüglich einer Verweistätigkeit abgesehen. Für die zukünftige Entwicklung der Arbeitsfähigkeit werde festgehalten, dass die angepasste Tätigkeit im Ausmass von 75 % Präsenzzeit bei 100 % Leistungsfähigkeit möglich sein sollte (IV-Nr. 94.2 S. 20 ff.).

6.8.5 Im psychiatrischen Teilgutachten (Dr. med. Dipl.-Psych. U.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) vom 26. Mai 2018 konnte keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) genannt. Zur Diagnose wurde erwähnt, die Schmerzstörung habe ihren Ausgangspunkt von einer somatischen Problematik genommen. Psychosoziale Faktoren spielten dabei nicht die ursächliche Rolle für den Beginn der Schmerzproblematik, sondern seien verantwortlich für die Aufrechterhaltung der Störung. Solche Faktoren seien hier die ungewisse berufliche Zukunft und die Perspektivlosigkeit. Das Zeitkriterium sei längstens erreicht. Den Arztberichten sei durchgehend eine chronifizierte Schmerzstörung zu entnehmen. Im Rahmen der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität wurde dargelegt, aus psychiatrischer Sicht zeigten sich keine relevanten Diskrepanzen hinsichtlich der Beschreibung der Krankheitsentwicklung/Symptombeschreibung des Exploranden und den aktuell vorliegenden Arztberichten. Es hätten keine wesentlichen Diskrepanzen zwischen den angegebenen Beschwerden und dem aktuellen psychopathologischen Befund ergeben. Die Schilderung des Tagesablaufs (Aktivitätsniveau) könne mit den aktuell beschriebenen Beschwerden in Einklang gebracht werden. Das Verhalten des Exploranden habe im Rahmen der Untersuchung keine wesentliche Aggravations- bzw. Simulationstendenz aufgewiesen. Insgesamt könne von einer ausreichenden Konsistenz zwischen der Aktenlage mit den Vorbefunden, den Eigenangaben des Exploranden, dem psychopathologischen Befund und den psychometrischen Ergebnissen ausgegangen werden. Eine valide Beurteilung sei deshalb aus psychiatrischer Sicht möglich. Es bestehe keine Persönlichkeitsstörung. Auf der psychisch-geistigen Ebene hätten sich keine Beeinträchtigungen ergeben, weil ausgeprägte affektive, psychomotorische, kognitive oder vegetative Auffälligkeiten fehlten. Auf der psychiatrisch-körperlichen Ebene zeigten sich keine (depressiv getönte) Verminderung der Vitalgefühle, keine Freudminderung, keine Beeinträchtigung der emotionalen Reagibilität und keine Antriebsstörung. Das verminderte Aktivitätsniveau im Alltag sei vom Exploranden auf die Schmerzsituation zurückgeführt worden. Auf der Ebene der sozialen Kommunikationsfähigkeit hätten sich ebenfalls keine schwerwiegenden Beeinträchtigungen ergeben. Hinweise auf einen sozialen Rückzug seien eruierbar gewesen, allerdings nicht in allen Belangen des Lebens (intakte Familienverhältnisse). Die Interaktion in der Untersuchungssituation sei weitgehend adäquat gewesen. Auf der Fähigkeitsebene hätten sich vorrangig schmerzbedingte Einschränkungen in der Durchhaltefähigkeit und der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten ergeben. Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, aus rein psychiatrischer Sicht sei der Explorand in jedweder seinen körperlichen Möglichkeiten und seinen Fähigkeiten entsprechenden Arbeitstätigkeit vollumfänglich (100 % der wöchentlichen Arbeitszeit, 8.5 Std. pro Tag an 5 Tagen pro Woche) arbeitsfähig. Dabei bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Dies gelte sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch für eine angepasste Verweistätigkeit. Im Verlauf sei aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit nicht ausgewiesen (IV-Nr. 94.3).

6.9 Dr. med. N.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 4. Oktober 2018 folgende Diagnosen fest: Chronische Rückenschmerzen mit

claudicativer ischialgiformer Ausstrahlung beidseits bei leicht progredienter hochgradiger sekundärer Spinalkanalstenose L4/5 bei hier hypertropher Spondylarthrose, verdickten Ligamenta flava und medianer Discushernie, links paramedianer Discushernie L5/S1 bei spondylarthrotisch engen recessalen Verhältnissen und degenerativen Veränderungen der LWS mit leichter S-förmiger Torsionsskoliose. Die Beurteilung lautete dahingehend, die vom Patienten beschriebenen Beschwerden seien glaubhaft und typisch für die im MRI der LWS vom 29. August 2016 dargestellten Befunde. Für körperlich belastende Tätigkeiten sei der Patient zu 100 % arbeitsunfähig. Auch für Tätigkeiten, welche Stehen an Ort, Über-Kopf-Arbeiten und repetitive Rotationsbewegungen der LWS erforderten, sei der Patient nicht mehr arbeitsfähig. Die mögliche Arbeitsfähigkeit beschränke sich eigentlich auf eine sitzende Tätigkeit. Im Sitzen bestünden zwar erwartungsgemäss keine relevanten Schmerzausstrahlungen in die Beine, leicht links. Längeres Sitzen verstärke aber die Rückenschmerzen, was glaubhaft sei und ebenfalls zu den Pathologien im MRI passe. Letztlich beschränke sich die Arbeitsfähigkeit auf eine rein sitzende Stellung, wobei auch hier die Zeitdauer eingeschränkt sei. Eine solche Tätigkeit könne stundenweise bis zu 4 Stunden pro Tag ausgeführt werden. Heben und Tragen von Lasten komme kaum mehr in Frage. Auch Tätigkeiten verbunden mit Erschütterungen und ruckartigen Bewegungen (z.B. Staplerfahrer etc.) könnten nicht mehr durchgeführt werden. Für eine solche adaptierte Tätigkeit könne theoretisch eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert werden (IV-Nr. 99 S. 3 ff.). 6.10 Hausarzt F. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 15. Oktober 2018 fest, beim Patienten zeige sich im MRI der LWS vom 29. August 2016 eine grössenprogrediente Spinalkanalstenose im Vergleich zur Voruntersuchung im Jahr 2014. Seither dürfte nochmals eine weitere Verschlechterung eingetreten sein. Die bekannten anhaltenden Schmerzen im Rücken und in den Beinen hätten sich nochmals verstärkt. Die Arbeitsfähigkeit werde von Dr. med. N. \_\_\_ auf maximal 50 % für eine rein sitzende Tätigkeit mit eingeschränkter Zeitdauer taxiert. Dabei gelte es ruckartige Bewegungen und Erschütterungen genauso zu vermeiden wie das Heben und Tragen von Lasten. Internistisch sei noch anzumerken, dass der Explorand zwischenzeitlich im Januar 2017 einen Myokardinfarkt erlitten habe. Der Explorand habe seit über 3 Jahren bewegungsabhängige Schmerzen in der linken Hüfte bei zunehmender linksbetonter Coxarthrose. Es bestehe eine Nutzungs- und Bewegungseinschränkung der linken Schulter bei Omarthrose und Subluxationsstellung. Die von Dr. med. N. \_\_\_ geschätzte Arbeitsfähigkeit von 50 % sei optimistisch. Schliesslich müsste dies in einem Arbeitsversuch in einer angepassten Tätigkeit geklärt werden. Zum neurologischen Teilgutachten von Dr. med. S. \_\_\_ vom 14. März 2018 sei festzuhalten, dass es ungerechtfertigt sei, beim Patienten eine Aggravation aufgrund des Stellungswechsels in der Sitzposition im Verlauf der Untersuchung zu sehen und diese als demonstrativ zu bezeichnen, um damit indirekt ein Simulieren anzudeuten. Der Patient habe sich, seit er ihn kenne, um seine gesundheitlichen Angelegenheiten stets bemüht. Das neurologische Gutachten sei tendenziös. Es bestehe ein klarer Gesundheitsschaden, dieser habe sich im Lauf der Zeit – wie zu erwarten gewesen sei – allmählich weiter verschlechtert bis zum aktuellen Zeitpunkt (IV-Nr. 100 S. 2). 6.11 RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, hielt in ihrem Untersuchungsbericht vom 15. November 2018 (Untersuchung vom 12. November 2018) fest, das im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung durch die H. \_\_\_ erfolgte neurologische Teilgutachten vom 14. März 2018 sei sehr knapp ausgefallen und habe weder den Vertreter des Beschwerdeführers noch den involvierten RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_ zu überzeugen vermocht. Anstelle einer Wiederholung des neurologischen Gutachtens sei der

Versicherte im RAD [...] neurologisch untersucht worden. Die Untersuchung habe 1 ¾ Stunden gedauert. Im Rahmen der Anamnese wurde unter dem Titel «subjektive Angaben der versicherten Person» angegeben, diese habe seit 30 Jahren Rückenprobleme. Angefangen habe alles im Herbst 1988, als der Versicherte als Hilfsarbeiter auf dem Bau ein Stück Boden habe vorbereiten müssen, um Betonfundamente für einen Kran legen zu können. Dabei sei er mit einer Schaufel an einer Wurzel hängen geblieben, was ihm einen Schlag in den Rücken gegeben habe. Seither habe er in wechselndem Ausmass immer Rückenschmerzen. Im unteren Rücken habe er dauernd Schmerzen, wobei diese in der Intensität wechselten. Am Morgen, nach dem Aufstehen, seien diese Schmerzen meistens stark ausgeprägt und mit einem steifen Gefühl verbunden. Er mache dann ein paar Lockerungsübungen und leichte Bewegungen, was die Schmerzen beruhige. Wenn er tagsüber aufpasse, sich richtig bewege und nicht zu lange am Stück sitze, seien die Schmerzen zum Aushalten. Neben den Schmerzen im Rückenbereich habe er auch Schmerzen in den Beinen mit einem brennenden Charakter, wobei das Gehen die Schmerzen auslöse. Er sei aufgrund der brennenden Schmerzen in den Beinen gezwungen, nach ca. 300 m anzuhalten und abzusetzen. Wenn dies nicht möglich sei, müsse er sich nach vorne beugen oder das linke Bein auf einen Stein stellen zur Entlastung. Schmerzverstärkend wirkten Kälte, Durchzug, langes Sitzen (mehr als eine halbe Stunde), Gehen mehr als 300 m am Stück, abwärtsgehen, langes Verharren in gleicher Körperposition und Liegen in Rückenlage. Auf die Frage, ob andere Schmerzen vorhanden seien, gab der Versicherte an, ab und zu an Kopfschmerzen zu leiden (vom Nacken ausstrahlend, wie Verspannung), beim linken Hüftgelenk sei vor ca. einem Jahr ein Nerv blockiert gewesen, nach einer Behandlung habe er dort seither keine Beschwerden mehr, und ab und zu schliefen ihm die Finger IV und V links ein. Eine operative Behandlung der Spinalkanalstenose habe man dem Versicherten schon vor fast 30 Jahren das erste Mal empfohlen. Er habe sich jedoch nie operativ behandeln lassen, da der Ausgang zu unsicher sei. Man habe ihm nie garantieren können, dass es nachher gut sei. So wie sein Alltag eingerichtet sei, könne er gut mit seinen Beschwerden umgehen. Zur subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wurde vermerkt, der Versicherte halte sich für arbeitsunfähig, weil sein Zustand instabil und nicht vorhersehbar sei. Von einem Tag auf den anderen könnten die Rückenschmerzen so stark werden, dass er blockiert sei. Dann würde er bei der Arbeit ausfallen. Es sei schon vorgekommen, dass er deswegen sechs Wochen nicht mehr habe aufstehen können. Zum Status wurde angegeben, der Versicherte könne zügig und ohne Zuhilfenahme der Hände von einem Stuhl aufstehen und sich hinsetzen. Das Gangbild wirke etwas steif und verlangsamt, der Oberkörper werde leicht nach vorne gebeugt und es bestehe ein Entlastungshinken des linken Beines. Nach ca. einer halben Stunde müsse der Versicherte die Position ändern, er stehe auf und mache ein paar Entlastungsbewegungen. Beim Aus- und Ankleiden führe er die Bewegungen «rückengerecht» aus, dies bedeute, er gehe in die Hocke (ein- und zweibeinig), anstatt sich zu bücken. Nach der Wiedergabe der erhobenen Befunde und der Ergebnisse der Zusatzuntersuchungen (Myelo-CT vom 6. November 1991, MRI vom 29. August 2016) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und Claudicatio spinalis bei hochgradiger sekundärer Spinalkanalstenose L4/5 bei hypertropher Spondylarthrose und medianer Diskushernie, kongenital engem Spinalkanal und links paramedianer Diskushernie L5/S1 bei spondylarthrotischen engen rezessalen Verhältnissen; Coxarthrose beidseits, linksbetont, aktuell asymptomatisch; Omarthrose links. Die weiteren Diagnosen (Koronare

Herzkrankheit, arterielle Hypertonie, Spannungskopfschmerzen, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Hypercholesterinämie) haben nach den Angaben der RAD-Ärztin keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zur Beurteilung wurde ausgeführt, der Versicherte habe seit ca. 30 Jahren lumbale Schmerzen und intermittierende, radikulär ausstrahlende Schmerzen in die unteren Extremitäten im Sinne einer spinalen Claudicatio. Bei konstitutionell engem Spinalkanal sei bereits anfangs der 1990iger Jahre eine sekundäre Enge auf der Höhe L4/5 durch eine Diskushernie beschrieben worden. Sei anfänglich eine Schmerzausstrahlung in das rechte Bein im Vordergrund gestanden, werde seit dem Jahr 2007 hauptsächlich eine Schmerzausstrahlung ins linke Bein angegeben. Aktuell beklage der Versicherte einerseits dauernd vorhandene lumbale Schmerzen in leichter bis mittlerer Ausprägung, die am Morgen nach dem Erwachen am stärksten seien und durch Lockerungs- und Entlastungsübungen sowie leichte Wechselbelastung im Verlauf des Tages etwas abklängen und durchaus erträglich seien. Schmerzmittel nehme er deswegen nicht regelmässig ein, ausser vor dem zu Bett gehen. Bei spezifischen Belastungen wie geradeaus- oder bergabgehen trete zusätzlich ein brennender Schmerz im Bereich des seitlichen linken Unterschenkels auf, der bei fortgesetzter Belastung bis in den lateralen Fussrand und in die Grossezehe ausstrahle. Diese Schmerzen zwingen den Versicherten anzuhalten, sich hinzusetzen oder eine andere Entlastungshaltung der LWS einzunehmen. Diese Symptome seien vereinbar mit einer intermittierenden Reizung der Wurzel L5 ev. auch S1 links durch die Spinalkanalstenose L4/5. Der fehlende Achillessehnenreflex (ASR) links und die leicht herabgesetzte Oberflächensensibilität in den Dermatomen L5 und S1 links seien seit vielen Jahren bekannt und vereinbar mit einer Schädigung der Wurzel S1. Ausser den anamnestischen Angaben, die lehrbuchmässig zu einer spinalen Claudicatio passten, finde man in der aktuellen Untersuchung keine Hinweise auf eine akute radikuläre Reizung (Lasègue beidseits negativ) oder ein radikuläres motorisches Ausfallsyndrom (normale Trophik, normale Kraft). Neben diesen aktuell vorherrschenden Symptomen, die leicht bis mässiggradig ausgeprägt seien und den Versicherten in seinen alltäglichen Verrichtungen nicht wesentlich einschränkten, komme es offenbar phasenweise zu akuten Verschlechterungen mit starken Schmerzen, Blockierungen im Bereich der LWS und eingeschränkter bis aufgehobener Mobilität. Die längste, vom Versicherten erinnerte Phase habe sechs Wochen gedauert. Im Weiteren führte die RAD-Ärztin aus, die vom neurologischen Gutachter beobachtete Aggravation könne nicht bestätigt werden. Die Beschwerdeschilderung und das Verhalten des Versicherten in der Untersuchungssituation seien angemessen gewesen. Beschwerden von Seiten des Hüftgelenks (laut Akten bestehe eine beidseitige Coxarthrose) würden aktuell weder spontan noch auf Anfrage geäussert. In der Untersuchung finde sich eine eingeschränkte Hüftgelenksbeweglichkeit links. Im Bereich der linken Schulter äussere der Versicherte während der Untersuchung Probleme bei der Elevation und Rotation über der Horizontalen. Gemäss der Berichterstattung des Hausarztes sei hier eine Omarthrose und Subluxationsstellung festgestellt worden. Bei manuellen Verrichtungen auf Tischhöhe sei der Explorand beschwerdefrei und nicht eingeschränkt. Die Blutdruckwerte seien während der Untersuchung deutlich zu hoch gewesen. Der Versicherte sei angewiesen worden, sich diesbezüglich beim Hausarzt zu melden. Die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könne durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden. Zweifelsohne sei eine Minderbelastbarkeit des unteren Achsenskeletts seit nun mehr 30 Jahren ausgewiesen. Der Versicherte sei in seiner Alltagsgestaltung und –bewältigung durch die Beschwerden

leicht bis mässiggradig eingeschränkt. Er könne seinen Alltag aber durchaus aktiv ausgestalten, gehe regelmässig spazieren, beteilige sich an der Haushaltsführung (er gehe einkaufen, helfe der Ehefrau bei der Essenszubereitung, bereite selbstständig Backwaren und Süssspeisen zu, treffe regelmässig Familienangehörige, spiele mit Enkelkindern, könne Computer bedienen und im Internet surfen, fahre zumindest für kurze Strecken selber Auto). Der Versicherte habe einen erhöhten Pausenbedarf und sei deutlich eingeschränkt in der Geh- und Stehfähigkeit. In der körperlichen Untersuchung finde man keine Zeichen einer muskulären Dekonditionierung. Eine eindeutige Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber 2010 sei nicht zweifelsfrei ausgewiesen. Auf der Symptomebene seien die Beschwerden damals stärker ausgeprägt gewesen (freie Gehstrecke 150 m), die klinischen neurologischen Befunde seien unverändert (keine sensomotorischen Defizite, Achillessehnenreflex links fehlend, Lasègue beidseits negativ, LWS Beweglichkeit eingeschränkt, paravertebraler Muskelhartspann und Klopfdolenz der LWS, Druckdolenz beidseits paravertebral im lumbosakralen Übergang). Der radiologische Befund habe sich hingegen im Jahr 2016 gegenüber demjenigen im Jahr 2014 leicht verschlechtert. Die RAD-Ärztin hielt abschliessend fest, die Gutachter der H.\_\_\_\_ seien in ihrer Beurteilung zum Schluss gekommen, dass dem Versicherten eine optimal angepasste Tätigkeit vollschichtig zumutbar sei. Wegen erhöhten Pausenbedarfs zum Entspannen und Ausruhen sei die Leistungsfähigkeit um 25 bis 30 % vermindert worden. Damit sei einer gewissen Verschlechterung des Gesundheitszustands (radiologische Progredienz, Coxarthrose) gegenüber dem Jahr 2010 Rechnung getragen worden. Das Zumutbarkeitsprofil wurde wie folgt angegeben: Körperlich leichte Tätigkeiten, vorwiegend sitzend, mit der Möglichkeit der freien Positionswahl (Aufstehen, leichtes Herumgehen), seien zuzumuten. Zwangshaltungen des Rumpfes (Vornüberbeugen, in Rotationsstellung) und Überkopfarbeiten seien zu vermeiden. Ein vollschichtiges Pensum sei möglich, wobei ein erhöhter Pausenbedarf (Entlastung) von ca. 30 % bestehe, was 20 Minuten pro Stunde entspreche (IV-Nr. 101).

6.12 In seiner Stellungnahme vom 19. November 2018 hielt RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ fest, die Teilgutachten der H.\_\_\_\_ in den Fachbereichen «Allgemeine Innere Medizin», «Orthopädie» und «Psychiatrie» seien lege artis durchgeführt worden und daher nicht zu beanstanden. Das neurologische Teilgutachten sei hingegen auch aus Sicht des RAD ungenügend ausgefallen. So sei zu wenig auf die Kernproblematik der Spinalkanalstenose eingegangen worden und die klinische Untersuchung sei lückenhaft. Angesichts dieser Situation sei eine RAD-interne Untersuchung durch die RAD-Ärztin und Neurologin Dr. med. D.\_\_\_\_ durchgeführt worden (Bericht vom 15. November 2018 [vgl. E. II. 6.11 hiervor]). Bezüglich der Beurteilung sei in erster Linie auf diesen Bericht abzustellen. Dr. med. D.\_\_\_\_ komme zum Schluss, dass eine eindeutige Verschlechterung des Gesundheitszustands seit dem Jahr 2010 nicht zweifelsfrei ausgewiesen sei. Mit der Attestierung einer Reduktion der Leistungsfähigkeit um 25 bis 30 % hätten die H.\_\_\_\_-Gutachter aus Sicht von Dr. med. D.\_\_\_\_ einer gewissen Verschlechterung gegenüber dem Jahr 2010 jedenfalls Rechnung getragen. Diese Gesamtbeurteilung könne somit übernommen werden. Das Zumutbarkeitsprofil von Dr. med. D.\_\_\_\_ laute dahingehend, dass körperlich leichte Tätigkeiten, vorwiegend sitzend, mit der Möglichkeit der freien Positionswahl (Aufstehen, leichtes Herumgehen), zumutbar seien. Zwangshaltungen des Rumpfes (Vornüberbeugen, in Rotationsstellung) und Überkopfarbeiten seien nicht möglich. Ein vollschichtiges Pensum sei zumutbar. Es bestehe ein erhöhter Pausenbedarf (Entlastung) von ca. 30 %, was 20 Minuten pro Stunde entspreche. RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ beurteilte die Arbeitsfähigkeit wie folgt: Es bestehe

eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % seit Juli 2016. Bezüglich des Beginns der Verschlechterung könne auf den Kurzbericht des Hausarztes F.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2016 (IV-Nr. 56; vgl. E. II. 6.2 hiervor) abgestellt werden. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 102).

6.13 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahm Dr. med. D.\_\_\_\_ zu den Einwänden des Beschwerdeführers am 13. Juni 2019 dahingehend Stellung, die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit werde sowohl aus orthopädischer Sicht gemäss der teilgutachterlichen Beurteilung von Dr. med. T.\_\_\_\_ im Rahmen der H.\_\_\_\_-Begutachtung vom 27. Juli 2018 als auch aus neurologischer Sicht laut ihrer Beurteilung im Rahmen ihrer Untersuchung vom 12. November 2018 mit 70 % beziffert. Sehe der Orthopäde eine rein pensumsmässige Einschränkung, sei aus neurologischer Sicht bei vollschichtiger Tätigkeit die Leistung gemindert. Die pensumsmässige Einschränkung und die Leistungsminderung addierten sich aber nicht. Unbestritten sei die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Eine eindeutige Verschlechterung des Gesundheitszustands gegenüber 2010 sei nicht zweifelsfrei ausgewiesen. Auf der Symptomebene seien die Beschwerden im Jahr 2010 stärker ausgeprägt gewesen als im Jahr 2018 (z.B. freie Gehstrecke 150 m gegenüber 300 m). Die klinisch neurologischen Befunde seien unverändert. Einzig der radiologische Befund habe sich im Jahr 2016 gegenüber dem Jahr 2014 leicht verschlechtert (IV-Nr. 110).

6.14 Dem Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 21. Januar 2020 können folgende Diagnosen entnommen werden: Progrediente claudicative Lumboischialgie links mit motorischem Ausfallsyndrom L5 sowie sensiblem Ausfallsyndrom L5 und S1 links bei bekannter, progredienter hochgradiger sekundärer Spinalkanalstenose L4/5 bei hier hypertropher Spondylarthrose, verdickten Ligamenta flava und medianer Diskushernie, links paramedianer Discushernie L5/S1 bei spondylarthrotisch engen recessalen Verhältnissen und degenerativen Veränderungen der LWS mit leichter S-förmiger Torsionsskoliose; Status nach kardialem Stent am 20. Dezember 2019; unter Antikoagulation. Zur Zwischenanamnese wurde ausgeführt, der Patient berichte über ein nun mittlerweile mehr oder weniger permanentes Brennen im lateralen Unterschenkel links, lageunabhängig. Stehen könne er maximal 5 Minuten, Spazieren maximal 300 m. Mittlerweile habe er auch eine Schmerzausstrahlung ins rechte Bein. Es bestünden Schmerzen während der Nacht. Als Befund wurde angegeben, es bestehe ein laterales Absinken im Fersengang links. Im Liegen geprüft sei zusätzlich eine Peroneusparese M4 links festzustellen. Die Hypästhesie sei im Dermatom L5 und S1 links betont. Ansonsten bestehe ein unveränderter neurologischer Status gegenüber der Voruntersuchung. Zur Beurteilung wurde dargelegt, bei den progredienten Beschwerden habe sich der Patient mittlerweile doch für eine Operation entschlossen. Am 20. Dezember 2019 sei ihm ein kardialer Stent eingelegt worden mit nun entsprechender Antikoagulation, sodass ein Eingriff für insgesamt 6 Monate nicht möglich sei. Der Verlauf müsse abgewartet werden (Beschwerdebeilage [BB] 5).

6.15 6.15.1 Dr. med. V.\_\_\_\_, Neurochirurgie FMH (), stellte in seinem Bericht vom 3. September 2020 folgende Diagnosen: Aktuell beidseitige Ischialgien links und rechts am dorsalen Ober- und Unterschenkel bis in die Ferse ziehend bei bekannter, progredienter hochgradiger sekundärer Spinalkanalstenose L4/5 bei hier hypertropher Spondylarthrose, verdickten Ligamenta flava und medianer Diskushernie, links paramedianer Discushernie L5/S1 bei spondylarthrotisch engen recessalen Verhältnissen und degenerativen Veränderungen der LWS mit leichter S-förmiger Torsionsskoliose; Status nach kardialem Stent am 20. Dezember 2019, unter Antikoagulation. Zur Anamnese wurde dargelegt, der Patient komme nochmals nach kardialem Stent im Dezember 2019 in die Sprechstunde. Damals sei

eine etwaige Operation aufgrund des kardialen Eingriffs für 6 Monate verschoben worden. Die Lokalisation der Beschwerden sei gemäss den Angaben des Patienten verändert im Vergleich zur Konsultation vom Januar 2020. Es betreffe nun auch das Gesäss, den dorsalen Ober- und Unterschenkel links aber auch im selben Gebiet auf der rechten Seite. Die Befunde lauteten wie folgt: Auf der linken Seite bestehe eine diskrete Fussheber- und Peroneusparesse vom Kraftgrad M4 bis M4+. Sodann bestehe eine Hypästhesie im Dermatom L5 und S1 links. Das Lasègue-Zeichen sei negativ. Die Schwäche bestehe schon seit Ende 2019 (A.S. 91 f.).

6.15.2 Aus dem Bericht von Dr. med. W.\_\_\_\_, FMH Radiologie, vom 8. September 2020 über das neu angefertigte MRT der LWS und des ISG vom 7. September 2020 geht folgende Beurteilung hervor: Es handle sich hier um eine stationäre Verlaufskontrolle mit multifaktorieller absoluter Spinalkanalstenose L4/L5 und rezessaler Stenose L5 beidseits. Es seien stationäre median/links mediolaterale, links foraminal reichende Diskusprotrusionen L5/S1 mit Tangierung der Wurzel S1 links oberhalb des lateralen Rezessus und osteodiskal bedingter foraminaler Stenose L5 links, rechts moderat, ersichtlich. Im Verlauf neu bestehe eine ödematöse Signalanhebung der L4-Deckplattenvorderkante bei vorbestehender und konstanter triangulär konfigurierter ödematöser Signalanhebung der Endplattenvorderkante von LWK 2 und L3, DD aktivierte ventrale Spondylose, seronegative Spondylarthropathie (Romanus-Läsionen). Im Weiteren seien stationäre übrige Nebenbefunde ersichtlich (A.S. 93).

6.15.3 Im Bericht von Dr. med. V.\_\_\_\_ vom 18. September 2020 wurde zum MRI der LWS vom 7. September 2020 festgehalten, es zeige sich wie auch schon in den Voraufnahmen eine Stenose auf der Höhe L4/5 mit begleitender Bandscheibenprotrusion, welche leicht progredient sei. Konsekutiv führe dies zu einer Einengung des Spinalkanals. Dies korreliere mit der klinischen Symptomatik. Die Beurteilung lautete wie folgt: Prinzipiell sei dem Patienten eine operative Therapie angeboten worden. Im Moment wolle er aber keine Operation und ziehe die Durchführung einer epiduralen periradikulären Infiltration an der LWS (PRT) vor (A.S. 94 f.).

6.15.4 Dr. med. V.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 24. September 2020 im Wesentlichen fest, mit dem Patienten sei die Infiltration unter Aspirin besprochen worden. Wenngleich ein leicht erhöhtes Blutungsrisiko bestehe, sei die Infiltration prinzipiell mit akzeptablem Risiko möglich. Der Patient sei mit dem Vorgehen einverstanden. Die Infiltration sei vorgesehen auf der Höhe L4/5 bei bekannter Spinalkanalstenose in eben selbiger Höhe. Sollte der Patient nicht gut von der Infiltration profitieren, bestehe prinzipiell, wie auch schon in den letzten Berichten geschildert, die Möglichkeit einer operativen Dekompression (A.S. 96 f.).

6.15.5 Am 21. Oktober 2020 wurde eine CT-gesteuerte epidurale Steroid-Infiltration L4/5 von rechts her vorgenommen. Zum Procedere wurde dargelegt, bei befriedigender Wirkung könne die Infiltration wiederholt werden. Bei nur kurzfristiger Besserung sei mit einer erneuten Infiltration keine relevante Besserung der Beschwerden zu erwarten (A.S. 98).

6.16 Dem vom Gericht in Auftrag gegebenen neurologischen Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2021 (Untersuchung vom 7. Januar 2021) kann folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Hochgradige Spinalkanalstenose L4/5 seit circa 1988 (ICD-10 M48.06)». Der neurologische Gutachter führt im Rahmen der Beurteilung im Wesentlichen aus, beim Exploranden gehe es bei der aktuellen neurologischen Begutachtung um die Beurteilung seiner Problematik an der Lendenwirbelsäule, welche seit mehreren Jahrzehnten bekannt sei. Die übrige persönliche Anamnese könne aus neurologischer Sicht als unauffällig eingestuft werden auf Grund der aktuellen Ausführungen des Exploranden und auch auf Grund des Aktenstudiums, sodass sich die

aktuelle neurologische Diskussion auf das Problem an der Lendenwirbelsäule konzentrieren könne. Bei der aktuellen neurologischen Anamneseerhebung berichte der Patient als erstes Problem über seine Bandscheibe und als zweites Problem über die Beine und hierbei insbesondere über das linke Bein und vereinzelt auch über Beschwerden am rechten Bein. Es bestehe zum Teil ein Brennen an der Grosszehe links, er beschreibe auch Blockierungen an den Beinen und an der Lendenwirbelsäule mit einer Dauer bis zu einer ganzen Woche bei etwas vermehrten körperlichen Belastungen. Im Rahmen der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung zeigten sich bereits abnorme Befunde bei der Sensibilitätsprüfung am linken Arm, die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sei eingeschränkt in alle Richtungen und es zeigten sich an den Beinen keine muskulären Atrophien im Seitenvergleich. Es bestünden des Weiteren keine eindeutigen Paresen an den Extremitäten, der Achillessehnenreflex sei beidseits nicht sicher auslösbar. Bei der Prüfung des Lasègue-Manövers werde im Liegen rechts bei ungefähr 45 Grad ein Ziehen im dorsalen Oberschenkel angegeben und links bei 45 Grad ein Ziehen im dorsalen Oberschenkel verbunden mit Schmerzen lumbal und einer Ausstrahlung bis zur Grosszehe links. Im Sitzen geprüft ergebe sich dann aber beim Lasègue-Manöver ein Ziehen im Oberschenkel dorsal beidseits erst ab einem Winkel von 90 Grad. Der Explorand gebe Hyposensibilitäten an am lateralen Oberschenkel und Unterschenkel links sowie am Fussrücken links medial und lateral, nicht aber an der Planta pedis. Diese klinisch-neurologischen Befunde seien somit gesamthaft dahingehend zu interpretieren, dass das Lasègue-Manöver effektiv negativ sei, es zeige sich hier eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Lasègue-Manöver im Liegen und im Sitzen. Die angegebenen Hyposensibilitäten seien durchaus nicht radikulär verteilt am linken Bein und könnten daher nicht eindeutig einem radikulären Segment zugeordnet werden, insbesondere weil an der Fusssohle keine Hyposensibilität angegeben werde. Dort müssten aber Hyposensibilitäten erwartet werden bei Beteiligung der Nervenwurzeln L5 und / oder S1. Die angegebenen Hyposensibilitäten am lateralen Oberschenkel und am lateralen Unterschenkel links sprächen wiederum theoretisch für eine Beteiligung der radikulären Segmente L3 und L4, wofür aber sonst in der klinisch-neurologischen Untersuchung oder auch in den MRI-Untersuchungen der LWS keine Korrelate gefunden worden seien. Der Gerichtsgutachter führt im Weiteren aus, zusammenfassend könne aus neurologischer Sicht zweifelsfrei festgehalten werden, dass beim Patienten seit Jahrzehnten eine relevante lumbale Problematik dokumentiert sei, diesbezüglich könne auf ein erstes CT der Lendenwirbelsäule aus dem Jahr 1989 verwiesen werden mit schon damals dem Nachweis einer Diskushernie auf Höhe L4/5. Bereits die Myelographie vom November 1991 habe eine massive Stenose auf dieser Höhe gezeigt, sodass das Vorliegen einer lumbalen Spinalkanalstenose auf Höhe L4/5 bereits seit Jahrzehnten als vorhanden betrachtet werden müsse. Es stelle sich in diesem Zusammenhang natürlich die Frage, ob dieses Rückenleiden des Patienten im Verlauf von mehr als 30 Jahren subjektiv und objektiv effektiv progredient gewesen sei oder nicht. Aufgrund der vorliegenden Bildgebungen könne eine Progredienz nicht eindeutig nachgewiesen werden. Der Neurologe Dr. med. X. \_\_\_ habe bereits 1991 über eine massive Kontrastmittelverdünnung in der Myelographie auf Höhe L4/5 berichtet, dies sei das entsprechende bildgebende Korrelat zu den heutzutage im MRI feststellbaren lumbalen Stenosen auf derselben Höhe. Die MRI-Untersuchungen des Röntgeninstituts M. \_\_\_ lägen ihm, Dr. med. I. \_\_\_, online vor und zeigten im Verlauf seit dem Mai 2014 bis zum September 2020 keine eindeutige Progredienz der lumbalen Spinalkanalstenose auf Höhe L4/5 insbesondere auf den diesbezüglich relevanten transversalen Bildern, auf denen

die Stenose bereits 2014 als hochgradig habe eingestuft werden können; dies sei auf den zuletzt angefertigten Bildern vom September 2020 unverändert der Fall (vgl. E. II. 6.15.2 hiervor). In Bezug auf die anamnestischen Angaben des Patienten und die klinischen Untersuchungsbefunde seien immer wieder deutliche Diskrepanzen im akuten Verlauf festzustellen, dies betreffe beispielsweise die Angabe der Gehstrecke, welche sich über die Jahre nicht eindeutig verschlechtert habe. Es betreffe andererseits aber auch die klinischen Untersuchungsbefunde, welche beispielsweise bereits im Gutachten der H.\_\_\_\_ vom Juli 2018 diskrepanz gewesen seien, indem der Neurologe in seiner Untersuchung eine Hypästhesie sowohl an der Grosszehe als auch an der lateralen Fusskante links beschrieben habe, der orthopädisch-chirurgische Gutachter habe dann aber eine Hyposensibilität lediglich im Dermatom S1 beschrieben. Auch aktuell liessen sich keine klaren objektivierbaren sensomotorischen Defizite in der klinisch-neurologische Untersuchung feststellen, die angegebenen Hyposensibilitäten am linken Bein seien diffus und entsprächen nicht einzelnen Dermatomen und besonders nicht den Dermatomen L5 und / oder S1. Dementsprechend sei aus neurologischer Sicht davon auszugehen, dass der jahrzehntelange Verlauf beim Patienten weiterhin relativ stabil und kompensiert sei und nicht zu einer eindeutigen akuten sensomotorischen Ausfallsymptomatik führe. Die vom Patienten erwähnten Blockierungen über mehrere Tage seien ebenfalls seit Jahren vorhanden und würden jeweils durch gewisse körperliche Anstrengungen ausgelöst. Es sei durchaus denkbar, dass es sich hierbei um Exazerbationen des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms handle. Die vom neurologischen Gutachter der H.\_\_\_\_ beschriebene Aggravation könne aktuell nicht festgestellt werden. Die von diesem Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit sei in sich betrachtet widersprüchlich. Die Durchführung des Lasègue-Manövers ergebe aktuell deutlich diskrepante Befunde bei der Prüfung im Liegen und Sitzen, sodass hier nicht von einer relevanten akuten Nervenreizung auszugehen sei. Dies entspreche im Übrigen auch durchaus der Einschätzung der RAD-Neurologin Dr. med. D.\_\_\_\_ vom November 2018, wonach damals keine akute radikuläre Reizung bei beidseits negativem Lasègue-Manöver nachweisbar gewesen sei. Dementsprechend erscheine es aktuell in Anbetracht der chronischen lumbalen Problematik aus neurologischer Sicht weiterhin durchaus sinnvoll, dass die Arbeitsfähigkeit des Patienten für körperlich schwere Tätigkeiten bleibend nicht mehr gegeben sei. Für angepasste Tätigkeiten in Form von körperlich leichten sowie wechselbelastenden Arbeiten bestehe aber aktuell aus neurologischer Sicht ein uneingeschränktes zumutbares zeitliches Pensum bei einer Leistungsminderung von 30 %. Diese Leistungsminderung erkläre sich aufgrund der Lumbalgien in Folge der bekannten degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule. Diese Lumbalgien führten zu einem erhöhten Pausenbedarf und dementsprechend zu einer etwas eingeschränkten Leistungsfähigkeit von absolut gesehen 30 %. Für eine solche angepasste Tätigkeit bestehe dementsprechend aktuell aus neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Im Vergleich zur neurologischen Voruntersuchung durch die RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ vom November 2018 sei somit aktuell nicht von einer relevanten Veränderung des Gesundheitszustands des Patienten aus neurologischer Sicht auszugehen. Dementsprechend werde auch die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht anders eingeschätzt. Im Prinzip ergebe sich auch im Vergleich zur polydisziplinären Begutachtung durch die H.\_\_\_\_ im Juli 2018 aktuell keine relevant unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, weil auch damals eine Restarbeitsfähigkeit von 70 bis 75 % in einer Verweistätigkeit in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung attestiert worden sei. Die damals etwas widersprüchlich formulierte

Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den neurologischen Gutachter sei daher in der interdisziplinären Schlussbeurteilung gleichsam wieder korrigiert worden. Der Patient sei somit bereits im Jahr 2010 und erneut im Jahr 2018 polydisziplinär begutachtet worden, es seien zweimal psychiatrische Begutachtungen in diesem Rahmen ohne Nachweis von psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erfolgt. Dementsprechend erscheine eine erneute psychiatrische Begutachtung aktuell nicht als erforderlich. Der Patient sei im Jahr 2010 im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung auch rheumatologisch untersucht worden und im Jahr 2018 im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung durch einen chirurgischen Orthopäden, es sei hierbei vom chirurgischen Orthopäden eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 25 % für eine Verweistätigkeit festgestellt worden. Aufgrund der chronifizierten lumbalen Schmerzproblematik des Exploranden und der weiterhin fehlenden akuten sensomotorischen radikulären Defizite sei ein dringliches chirurgisches Vorgehen selbstverständlich weiterhin nicht erforderlich. Die erneute chirurgische Begutachtung des Patienten sei aktuell daher nicht angezeigt, weil keine eindeutigen sensomotorischen Defizite bestünden. Zur Frage einer allfälligen Operation der lumbalen Spinalkanalstenose sei von den voruntersuchenden Chirurgen bereits mehrfach Stellung genommen worden. Der Patient habe sich auch mehr als 30 Jahre nach Diagnosestellung der lumbalen Spinalkanalstenose nicht zu dieser Operation entschliessen können, woraus abzuleiten sei, dass sein Leidensdruck nicht entsprechend hoch gewesen sei. Ein vollständig invalidisierendes Leiden bestehe aktuell aus neurologischer Sicht sicherlich nicht an der Lendenwirbelsäule. Der Patient habe im Rahmen der aktuellen neurologischen Anamneseerhebung auch darüber berichtet, dass er eigentlich gerne einer leichten Arbeit nachgehen wolle mit einem Pensum von ungefähr 30 bis 40 %. Ein diesbezügliches konkretes Projekt sei im letzten Jahr durch die Coronavirus-Pandemie aber leider verunmöglicht worden. Dementsprechend sei der Patient offensichtlich im Verlauf der Jahre und Jahrzehnte von seiner Krankheitsüberzeugung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit etwas abgerückt und wolle wieder einen Arbeitsversuch unternehmen, was aus neurologischer Sicht sicherlich zu unterstützen sei. Abschliessend wurden die vom Gericht gestellten Fragen wie folgt beantwortet: Zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Exploranden seit der mit Verfügung vom 25. März 2014 erfolgten Einstellung der (ganzen) Invalidenrente objektiv verändert habe, hielt der neurologische Gutachter fest, die Beantwortung dieser Frage falle retrospektiv nicht ganz leicht, insbesondere weil aus dem Jahr 2014 keine relevanten neurologischen Untersuchungsberichte zur Verfügung stünden. Es liege aber von damals das MRI der Lendenwirbelsäule vom 13. Mai 2014 vor (vgl. IV-Nr. 67 S. 10 f.). Bereits damals habe sich eine hochgradige lumbale Spinalkanalstenose auf Höhe L4/5 gezeigt. Wie ausgeführt, habe die zuletzt durchgeführte MRI-Untersuchung der LWS vom September 2020 diesbezüglich keine relevante Verschlechterung der Befunde ergeben. Die klinisch-neurologischen Befunde seien aktuell weiterhin ohne Nachweis einer akuten radikulären lumbalen sensomotorischen Ausfallsymptomatik. Dementsprechend sei nicht von einer Verschlechterung der Befunde seit den Verfügungen vom 25. März 2014 oder vom 28. Oktober 2019 auszugehen. Die bekannte hochgradige lumbale Spinalkanalstenose führe zu einer gewissen Einschränkung auch für angepasste Tätigkeiten, weil der Patient einen vermehrten Pausenbedarf aufweise aufgrund der immer wieder auftretenden Lumbalgien. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagerist sei körperlich eher schwer gewesen und sollte dementsprechend aus neurologischer Sicht bleibend nicht mehr

zugemutet werden aufgrund der bekannten hochgradigen lumbalen Spinalkanalstenose. Eine optimal angepasste Tätigkeit sollte aus neurologischer Sicht körperlich leicht und wechselbelastend erfolgen. In einer solchen Tätigkeit bestehe eine zeitliche Zumutbarkeit von 100 %. Die Leistungsfähigkeit sei hierbei um absolut 30 % eingeschränkt aufgrund der Lumbalgien und des damit einhergehenden erhöhten Pausenbedarfs. Es resultiere dementsprechend für eine solche Verweistätigkeit aktuell aus neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Aufgrund des akutenmässigen Verlaufs und der bereits durchgeführten neurologischen Voruntersuchungen sei nicht davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand des Patienten im Verlauf starken Schwankungen unterworfen gewesen sei. Dies betreffe somit mindestens den Verlauf seit der Begutachtung durch die H.\_\_\_\_ im Jahr 2018 bis aktuell, seit damals könne von einer Restarbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit von rund 70 % ausgegangen werden. Die aktuelle Therapie der Lumbalgien erscheine aus neurologischer Sicht etwas ungünstig, weil der Patient lediglich mit Akutanalgetika behandelt werde, es erfolge keine anhaltende schmerzdistanzierende Behandlung. Auch besuche der Patient seit mindestens zwei Jahren keine Physiotherapie mehr, es werde somit keine eigentliche konservative Therapiemassnahme durchgeführt. Es sei aus neurologischer Sicht allerdings unwahrscheinlich, dass durch die Einleitung solcher medikamentösen und physiotherapeutischen Behandlungsmassnahmen eine relevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit resultieren würde. Aus neurologischer Sicht könne in diesem Zusammenhang erneut darauf hingewiesen werden, dass die Arbeitsfähigkeit des Patienten aktuell an sich nicht erheblich eingeschränkt sei. Die Prognose der lumbalen Spinalkanalstenose sei durchaus nicht ungünstig insbesondere aufgrund des bisherigen mehr als 30-jährigen Verlaufs beim Patienten (A.S. 47 ff.).

## **E. 7.1**

7.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 28. Oktober 2019 im Wesentlichen mit der Begründung ab, es sei eine polydisziplinäre Begutachtung bei der H.\_\_\_\_ veranlasst worden, um Klarheit über die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu erhalten. Aus allgemein-internistischer sowie aus psychiatrischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aufgrund der versicherungsmedizinisch ausgewiesenen Beschwerdesymptomatik von Seiten des Bewegungsapparates leite sich gemäss gutachterlicher orthopädischer Beurteilung von Dr. med. T.\_\_\_\_ (orthopädisches Teilgutachten vom 24. Juni 2018) eine relevante, schwerwiegende Einschränkung bezüglich Heben, Bewegen und Tragen von Lasten, bezüglich stehender und gehender Tätigkeit und in Bezug auf Arbeiten in Zwangshaltungen ab. In der vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagerist bestehe deshalb eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Das anlässlich der polydisziplinären Begutachtung ebenfalls vorgenommene neurologische Teilgutachten vom 24. Juni (recte: 14. März) 2018 habe nicht überzeugt. Deshalb habe sich der RAD anstelle der Wiederholung des neurologischen Gutachtens für eine neurologische RAD-Untersuchung entschieden. Der Beschwerdeführer sei am 12. November 2018 durch die RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, untersucht worden. Die vom neurologischen Teilgutachter der H.\_\_\_\_ beobachtete Aggravation habe anlässlich der RAD-Untersuchung nicht bestätigt werden können. Der RAD komme in seinem Untersuchungsbericht zum Schluss, dass eine eindeutige Verschlechterung des Gesundheitszustands im Vergleich zur letzten erfolgten polydisziplinären Begutachtung durch das C.\_\_\_\_ (Gutachten vom 13. Oktober 2010) nicht

zweifelsfrei ausgewiesen sei. Auf der Symptomebene seien die Beschwerden damals stärker ausgeprägt gewesen, die klinischen neurologischen Befunde seien jedoch unverändert. Einzig der radiologische Befund habe sich im Jahr 2016 gegenüber dem Jahr 2014 leicht verschlechtert. Die subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers, nicht mehr arbeiten zu können, habe durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden können. Der RAD komme – analog zum Gutachten der H. \_\_\_ vom 27. Juli 2018 – zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer aus orthopädisch-neurologischer Sicht körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit der freien Positionswahl (Aufstehen, leichtes Herumgehen), ohne Zwangshaltungen des Rumpfes (Vornüberbeugen, in Rotationsstellung) und ohne Überkopfarbeiten weiterhin in einem vollen Pensum zumutbar seien. Aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs bestehe eine um ca. 30 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit und somit eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Mit einer solchen Tätigkeit könne der Beschwerdeführer ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen. Zu den Einwänden des Beschwerdeführers wurde dargelegt, sowohl dem Gutachten der H. \_\_\_ vom 27. Juli 2018 als auch dem Untersuchungsbericht des RAD vom 15. November 2018 komme voller Beweiswert zu. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Zusammenfassend sei aus versicherungsmedizinischer Sicht im Vergleich zur Situation bei Erlass der Verfügung vom 25. März 2014 eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt (IV-Nr. 112; A.S. 1 ff.). In ihrer Beschwerdeantwort vom 29. Januar 2020 hielt die Beschwerdegegnerin fest, gemäss dem Untersuchungsbericht von Dr. med. D. \_\_\_ vom 15. November 2018 sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustands gegenüber dem Jahr 2010 nicht zweifelsfrei ausgewiesen. Es sei fraglich, ob ein Revisionsgrund vorliege. Die festgestellte Coxarthrose (Hüftgelenksarthrose) und die koronare Herzkrankheit hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die von Dr. med. D. \_\_\_ festgestellte Änderung des radiologischen Befundes sei nicht geeignet, eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der rentenaufhebenden Verfügung vom 25. März 2014 auszuweisen (A.S. 30 f.). Mit Stellungnahme vom 9. Februar 2021 zum neurologischen Gerichtsgutachten vom 18. Januar 2021 weist die Beschwerdegegnerin darauf hin, es liege kein zwingender Grund vor, um von der Einschätzung des Gerichtsgutachters abzuweichen. Von einer Verschlechterung der Befunde seit der Verfügung vom 25. März 2014 sei laut Dr. med. I. \_\_\_ nicht auszugehen. Die Ergebnisse des Gerichtsgutachtens deckten sich im Wesentlichen mit den Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_ in ihrem Untersuchungsbericht vom 12. November 2018. Es bestehe kein Anlass, die angefochtene Verfügung in Zweifel zu ziehen (A.S. 109 f.) 7.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, die Verfügung vom 28. Oktober 2019 sei aufzuheben und es sei ihm eine angemessene Rente spätestens ab dem 1. Mai 2017 zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung wird im Wesentlichen vorgebracht, es sei sehr wohl von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers auszugehen, die bisher erfolgten, im Rahmen des MEDAS-Gutachtens der H. \_\_\_ erfolgten teiltgutachterlichen Abklärungen im Bereich der Neurologie seien (anerkanntermassen) ungenügend und widersprüchlich ausgefallen und die anschliessend erfolgte neurologische RAD-Beurteilung habe diesen Abklärungsmangel nicht vollständig und überzeugend wettmachen können. Der RAD habe zwar eine inhaltlich vollständiger und nachvollziehbarer erscheinende Darstellung der Befundlage geliefert, aber ohne nähere Diskussion der Bedeutung der sehr erheblichen

degenerativen Befunde und der daraus haus- und fachärztlich abgeleiteten erheblichen Einschränkungen ohne Weiteres die Folgenabschätzung des mangelhaften neurologischen Teilgutachtens (Arbeitsunfähigkeit von 30 % in angepasster Tätigkeit) bestätigt. Dieses Vorgehen überzeuge deshalb nicht, weil das im Ergebnis bestätigte Teilgutachten zahlreiche Mängel aufweise, welche die abgegebene Folgenabschätzung beeinflusst hätten. Vom RAD sei nicht erklärt worden, weshalb solch elementare und für die teilgutachterliche Herleitung der Folgenabschätzung potentiell relevante Mängel gegen jede Erfahrung doch keine Rolle gespielt haben sollten und deshalb das Ergebnis des Teilgutachtens widerspruchsfrei und überzeugend sein solle. Soweit in der Verfügung eine potentiell revisionsrelevante Verschlechterung verneint werde, widerspreche dies den mehrfachen vorangehenden gegenläufigen Hinweisen des RAD und weiteren Hinweisen in den Akten, der unbestrittenermassen bildgebend feststellbaren Befundzunahme und selbst dem Ergebnis des im nachstehenden Sinn zu kritisierenden MEDAS-Gutachtens der H.\_\_\_\_, welches anders als das frühere, im Vorfeld zur Rentenaufhebung eingeholte C.\_\_\_\_-Gutachten für leichte leidensangepasste Arbeiten von einer relevanten pensenmässigen Einschränkung ausgehe. Der Beschwerdeführer lässt im Weiteren ausführen, im Vordergrund stünden die degenerativen Befunde im Wirbelsäulenbereich. Laut den Akten habe die hochgradige Spinalkanalstenose auf der Höhe L4/5 etwas zugenommen. Intermittierend bestehe dort unbestrittenermassen eine Wurzelreizung. Auch der neuste Bericht zur MRT-Untersuchung von Dr. med. Y.\_\_\_\_ vom 7. November 2019 – vergleichend mit der MRT-Untersuchung der LWS vom 29. August 2016 – bestätige die früheren Befunde und diesbezüglich leichte Verschlechterungen. Das hier zentrale neurologische Teilgutachten der H.\_\_\_\_ sei ungenügend ausgefallen, was auch die RAD-Beurteilung vom 19. November 2018 und die vorangehende Gutachtensprüfung durch den RAD bestätigten. Vom RAD sei eine gewisse Verschlechterung bejaht worden, ohne aber eine eigene inhaltliche Besprechung der Folgenabschätzung vorzunehmen. Anschliessend sei er zum Ergebnis gelangt, die vom neurologischen Teilgutachter der MEDAS angenommene Einschränkung von 30 % trage der nachvollziehbaren Verschlechterung hinreichend Rechnung. Alle die die Überzeugungskraft der gleichartigen Ergebnisse des neurologischen Teilgutachtens schwächenden Mängel und Widersprüche seien nicht besprochen worden und es werde nicht aufgezeigt, weshalb trotz formal und inhaltlich mangelhafter Herleitung das Ergebnis korrekt sein solle. Die Würdigung und Beurteilung falle (wiederum) ausserordentlich knapp aus und die Angaben zur eigentlichen Folgenabschätzung beschränkten sich auf den Hinweis, dass die Gutachter wegen des erhöhten Pausenbedarfs auf eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 25 % bis 30 % geschlossen hätten und dies der gewissen Verschlechterung Rechnung trage. Zusammenfassend sei im Ergebnis nicht überzeugend, dem neurologischen Teilgutachten zu Recht anzukreiden, es arbeite mit lückenhaften Daten, beruhe auf einer lückenhaften eigenen klinischen Untersuchung und es gehe zu Unrecht von erheblicher Aggravation der neurologisch fassbaren Befunde aus, um dann gleichwohl dessen Folgenabschätzung zu übernehmen, ohne diese Diskrepanzen zu diskutieren und aufzulösen. Zudem bleibe auf der Strecke, dass die (übernommene) teilgutachterliche Bemessung der verbleibenden Leistungsfähigkeit (70 %) gutachtenstechnisch in sich widersprüchlich und unklar abgegeben worden sei. Eigentlich müsste eine Leistungsfähigkeit von «netto» gerundet 50 % angegeben werden. Auch die Konsensbeurteilung liefere keine befriedigenden Erklärungsansätze, übernehme sie doch einfach in tabellarischer Form die Angabe einer Einschränkung von 30 % und bespreche sie anschliessend einzig, wie diese Angabe mit der

aus orthopädischer Sicht attestierten Einschränkung von 25 % zusammenzuführen sei. Die schlichte Übernahme der gutachterlichen Folgeabschätzung durch die RAD-Beurteilung könne deshalb auch aus diesem Grund nicht zu einem widerspruchsfreien Ergebnis führen (A.S. 8 ff.). In seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2021 zum neurologischen Gerichtsgutachten von Dr. med. I. \_\_\_ vom 18. Januar 2021 lässt der Beschwerdeführer geltend machen, das Gutachten erscheine formal weitgehend vollständig und materiell zumindest vordergründig überzeugungskräftig. Es bestünden aber einzelne Mängel, welche teilweise bereits mit Bezug auf die bisherigen zentralen Abklärungsergebnisse (Gutachten H. \_\_\_ und RAD-Beurteilung) hätte moniert werden müssen. Das Gerichtsgutachten könne (ohne weitere Abklärungen) nicht zur Grundlage der Anspruchsbeurteilung gemacht werden. Es sei zu beanstanden, dass auch im Gutachten von Dr. med. I. \_\_\_ keine Auseinandersetzung mit abweichenden Stellungnahmen zur nachvollziehbaren Einschränkung, wie sie sich aus den Behandlungsakten ergeben, erfolge. Diese seien nur (teilweise) in der Aktenanamnese erwähnt. Dabei handle es sich um einen formal gewichtigen Mangel. Namentlich nicht besprochen werde die Einschätzung des behandelnden Facharztes Dr. med. N. \_\_\_ vom 4. Oktober 2018, wonach eine leichte angepasste Verweistätigkeit, die seines Erachtens nur rein sitzend in Frage komme, maximal vier Stunden pro Tag möglich sei und zudem Heben und Tragen von Lasten kaum mehr in Frage komme. Dieser Mangel wiege umso schwerer, als nun praktisch dieselbe Beeinträchtigung wie jene, die in der H. \_\_\_ ermittelt worden sei, bestätigt werde, wobei auch das dort v.a. massgebliche neurologische Teilgutachten auf der offenkundig unrichtigen Einschätzung beruht habe, der behandelnde Facharzt beurteile eine leichte Tätigkeit als vollumfänglich zumutbar. Im Weiteren bestätige Dr. med. I. \_\_\_ den Wert der Arbeitsunfähigkeit von 30 % für eine angepasste leichte Tätigkeit, wie er schon vom neurologischen Teilgutachter der H. \_\_\_ bzw. der RAD-Beurteilung postuliert worden sei. Dies stehe weiterhin in erklärungsbedürftiger, aber ohne Erklärung verbleibender Spannung zur Tatsache, dass laut RAD das neurologische Teilgutachten der H. \_\_\_ der Kernproblematik der Spinalkanalstenose ungenügend Rechnung getragen habe. Mit Blick darauf müsste im vorliegenden Gerichtsgutachten zumindest plausibel erklärt werden, warum gleichwohl dem Ergebnis der H. \_\_\_ gefolgt werden könne. Dazu fehle eine überzeugende Stellungnahme. Ferner verwerfe auch Dr. med. I. \_\_\_ die Aggravationsthese, welche der H. \_\_\_-Gutachter seiner Einschätzung zugrunde gelegt habe. Es verbleibe auch hier im Ergebnis ein derzeit nicht überzeugend aufgelöster Widerspruch. Sodann bestätigte Dr. med. N. \_\_\_ in seinem Bericht vom 3. September 2020 eine Fussheber- und Peroneusparese links und eine dem Dermatome L5 und S1 links zuordenbare Hypästhesie im Bein, am Fussrücken und am lateralen Unterschenkel links. Dr. med. I. \_\_\_ verneine das Bestehen nachvollziehbarer diesbezüglicher Befunde und liefere dazu auch eine kurze Begründung, welche durchaus überzeugend wirke, im Kontext betrachtet wäre aber auch eine Erklärung notwendig, weshalb die Angabe des behandelnden Facharztes unrichtig oder durch Befundveränderungen überholt sei. Ein Vergleich des aktuellen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mit den Befunden gemäss dem C. \_\_\_-Gutachten zeige zahlreiche Veränderungen auf; ebenso der Umstand, dass damals für leichte Tätigkeiten keinerlei Einschränkung bestätigt worden sei. Auch zahlreiche andere Hinweise im Gutachten vermittelten den Eindruck, man wolle möglichst keine potentiell einschränkungsrelevante Verschlechterung erkennen. Es erscheine fraglich, ob die subjektiven Angaben zur maximalen Gehdistanz als zentrales Begründungselement für die Annahme der punktuell gar vermuteten leichten Verbesserung taugen könnten. Im Ergebnis wirke der

«Begründungsansatz Gehdistanz» etwas selektiv und gesucht und das so begründete Ergebnis widerspreche ohne hinreichende Erklärung all den vorerwähnten Aspekten. Schliesslich bestünden nebenbefundliche gesundheitliche Störungen, welche ausgeprägter und durchaus einschränkungsrelevant seien. So liege unbestrittenermassen neu eine Coxarthrose beidseits (linksbetont) vor und es bestehe neu ein Gonarthrose links. Dass der Gutachter bei der Beurteilung der Verschlechterungsfrage nicht auf diese schlicht indiskutablen Zustandsverschlechterungen eingehe, lasse auf eine fragliche Ergebnisoffenheit und / oder gutachterliche Sorgfalt schliessen. Die Verneinung der Verschlechterungsfrage wirke «hingezirkelt», was indirekt auch die Überzeugungskraft der Folgenabschätzung schwäche. Es könne nicht ernsthaft in Frage gestellt werden, dass eine massgebliche und damit revisionsrelevante Veränderung im Gesundheitszustand überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen sei (A.S. 102 ff.). 7.2 Zunächst ist festzuhalten, dass das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten der H. \_\_\_ vom 27. Juli 2018 grundsätzlich – mit Ausnahme des neurologischen Teilgutachtens vom 14. März 2018 (IV-Nr. 94.2 S. 1 ff.) – die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme erfüllt. Die allgemein-internistischen, chirurgisch-orthopädischen und psychiatrischen Teilgutachten stützen sich auf vollständige Vorakten und die spezialärztlichen Untersuchungen vom 19. April, 14. Mai und 21. Juni 2018. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden durch die Teilgutachter berücksichtigt und ihre Beurteilung miteinbezogen. Damit können sich die drei vorerwähnten Teilgutachten auf vollständige Grundlagen stützen. Es werden die fachspezifischen Anamnesen, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wiedergegeben. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Sodann wird auch zum Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit Stellung genommen. Schliesslich werden die von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen beantwortet. Die Teilgutachten gelangen zu einem schlüssigen Ergebnis und tragen die Unterschrift der Teilgutachter (IV-Nr. 94.1 S. 36 ff., 94.2 S. 20 ff. und 94.3; vgl. E. II. 6.8 hiervor). Damit werden die allgemein-internistischen, chirurgisch-orthopädischen und psychiatrischen Teilgutachten der H. \_\_\_ den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht (vgl. E. II. 4.3 hiervor). Das neurologische H. \_\_\_-Teilgutachten von Dr. med. S. \_\_\_ vom 14. März 2018 (IV-Nr. 94.2 S. 1 ff.) erfüllt demgegenüber die vorerwähnten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme nicht. Dazu führte die RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, aus, das neurologische Teilgutachten der H. \_\_\_ sei sehr knapp ausgefallen und habe weder den Vertreter des Beschwerdeführers noch den im Fall involvierten RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_ zu überzeugen vermocht (vgl. E. II. 6.11 hiervor). Letzterer führte in seiner Stellungnahme vom 19. November 2018 aus, das neurologische Teilgutachten sei ungenügend ausgefallen, da zu wenig auf die Kernproblematik der Spinalkanalstenose eingegangen worden sei und die klinische Untersuchung lückenhaft sei (IV-Nr. 102 S. 2; vgl. E. II. 6.12 hiervor). Dem ist beizupflichten. Sodann schmälern auch andere Mängel bzw. Auffälligkeiten den Beweiswert dieses neurologischen Teilgutachtens (aktenwidriges Zitat des behandelnden Neurochirurgen Dr. med. N. \_\_\_, wonach körperlich leichte Tätigkeiten vollumfänglich zumutbar seien [IV-Nr. 94.2 S. 8; vgl. IV-Nr. 67 S. 3 f.; Hinweise für eine Aggravation des Beschwerdeführers werden ausschliesslich im neurologischen Teilgutachten angegeben [IV-Nr. 94.2 S. 15 f.]; unklare Angaben zur Arbeitsfähigkeit [IV-Nr. 94.2 S. 17 f.]). Anstelle der Wiederholung des neurologischen Teilgutachtens führte die RAD- und

Fachärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ am 12. November 2018 eine neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers durch (Untersuchungsbericht vom 15. November 2018, IV-Nr. 101; vgl. E. II. 6.11 hiervor). Das Gericht erachtete im vorliegenden Beschwerdeverfahren jedoch eine weitere neurologische Begutachtung als angezeigt, da angesichts der Angaben des behandelnden Neurochirurgen Dr. med. N.\_\_\_\_ in seinen Berichten vom 4. Oktober 2018 (IV-Nr. 99 S. 3 [E. II. 6.9 hiervor]) und 21. Januar 2020 (BB 5; E. II. 6.14 hiervor) Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Angaben im versicherungsinternen Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 15. November 2018 nicht ausgeräumt werden konnten (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_298/2019 vom 18. September 2019 E. 2.2 mit Hinweisen). Das vom Gericht veranlasste neurologische Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2021 beruht auf den vollständigen Vorakten, der spezialärztlichen Untersuchung vom 7. Januar 2021 sowie auf den von ihm nachträglich bestellten Unterlagen (A.S. 72 f.; vgl. E. II. 6.15 hiervor). Eine zusätzliche (neuro-)chirurgische Begutachtung wird von Dr. med. I.\_\_\_\_ mangels eindeutiger sensomotorischer Defizite aktuell nicht als erforderlich erachtet (A.S. 86). Gegen die ausschliesslich im neurologischen Fachbereich erfolgte Gerichtsbegutachtung werden vom Beschwerdeführer in seinen Stellungnahmen vom 16. September 2020 und 5. Februar 2021 keine Einwände erhoben. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden durch den Gerichtsgutachter berücksichtigt und in seine Beurteilung einbezogen. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Der Gerichtsgutachter gibt die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevante Diagnose und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Zu abweichenden (und auch übereinstimmenden) Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wird im Rahmen der Beurteilung Stellung genommen. Schliesslich werden die vom Gericht gestellten Fragen beantwortet. Auf die vom Beschwerdeführer beantragte Ergänzungsfrage bzw. sein Ersuchen, wonach Abweichungen von den bisherigen aktenkundigen Angaben zu nachvollziehbaren Diagnosen und / oder den daraus ableitbaren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu begründen seien (vgl. A.S. 43), wird im Rahmen der Beurteilung eingegangen. Im Weiteren macht der Gerichtsgutachter Angaben zum Verlauf des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Das Gerichtsgutachten gelangt zu einem schlüssigen Ergebnis und trägt die Unterschrift des Gutachters. Damit wird das neurologische Gerichtsgutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme ebenfalls gerecht. Nach dem Gesagten ist die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 25. März 2014 (Referenzzeitpunkt) relevant verschlechtert hat, im Wesentlichen gestützt auf die Teilgutachten der H.\_\_\_\_ von Dr. med. R.\_\_\_\_ vom 14. Mai 2018 (allgemein-internistisch), von Dr. med. T.\_\_\_\_ vom 24. Juni 2018 (orthopädisch-chirurgisch) und Dr. med. U.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2018 (psychiatrisch) sowie aufgrund des Gerichtsgutachtens von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2021 (neurologisch) zu beurteilen. 7.3 Aus allgemein-internistischer Sicht konnte Dr. med. R.\_\_\_\_ aufgrund seiner Untersuchung vom 14. Mai 2018 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihm aufgeführten Diagnosen (Status nach Myokardinfarkt [NSTEMI] 01/2017 bei koronarer 3-Gefässerkrankung [ICD-10: I21.4Z, I25.13G]; arterielle Hypertonie [ICD-10: I10.00G]; Adipositas WHO Grad I [ICD-10: E66.00G]; Dyslipidämie [laut Akte], derzeit keine Statin-Therapie [ICD-10: E78.5G]) haben gemäss seinen Angaben keine Auswirkung auf

die Arbeitsfähigkeit. Aus allgemein-internistischer Sicht ergebe sich sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in einer angepassten Verweistätigkeit keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 94.1 S. 48 ff.; vgl. E. II. 6.8.2 hiervor). Im psychiatrischen Fachbereich konnte Dr. med. U. \_\_\_ aufgrund seiner Untersuchung vom 19. April 2018 ebenfalls keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihm diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) hat nach den Angaben des psychiatrischen Teilgutachters keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagerist als auch in einer optimal angepassten Tätigkeit in jeglicher seinen körperlichen Möglichkeiten und seinen Fähigkeiten entsprechenden Arbeitstätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig. Aus rein psychiatrischer Sicht sei im Verlauf keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (IV-Nr. 94.3 S. 15 ff.; vgl. E. II. 6.8.5 hiervor). Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers aus allgemein-internistischer, kardiologischer oder psychiatrischer Sicht wird denn auch von keiner Seite geltend gemacht. Der Beschwerdeführer bringt vielmehr vor, sein Gesundheitszustand habe sich seit dem Referenzzeitpunkt im orthopädischen und neurologischen Bereich verschlechtert. Dr. med. T. \_\_\_ stellte gestützt auf seine Untersuchung vom 21. Juni 2018 auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Koxarthrose bds.» sowie «Chronische Rückenschmerzen mit wiederholt ischialgiformer Ausstrahlung links bei paramedianer Discushernie L5/S1 ohne sichere Kompression der Nervenwurzel S1, leichter S-Skoliose, absoluter Spinalkanalstenose mit Einklemmung der Cauda equina bei Bandscheibenmassenprolaps und konstitutionell eng angelegtem Spinalkanal L4/5 (sowie) linkslateraler grössenprogredienter Bandscheibenhernie mit Bedrängung der S1-Wurzel in L5/S1». Der orthopädisch-chirurgische Teilgutachter wies im Wesentlichen darauf hin, beim Beschwerdeführer liege eine computertomografisch gesicherte Stenose des Spinalkanals auf Höhe L4 und L5 vor (Bericht vom 21. Juni 1989). Zusätzlich bestünden eine lumbale Diskushernie der vierten lumbalen Bandscheibe mit Kompression der Nervenwurzel L5 rechts und eine paramediane Diskushernie der fünften lumbalen Bandscheibe mit deutlicher Impression des Duralsackes. Dr. med. T. \_\_\_ stellte fest, die klinische Beurteilung durch die Neurochirurgie (Bericht vom 27. September 2016; vgl. E. II. 6.1 hiervor) beschreibe die Zunahme der bekannten Spinalkanalstenose in der Höhe L4/L5 bei rechtsbetonter medianer Diskushernie und hypertropher Spondylarthrose. Eine radiologische Untersuchung des Beckens und der Hüfte links vom 5. September 2017 (IV-Nr. 78 S. 2; vgl. E. II. 6.6 hiervor) habe sodann eine radiologisch gesicherte Koxarthrose beidseits, linksbetont, ergeben. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit gab der orthopädisch-chirurgische Teilgutachter an, eine Arbeitstätigkeit als Lagerist mit stehender Tätigkeit und permanentem Bewegen von Lasten sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zuzumuten. In einer optimal angepassten Verweistätigkeit sei Folgendes zu beachten: wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben und Bewegen von schweren Lasten (Gewichtslimit maximal 5 kg), keine Zwangshaltungen sowie die Möglichkeit zum Pausieren und entspanntem Ausruhen während der Arbeitszeit. Bei einer solchen Tätigkeit betrage die maximalen Präsenz 6 Stunden pro Tag. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Bezogen auf ein 100%-Pensum wurde die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit auf 75 % geschätzt (IV-Nr. 94.2 S. 36 ff.; vgl. E. II. 6.8.4 hiervor). Dr. med. I. \_\_\_ stellt aufgrund seiner klinisch-neurologischen Untersuchung vom 7. Januar 2021 die neurologische Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer

hochgradigen Spinalkanalstenose L4/5 seit circa 1988 (ICD-10 M48.06) und kommt im Rahmen seiner Beurteilung zum Schluss, aufgrund der vorliegenden Bildgebungen könne eine Progredienz der lumbalen Spinalkanalstenose auf Höhe L4/5 seit Mai 2014 bis September 2020 nicht eindeutig nachgewiesen werden. Aktuell liessen sich keine klaren objektivierbaren sensomotorischen Defizite in der klinisch-neurologischen Untersuchung feststellen. Aus neurologischer Sicht sei davon auszugehen, dass der jahrzehntelange Verlauf beim Patienten weiterhin relativ stabil und kompensiert sei und nicht zu einer eindeutigen akuten sensomotorischen Ausfallsymptomatik führe. Die vom Patienten erwähnten Blockierungen über mehrere Tage seien seit Jahren vorhanden, wobei sie jeweils durch gewisse körperliche Anstrengungen ausgelöst würden; es sei durchaus denkbar, dass es sich hierbei um Exazerbationen des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms handle. Die vom neurologischen Teilgutachter der H.\_\_\_\_ beschriebene Aggravation könne aktuell nicht festgestellt werden. Aktuell erscheine es in Anbetracht der chronischen lumbalen Problematik aus neurologischer Sicht weiterhin durchaus sinnvoll, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für körperlich schwere Tätigkeiten bleibend nicht mehr gegeben sei. Für angepasste Tätigkeiten in Form von körperlich leichten sowie wechselbelastenden Arbeiten bestehe aber aktuell aus neurologischer Sicht ein uneingeschränktes zumutbares zeitliches Pensum bei einer Leistungsminderung von 30 %. Diese Leistungsminderung erkläre sich aufgrund der Lumbalgien in Folge der bekannten degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule. Diese Lumbalgien führten zu einem erhöhten Pausenbedarf und dementsprechend zu einer etwas eingeschränkten Leistungsfähigkeit von absolut gesehen 30 %. Für eine solche angepasste Tätigkeit bestehe dementsprechend aktuell aus neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (A.S. 84 ff.; E. II. 6.16 hiervor). Aufgrund der vorerwähnten Untersuchungsergebnisse des orthopädisch-chirurgischen Teilgutachters der H.\_\_\_\_, Dr. med. T.\_\_\_\_, sowie des neurologischen Gerichtsgutachters, Dr. med. I.\_\_\_\_, ist von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit als Lagerist und von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit in Höhe von 70 % auszugehen. Nach den Angaben des neurologischen Gerichtsgutachters führt die bekannte hochgradige lumbale Spinalkanalstenose zu einer gewissen Einschränkung auch für angepasste, d.h. körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten, weil der Beschwerdeführer einen vermehrten Pausenbedarf aufweist aufgrund der immer wieder auftretenden Lumbalgien. Im Weiteren sind die im orthopädisch-chirurgischen Teilgutachten erwähnten Merkmale für eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit zu beachten: Es muss sich um eine wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben und Bewegen von schweren Lasten (Gewichtslimit maximal 5 kg) handeln, wobei keine Zwangshaltungen eingenommen werden dürfen und die Möglichkeit zum Pausieren und entspanntem Ausruhen während der Arbeitszeit bestehen muss. Auf diese Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter Dres. med. T.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ ist abzustellen. 7.4 Der Beschwerdeführer wendet ein, auch im Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ sei keine Auseinandersetzung mit abweichenden Stellungnahmen zur nachvollziehbaren Einschränkung erfolgt, namentlich sei die Einschätzung des behandelnden Facharztes, des Neurochirurgen Dr. med. N.\_\_\_\_, vom 4. Oktober 2018 nicht besprochen worden (A.S. 102 f.). Der erwähnte Neurochirurg gab in seinem Bericht vom 4. Oktober 2018 an, die mögliche Arbeitsfähigkeit beschränke sich eigentlich auf eine rein sitzende Tätigkeit. Im Sitzen bestünden erwartungsgemäss keine relevanten Schmerzausstrahlungen in die Beine, längeres Sitzen verstärke aber die Rückenschmerzen, was glaubhaft sei und ebenfalls zu den Pathologien im MRI der LWS vom 29. August 2016

passee. Eine sitzende Tätigkeit könne stundenweise bis zu 4 Stunden pro Tag ausgeübt werden, Heben und Tragen von Lasten komme kaum mehr in Frage und auch Tätigkeiten verbunden mit Erschütterungen und ruckartigen Bewegungen (z.B. Staplerfahrer) könnten nicht mehr ausgeübt werden. Für eine solche adaptierte Tätigkeit könne theoretisch eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert werden (IV-Nr. 99 S. 3 ff.; vgl. E. II. 6.9 hiervor). Dem Einwand des Beschwerdeführers, es sei keine Auseinandersetzung mit diesem Bericht erfolgt, kann nicht gefolgt werden. So äussert sich der Gerichtsgutachter Dr. med. I.\_\_\_\_ im Rahmen seiner Beurteilung dahingehend, der Neurochirurg Dr. med. N.\_\_\_\_ berichte im Oktober 2018 über eine erneute Untersuchung auf Wunsch des Patienten zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Hierbei berichte der Patient anamnestisch über eine Gehstrecke von 150 Metern, diesbezüglich sei es mittlerweile zu einer Verbesserung gekommen, weil er aktuell in der neurologischen Anamneseerhebung über eine Gehstrecke von bis zu 300 Metern berichte. Im Weiteren hält Dr. med. I.\_\_\_\_ fest, in der Untersuchung durch Dr. med. N.\_\_\_\_ sei der Achillessehnenreflex links abgeschwächt und es werde eine Hypästhesie (herabgesetzte Druck- bzw. Berührungsempfindung) am lateralen Unterschenkel, am Fussrücken und an der Grosszehe links beschrieben. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit werde für eine adaptierte Tätigkeit maximal eine 50%ige Arbeitsfähigkeit festgestellt (A.S. 81 f.). Der neurologische Gerichtsgutachter kommt demgegenüber – nach einer Würdigung der aus den vorliegenden medizinischen Akten hervorgehenden Befunde, insbesondere auch derjenigen des Neurochirurgen Dr. med. N.\_\_\_\_ (vgl. auch A.S. 80 und 83), und aufgrund seiner klinisch-neurologischen Untersuchungsergebnisse – zum Schluss, aktuell liessen sich keine klaren objektivierbaren sensomotorischen Defizite feststellen. Die angegebenen Hyposensibilitäten am linken Bein seien diffus und entsprächen nicht einzelnen Dermatomen, besonders nicht den Dermotomen L5 und / oder S1. Dementsprechend sei aus neurologischer Sicht davon auszugehen, dass der jahrzehntelange Verlauf beim Patienten weiterhin relativ stabil und kompensiert sei und nicht zu einer eindeutigen akuten sensomotorischen Ausfallsymptomatik führe. Für angepasste Tätigkeiten in Form von körperlich leichten sowie wechselbelastenden Arbeiten bestehe aktuell aus neurologischer Sicht ein uneingeschränktes zumutbares zeitliches Pensum bei einer Leistungsminderung von 30 %. Diese Leistungsminderung wird vom Gerichtsgutachter mit Lumbalgien infolge der bekannten degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule begründet, welche zu einem erhöhten Pausenbedarf führten (A.S. 85). Nach dem Gesagten begründet der Gerichtsgutachter seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Angaben von Dr. med. N.\_\_\_\_, nachvollziehbar und schlüssig. Der Umstand, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit, gleich wie im neurologischen H.\_\_\_\_-Teilgutachten von Dr. med. S.\_\_\_\_ vom 14. März 2018 (IV-Nr. 94.2 S. 17 f.; vgl. E. II. 6.8.3 hiervor) und im Bericht der RAD- und Fachärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 15. November 2018 (IV-Nr. 101; vgl. E. II. 6.11 hiervor), ebenfalls auf 30 % festgesetzt wird, führt nicht dazu, dass deswegen das Begutachtungsergebnis des Gerichtsgutachters in Frage zu stellen wäre. Die vom Beschwerdeführer erwähnten Mängel im neurologischen H.\_\_\_\_-Teilgutachten (unrichtige Wiedergabe der vom behandelnden Neurochirurgen attestierten Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten, Kernproblematik der Spinalkanalstenose ungenügend Rechnung getragen, angegebene Aggravation) haben nicht automatisch zur Folge, dass deswegen die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers vom Gerichtsgutachter anders bzw. höher eingeschätzt werden müsste. Die im Gerichtsgutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit in Höhe von 30 % stützt

sich auf die aktuellen Bildgebungen und neurologischen Untersuchungsergebnisse und wird vom Gerichtsgutachter umfassend und detailliert begründet. Weitere Erörterungen oder Stellungnahmen zur Festsetzung der Arbeitsfähigkeit durch den behandelnden Neurochirurgen im H.\_\_\_\_-Gutachten oder im RAD-Untersuchungsbericht sind nicht erforderlich. Der Beschwerdeführer weist denn auch selber zu Recht darauf hin, dass die Verneinung von Aggravation in den Folgebeurteilungen (RAD und Dr. med. I.\_\_\_\_) nicht dazu führen müsse, dass diese zwangsläufig (eher) zu einer höheren Einschränkung als 30 % hätten gelangen müssen (A.S. 103). Aufgrund eines Vergleichs der im neurologischen Teilgutachten der H.\_\_\_\_ gemachten subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu seinen Beschwerden mit denjenigen im RAD-Untersuchungsbericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ und / oder im Gerichtsgutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ kann keine zuverlässige Aussage zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden, da dem neurologischen H.\_\_\_\_-Teilgutachten aus den erwähnten Gründen kein Beweiswert zukommt. Ein «nicht überzeugend aufgelöster Widerspruch», wie dies vom Beschwerdeführer gerügt wird, ist hier nicht ersichtlich.

## **E. 7.5**

7.5.1 Zur Prüfung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 25. März 2014 (Referenzzeitpunkt) relevant verschlechtert hat, ist das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. Dezember 2010 heranzuziehen. Darin wurde die Diagnose (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms linksbetont (ICD-10 M54.4) gestellt und zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in anderen Tätigkeiten dargelegt, beim Beschwerdeführer liege die bekannte kongenitale Spinalkanalstenose zwischen L3 bis L5 vor mit Status nach rechtsbetonter Diskushernie L4/5 und Status nach Kompression der Nervenwurzel L5 rechts. Anhand der aktuellen Untersuchung könne eine Wirbelsäulenfehlhaltung und –fehlform festgestellt werden, zudem eine muskuläre Dysbalance der abdominellen und auch Rücken stabilisierenden Muskulatur. Eine zuordenbare, sensomotorische und aktive Ausfallssymptomatik sei derzeit nicht festzustellen. Aus dem rheumatologischen Teilgutachten gehe hervor, dass aufgrund der objektiven Befunde, welche vor allem im Rahmen der Spinalkanalstenose seit Jahren nachweisbar seien, eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule bestehe. Dies führe dazu, dass dem Exploranden bleibend keine körperlich schweren und anhaltend mittelschweren Tätigkeiten mehr zumutbar seien. Hingegen bestünden keine Befunde, die begründen könnten, weshalb dem Exploranden nicht eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zumutbar sein sollte, am geeignetsten im Sitzen, bei welcher er fein- oder grobmanuell verarbeitende Tätigkeiten durchführen könne, ohne Gehstrecken über 15 bis 30 Minuten Dauer und ohne regelmässiges Benützen von Treppen und Leitern. Vermieden werden sollten auch Arbeiten in anhaltender Oberkörperverneigeposition im Sinne einer Zwangshaltung und Arbeiten mit stereotypen Rotations- und Reklinationsbewegungen. Ungünstig seien auch repetitive Überkopfarbeiten. Seien diese Voraussetzungen erfüllt, bestehe aus Sicht des Bewegungsapparates keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe beim Beschwerdeführer für körperlich schwere und auch anhaltend mittelschwere Tätigkeiten eine bleibende Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, gemäss obigen Kriterien adaptierte Tätigkeiten sei er hingegen zu 100% arbeits- und leistungsfähig (IV-Nr. 18.2 S. 16 ff.; vgl. E. II. 5.2 hiervor). Demgegenüber ist – wie (oben unter E. II. 7.3 hiervor) erwähnt – aufgrund der vorerwähnten Untersuchungsergebnisse des orthopädisch-chirurgischen Teilgutachters der H.\_\_\_\_, Dr. med. T.\_\_\_\_, sowie des neurologischen Gerichtsgutachters, Dr. med. I.\_\_\_\_, angesichts der gestellten Diagnosen

(mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer Koxarthrose beidseits und von chronischen Rückenschmerzen mit wiederholt ischialgiformer Ausstrahlung links bei paramedianer Discushernie L5/S1 ohne sichere Kompression der Nervenwurzel S1, leichter S-Skoliose, absoluter Spinalkanalstenose mit Einklemmung der Cauda equina bei Bandscheibenmassenprolaps und konstitutionell eng angelegtem Spinalkanal L4/5 sowie linkslateraler grössenprogredienter Bandscheibenhernie mit Bedrängung der S1-Wurzel in L5/S1 bzw. einer seit ca. 1988 bestehenden hochgradigen Spinalkanalstenose L4/5 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Lagerist und von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit in Höhe von 70 % auszugehen. Nach den Angaben des neurologischen Gerichtsgutachters führt die bekannte hochgradige lumbale Spinalkanalstenose zu einer gewissen Einschränkung auch für angepasste, d.h. körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten, weil der Beschwerdeführer einen vermehrten Pausenbedarf aufweist aufgrund der immer wieder auftretenden Lumbalgien. Im Weiteren sind die im orthopädisch-chirurgischen Teilgutachten erwähnten Merkmale für eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit zu beachten: Es muss sich um eine wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben und Bewegen von schweren Lasten (Gewichtslimit maximal 5 kg) handeln, wobei keine Zwangshaltungen eingenommen werden dürfen und die Möglichkeit zum Pausieren und entspanntem Ausruhen während der Arbeitszeit bestehen muss (IV-Nr. 94.2 S. 41 und A.S. 87 f.; vgl. E. II. 6.8.4 und 6.16 hiervor).

7.5.2 Ein Vergleich des C.\_\_\_\_-Gutachtens mit dem neurologischen Gerichtsgutachten ergibt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus neurologischer Sicht nicht relevant verändert hat. Der Gerichtsgutachter Dr. med. I.\_\_\_\_ kommt aufgrund seiner Untersuchungsergebnisse zum Schluss, die Beantwortung der Frage nach einer objektiven Veränderung bzw. Verschlechterung seit dem Referenzzeitpunkt falle retrospektiv zwar nicht ganz leicht, insbesondere weil im Jahr 2014 keine relevanten neurologischen Untersuchungsbefunde zur Verfügung gestanden hätten. Es liege aber das MRI der Lendenwirbelsäule vom 13. Mai 2014 vor. Bereits damals habe sich eine hochgradige lumbale Spinalkanalstenose auf Höhe L4/5 gezeigt (vgl. IV-Nr. 67 S. 10 f.). Die zuletzt durchgeführte MRI-Untersuchung der LWS vom 7. September 2020 (vgl. A.S. 93) habe diesbezüglich keine relevante Verschlechterung der Befunde ergeben. Die klinisch-neurologischen Befunde seien aktuell weiterhin ohne Nachweis einer akuten radikulären lumbalen sensomotorischen Ausfallsymptomatik. Dementsprechend sei nicht von einer Verschlechterung der Befunde seit der Verfügung vom 25. März 2014 auszugehen (A.S. 87 f.). Der Gerichtsgutachter weist in diesem Zusammenhang darauf hin, beim Beschwerdeführer sei seit Jahrzehnten eine relevante lumbale Problematik dokumentiert; diesbezüglich könne auf ein erstes CT der Lendenwirbelsäule aus dem Jahr 1989 verwiesen werden mit schon damals nachgewiesener Diskushernie auf Höhe L4/5 (vgl. IV-Nr. 1.5 S. 25). Bereits die Myelographie vom November 1991 habe eine massive Stenose auf dieser Höhe gezeigt, sodass das Vorliegen einer lumbalen Spinalkanalstenose auf Höhe L4/5 bereits seit Jahrzehnten als vorhanden betrachtet werden müsse. Dr. med. I.\_\_\_\_ beantwortete die Frage, ob dieses Rückenleiden im Verlauf von mehr als 30 Jahren subjektiv und objektiv effektiv progredient gewesen sei, dahingehend, aufgrund der vorliegenden Bildgebungen könne eine Progredienz nicht eindeutig nachgewiesen werden. Die MRI-Untersuchungen des Röntgeninstituts M.\_\_\_\_ zeigten im Verlauf seit dem Mai 2014 bis zum September 2020 keine eindeutige Progredienz der lumbalen Spinalkanalstenose auf Höhe L4/5 insbesondere auf den diesbezüglich relevanten transversalen Bildern, auf denen die Stenose bereits im Jahr 2014 als hochgradig habe

eingestuft werden können; dies sei auf den zuletzt angefertigten Bildern vom September 2020 unverändert der Fall. Aktuell liessen sich keine klaren objektivierbaren sensomotorischen Defizite in der klinisch-neurologischen Untersuchung feststellen, die angegebenen Hyposensibilitäten am linken Bein seien diffus und entsprächen nicht einzelnen Dermatomen und besonders nicht den Dermatomen L5 und / oder S1. Dementsprechend sei aus neurologischer Sicht davon auszugehen, dass der jahrzehntelange Verlauf beim Patienten weiterhin relativ stabil und kompensiert sei und nicht zu einer eindeutigen akuten sensomotorischen Ausfallsymptomatik führe (A.S. 84 f.). Dr. med. I. \_\_\_ spricht sich denn auch dafür aus, aufgrund der chronifizierten lumbalen Schmerzproblematik des Patienten und der weiterhin fehlenden akuten sensomotorischen radikulären Defizite sei ein dringliches chirurgisches Vorgehen weiterhin nicht erforderlich (A.S. 86).

7.5.3 Wie (unter E. II. 3.1 hiervor) erwähnt, genügt weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens per se, um auf einen verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen). Die hier zu beurteilende Befundlage hat sich im vorliegenden Fall aufgrund der Angaben des neurologischen Gerichtsgutachters nicht relevant verändert. Dass der Gerichtsgutachter für angepasste Verweistätigkeiten in Form von körperlich leichten sowie wechselbelastenden Arbeiten aktuell ein uneingeschränktes zumutbares zeitliches Pensum bei einer Leistungsminderung von 30 %, somit eine Arbeitsfähigkeit von 70 %, attestiert, was im Vergleich zum C. \_\_\_-Gutachten eine tiefere Arbeitsfähigkeit darstellt (100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten; vgl. IV-Nr. 18.2 S. 18 f.), ändert daran nichts, da eine ungleich attestierte Arbeitsfähigkeit für sich alleine nicht genügt, um von einer relevanten Gesundheitsverschlechterung ausgehen zu können. Die vom behandelnden Neurochirurgen Dr. med. N. \_\_\_ in seinem Bericht vom 27. September 2016 aufgrund des MRT der LWS vom 29. August 2016 gemachte Einschätzung, die schon seit Jahren bestehende und dokumentierte hochgradige Spinalkanalstenose auf der Höhe L4/5 habe gegenüber den MRI-Bildern von 2014 «etwas zugenommen» (vgl. E. II. 6.1 hiervor), welche in der Folge vom RAD aus radiologischer Sicht als Verschlechterung des Gesundheitszustands interpretiert wurde (vgl. E. II. 6.5 und 6.7 hiervor), wird vom Gerichtsgutachter nicht bestätigt. Dr. med. I. \_\_\_ beantwortet die gestellte Frage bezüglich der gesundheitlichen Verschlechterung mit Hinweis auf die Bildgebungen der Lendenwirbelsäule vom 13. Mai 2014 und 7. September 2020 und kommt gestützt auf die aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchungsbefunde zum Schluss, mangels Nachweis einer akuten radikulären lumbalen sensomotorischen Ausfallsymptomatik könne nicht von einer Verschlechterung der Befunde seit der Verfügung vom 25. März 2014 ausgegangen werden (A.S. 84 und 87 f.). Inwiefern hier ein unrichtiges Verständnis der diesbezüglich massgeblichen Beweisschwelle und des Beweisgrades seitens des Gerichtsgutachters vorliegen soll, wie dies vom Beschwerdeführer geltend gemacht wird, ist nicht ersichtlich. Dr. med. I. \_\_\_ würdigt die Aktenlage seit dem Jahr 1989 (vgl. A.S. 48 ff. und 84) und nimmt im Rahmen seiner Beurteilung auch Bezug auf das C. \_\_\_-Gutachten vom 13. Dezember 2010, welches der Rentenaufhebung im Jahr 2014 zugrunde lag. Dem Einwand, ein Vergleich mit den medizinischen Tatsachen im Zeitpunkt des C. \_\_\_-Gutachtens hätte im Vordergrund stehen müssen und es entstehe der Eindruck, der Gutachter weiche einer Bezugnahme auf diese Grundlagen aus, da diesfalls eine

Verschlechterung zu bejahen wäre, kann nicht gefolgt werden. Eine subjektive und objektive Progredienz des Rückenleidens im Verlauf von mehr als 30 Jahren wird vom neurologischen Gerichtsgutachter aufgrund der ihm vorliegenden Bildgebungen und der aktuell erhobenen klinisch-neurologischen Untersuchungsergebnisse verneint (A.S. 84 und 87 f.). Dies entspricht auch den Angaben von Dr. med. N.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 27. September 2016, wonach sowohl die links paramediane Discushernie L5/S1 mit engen recessalen Verhältnissen, ohne sichere Kompression neuraler Strukturen, als auch die S-förmige Torsionsskoliose gestützt auf das MRI der LWS vom 29. August 2016 «in etwa unverändert» seien (IV-Nr. 67 S. 3). Dass die behandelnden Neurochirurgen Dres. med. N.\_\_\_\_ und V.\_\_\_\_ in ihren Berichten vom 4. Oktober 2018, 21. Januar 2020 sowie 3., 18. und 24. September 2020 u.a. eine «leicht progrediente» bzw. «progrediente» hochgradige sekundäre Spinalkanalstenose L4/5 diagnostizierten (IV-Nr. 99 S. 3 ff., BB 5 und A.S. 91 ff. [vgl. E. II. 6.9, 6.14 und 6.15]), im Bericht des Röntgeninstituts M.\_\_\_\_ vom 29. August 2016 eine «linkslaterale, grössenprogrediente Bandscheibenhernie mit Bedrängung der S1-Wurzel in L5/S1» angegeben wurde (IV-Nr. 67 S. 5; vgl. E. II. 6.1 hiervor) und RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 19. Juli 2017 – gestützt auf den Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 27. September 2016 (E. II. 6.1 hiervor) – aus radiologischer Sicht in Bezug auf die Spinalkanalstenose von einer «leichten Zunahme der Einengung» ausging, vermag die Untersuchungsergebnisse des Gerichtsgutachters nicht in Frage zu stellen, zumal auch vom vorerwähnten RAD-Arzt ausgeführt wurde, klinisch präsentiere sich die Situation praktisch unverändert gegenüber dem Vorzustand von 2014 und es bestehe nach wie vor keine sichere Kompression neuraler Strukturen; die (aus radiologischer Sicht) bestehende Verschlechterung sei ohne Relevanz bezüglich der Leistungsfähigkeit in angepasster, körperlich leichter und wechselbelastender Tätigkeit (IV-Nr. 75 S. 2; vgl. E. II. 6.5 hiervor). Wie (unter E. II. 4.6 hiervor) erwähnt, weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab. Solche Gründe liegen hier nicht vor. Die gestützt auf das MRI der LWS vom 29. August 2016 erfolgte unterschiedliche Beurteilung der behandelnden Neurochirurgen (leichte Zunahme der Spinalkanalstenose) genügt nicht, um von der beweiswertigen neurologischen Gerichtsexpertise abzuweichen.

## **E. 7.6**

7.6.1 Im Weiteren ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus rheumatologischer bzw. orthopädisch-chirurgischer Sicht relevant verändert hat. Zunächst fällt auf, dass der orthopädisch-chirurgische Teilgutachter der H.\_\_\_\_, Dr. med. T.\_\_\_\_, die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer «Koxarthrose beidseits» (Hüftarthrose) sowie «Chronische Rückenschmerzen mit wiederholt ischialgiformer Ausstrahlung links» stellte, während im C.\_\_\_\_-Gutachten ausschliesslich die Diagnose (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eines «chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms linksbetont» angegeben wurde. Zur Arbeitsfähigkeit gab der chirurgisch-orthopädische Teilgutachter der H.\_\_\_\_ an, in der bisherigen Tätigkeit als Lagerist mit stehender Tätigkeit und Bewegen von Lasten bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, in einer angepassten Verweistätigkeit (wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben und Bewegen von schweren Lasten [Gewichtslimit maximal 5 kg], ohne Zwangshaltungen und mit der Möglichkeit zum Pausieren und entspanntem Ausruhen während der Arbeitszeit) betrage die Arbeitsfähigkeit 75 % (maximale Präsenz von 6 Stunden pro Tag; IV-Nr. 94.2 S. 36 ff.; E. II. 6.8.4 hiervor). Im C.\_\_\_\_-Gutachten stellte der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. L.\_\_\_\_ fest, die

früheren, körperlich mindestens mittelschwer bis zum Teil schwer belastenden Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer aufgrund der somatisch erheblichen klaren pathoanatomischen Befunde im Bereich der lumbalen Wirbelsäule bleibend nicht mehr zuzumuten. Für eine körperlich leichte, wechselbelastende berufliche Tätigkeit bestehe eine normale, 100%ige Arbeitsfähigkeit unter verschiedenen Arbeitsplatzbedingungen (Arbeit in Wechselposition, vorzugsweise sitzend mit höhenverstellbarem Stuhl, in dieser Position fein- sowie grobmanuell verarbeitende Tätigkeiten oder Überwachungsfunktionen ohne Einschränkungen zumutbar, Zurücklegen von kürzeren Gehstrecken von 15 bis 30 Minuten Dauer ohne Unterbruch zumutbar, jedoch keine längeren berufsbedingten Gehstrecken, kein regelmässiges Benützen von Treppen und Leitern, keine anhaltende Oberkörpervorneigeposition, keine Arbeiten verbunden mit stereotypen Rotations- und Reklinationsbewegungen, repetitive Überkopfarbeiten ungünstig; IV-Nr. 18.2 S. 14 [vgl. E. II. 5.2.3 hiervor]). Diese Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des rheumatologischen Teilgutachters wurde im Rahmen der Gesamtbeurteilung übernommen (IV-Nr. 18.2 S. 18; vgl. E. II. 5.2.4 hiervor). Der Vergleich des C.\_\_\_\_-Gutachtens mit dem orthopädisch-chirurgischen Teilgutachten von Dr. med. T.\_\_\_\_ lässt auch angesichts der neu gestellten Diagnose einer Koxarthrose beidseits nicht auf einen relevant verschlechterten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers schliessen. Dr. med. T.\_\_\_\_ hielt fest, der Beschwerdeführer erkläre, dass seine Rückenschmerzen (und nicht seine Hüftbeschwerden) eine Arbeitstätigkeit verunmöglichten (IV-Nr. 94.2 S. 28). Eine radiologische Untersuchung des Beckens und der Hüfte links vom 5. September 2017 ergab zwar eine ausgeprägte Koxarthrose beidseits, linksbetont (IV-Nr. 78 S. 2; vgl. E. II. 6.6 hiervor), Dr. med. T.\_\_\_\_ begründete die bestehenden Funktionseinschränkungen jedoch ausschliesslich mit den Einschränkungen hinsichtlich der Lendenwirbelsäule. In Bezug auf die diagnostizierte Koxarthrose beidseits wurden – insbesondere auch bei den verschiedenen Körperpositionen (sitzend, stehend, wechselbelastend) – keine Einschränkungen angegeben (IV-Nr. 94.2 S. 37). Bei der Befunderhebung wurde in Bezug auf die Bewegungsausmasse beider Hüftgelenke vermerkt, die Drehung auswärts/einwärts sei auf der linken Seite schmerzhaft und beidseits eingeschränkt. Es finde sich bei den Hüftgelenken ein «geringer Druckschmerz im Bereich der linken Leistenregion» (IV-Nr. 94.2 S. 34). Im Rahmen der Konsensbeurteilung wurde darauf hingewiesen, die bekannte Arthrose beider Hüftgelenke erfordere zurzeit noch keinen totalendoprothetischen Ersatz (IV-Nr. 94.1 S. 13). Gestützt auf diese fachärztliche Beurteilung kann angesichts der neu diagnostizierten Koxarthrose beidseits nicht von einer relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgegangen werden, da das Hüftleiden nach den Angaben des orthopädisch-chirurgischen Teilgutachters der H.\_\_\_\_ keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten, d.h. körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit hat. Zwar wurde die neu festgestellte Koxarthrose beidseits von Dr. med. T.\_\_\_\_ unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (IV-Nr. 94.2 S. 36, IV-Nr. 94.1 S. 9), die bestehenden Funktionseinschränkungen wurden jedoch ausschliesslich mit den Einschränkungen hinsichtlich der Lendenwirbelsäule begründet (IV-Nr. 94.2 S. 37). Auch im Rahmen der Befunderhebung wurden bei den Hüftgelenken – ausser einer schmerzhaften Einschränkung bei der Drehung auswärts/einwärts und einem geringen Druckschmerz im Bereich der linken Leistenregion – keine auffälligen Verhältnisse festgestellt. Nach der Rechtsprechung genügt für eine Rentenanpassung (bzw. Rentengewährung nach Neuanmeldung) nicht bereits irgendeine Veränderung im Sachverhalt. Insbesondere stellt eine hinzugetretene Diagnose nicht per se einen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element der

(erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung, wenn dieser veränderte Umstand den Rentenanspruch berührt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_156/2020 vom 9. Juli 2020 E. 2.2., 9C\_42/2019 vom 16. August 2019 E. 5.2.1. und 8C\_495/2018 vom 24. Januar 2019 E. 3.2., je mit Hinweisen). Die vorliegend neu gestellte Diagnose einer Koxarthrose beidseits erfüllt diese Anforderungen nach den Angaben des orthopädisch-chirurgischen Facharztes der H.\_\_\_\_ nicht. Diese Einschätzung wird im Übrigen auch durch den Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 15. November 2018 erhärtet, wonach die Bewegungsprüfung im Hüftgelenk nicht schmerzhaft gewesen sei und der Beschwerdeführer Beschwerden von Seiten der Hüftgelenke aktuell weder spontan noch auf Anfrage geäußert habe (IV-Nr. 101 S. 2 und 4 f.). Es ist daher davon auszugehen, dass die von ihr in der Untersuchung festgestellte eingeschränkte Hüftgelenkbeweglichkeit nach dem Gesagten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit hat.

7.6.2 Eine relevante Zustandsverschlechterung wegen einer neu diagnostizierten Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenks) geht aus den vorliegenden Akten nicht hervor. Dr. med. T.\_\_\_\_ stellte bei den Kniegelenken unauffällige Verhältnisse fest, wobei die Kniegelenke (und auch die Sprung- und Zehengelenke) aktiv und passiv schmerzfrei beweglich seien (IV-Nr. 94.2 S. 34). RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ führte in ihrem Untersuchungsbericht vom 15. November 2018 aus, der Beschwerdeführer äussere im Bereich der linken Schulter während der Untersuchung Probleme bei der Elevation und Rotation über der Horizontalen. Gemäss der Berichterstattung des Hausarztes vom 15. Oktober 2018 (IV-Nr. 100 S. 2) seien eine Omarthrose (Arthrose der Schulter) und eine Subluxationsstellung festgestellt worden. Bei manuellen Verrichtungen auf Tischhöhe sei der Beschwerdeführer beschwerdefrei und nicht eingeschränkt. Die RAD-Ärztin diagnostizierte u.a. eine Omarthrose (nicht Gonarthrose) links (vgl. IV-Nr. 101 S. 4 f.). Dieses Leiden wurde vom RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 19. November 2018 (IV-Nr. 102 S. 2) korrekt, vom Gerichtsgutachter Dr. med. I.\_\_\_\_ jedoch offensichtlich versehentlich als Gonarthrose wiedergegeben (A.S. 82), was den Beweiswert seines neurologischen Gerichtsgutachtens jedoch nicht schmälert. Eine Omarthrose wurde vom orthopädisch-chirurgischen Facharzt Dr. med. T.\_\_\_\_ nicht diagnostiziert, vielmehr wurden von ihm im Bereich beider Schultern unauffällige Verhältnisse, insbesondere keine Impingementzeichen oder Rotatorenmanschetteninsuffizienz festgestellt. Die entsprechenden klinischen Tests seien allesamt negativ ausgefallen. Sämtliche Bewegungen im Bereich der Schultergelenke (und auch der Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenke) könnten schmerzfrei aktiv und passiv ausgeführt werden (IV-Nr. 94.2 S. 32). Nach dem Gesagten kann weder in Bezug auf die Schultern noch bezüglich der Knie von einer relevanten gesundheitlichen Verschlechterung ausgegangen werden.

7.6.3 Auch hinsichtlich der von Dr. med. T.\_\_\_\_ diagnostizierten «chronischen Rückenschmerzen mit wiederholt ischialgiformer Ausstrahlung links bei paramedianer Discushernie L5/S1 ohne sichere Kompression der Nervenwurzel S1, leichter S-Skoliose, absoluter Spinalkanalstenose mit Einklemmung der Cauda equina bei Bandscheibenmassenprolaps und konstitutionell eng angelegtem Spinalkanal L4/5 und linkslateraler grössenprogredienter Bandscheibenhernie mit Bedrängung der S1-Wurzel in L5/S1» ist aus rheumatologischer bzw. orthopädisch-chirurgischer Sicht keine relevante Veränderung bzw. Verschlechterung ersichtlich. Der rheumatologische C.\_\_\_\_-Gutachter, Dr. med. L.\_\_\_\_ hielt bereits in seiner rheumatologischen Beurteilung vom 1. November

2010 in Bezug auf das von ihm diagnostizierte «chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom linksbetont» fest, der Beschwerdeführer habe erstmals Ende 1988 eine deutliche Lumbalgiephase mit Ausstrahlung entlang des dorsolateralen Ober- sowie Unterschenkels rechts erlitten. Erneute Schmerzexazerbationen seien anfangs 1990 erfolgt. Die weiteren klinischen, bildgebenden und neurologischen Abklärungen seien typisch gewesen für eine radikuläre spinale Claudicatio vereinbar mit den radiologischen Befunden einer idiopathischen Spinalkanalstenose zwischen L3 bis L5. Zusätzlich habe eine deutliche mediolaterale Diskushernie L4/5 rechts mit wahrscheinlicher Wurzelkompression L5 rechts bestanden. Die Schmerzsymptomatik mit Ausstrahlung in die rechte untere Extremität habe anamnestisch über Jahre weiter persistiert. Erst eine periradikuläre Nervenwurzelinfiltration L4/5 rechts habe eine signifikante Schmerzverbesserung im rechten Bein erbracht. Nachdem sich nach 2003 die Schmerzsymptomatik rechts weitgehend zurückgebildet habe, beklage der Beschwerdeführer nun in den vergangenen zwei bis drei Jahren langsam zunehmende Schmerzen lumbogluteal links und insbesondere zum Teil Schmerzen am linken Unterschenkel und im Bereich des Digitus IV und V am linken Fuss. Die diesbezüglichen Schmerzen hätten im letzten Jahr an Intensität zugenommen (IV-Nr. 18.2 S. 13; vgl. E. II. 5.2.3 hiervor). Im Rahmen der Gesamtbeurteilung wurde im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. Dezember 2010 festgehalten, beim Beschwerdeführer sei das chronische, linksbetonte, lumbospondylogene Schmerzsyndrom festzustellen. Es liege die bekannte, kongenitale Spinalkanalstenose zwischen L3 bis L5 vor mit Status nach rechtsbetonter Diskushernie L4/5 und Status nach Kompression der Nervenwurzel L5 rechts. Anhand der aktuellen Untersuchung könne eine Wirbelsäulenfehlhaltung und –fehlform festgestellt werden, zudem eine muskuläre Dysbalance der abdominellen und auch der Rücken stabilisierenden Muskulatur. Aus dem rheumatologischen Teilgutachten gehe hervor, dass aufgrund der objektiven Befunde, welche vor allem im Rahmen der Spinalkanalstenose seit Jahren nachweisbar seien, eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule bestehe (IV-Nr. 18.2 S. 17 f.). Die im Vergleich dazu vom orthopädisch-chirurgischen Teilgutachter der H.\_\_\_\_, Dr. med. T.\_\_\_\_, erhobenen Untersuchungsbefunde an der Wirbelsäule (keine Muskelatrophien [Muskelschwund], Muskelverspannungen, schmerzhafte Myalgelosen [Muskelverhärtungen] im Bereich der Lendenwirbelsäule beidseits paravertebral, Druckschmerzhaftigkeit der kleinen Wirbelgelenke kann ausgelöst werden, deutlicher Klopfschmerz über den Dornfortsätzen der Lendenwirbelsäule, nicht über der Hals- und Brustwirbelsäule, keine Narbenbildung, keine Missempfindungen oder Parästhesien, physiologische Kyphose und Lordose der Brust- und Lendenwirbelsäule, geringe skoliotische Fehlhaltung der Brustwirbelsäule, bei der Inklination der Wirbelsäule zur Überprüfung des Finger-Fussboden-Abstandes Schmerzen beim Wiederaufrichten, Wiederaufrichtung aus eigener Kraft möglich ohne Zuhilfenahme der Hände, keine muskuläre Insuffizienz oder Dysbalance der Wirbelsäule [vgl. IV-Nr. 94.2 S. 31]) lassen nicht auf eine relevante Verschlechterung der seit Jahrzehnten bestehenden Problematik an der Lendenwirbelsäule schliessen. Im Rahmen der Konsensbeurteilung im H.\_\_\_\_-Gutachten wurde die Beurteilung im C.\_\_\_\_-Gutachten grundsätzlich bestätigt und erklärt, es könne nicht eingesehen werden, dass die vom C.\_\_\_\_ attestierte Restarbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselbelasteten Verweistätigkeit nicht umgesetzt worden sei. Unter dem Titel «Medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit» wurde zum Verlauf dargelegt, seit über 20 Jahren seien anscheinend die Beschwerden und der Leidensdruck so aushaltbar gewesen, dass sich der Beschwerdeführer nicht wesentlich um weitere Therapien bezüglich Medikation,

Schmerztherapie oder neurochirurgische Interventionen bemüht habe. Laut den IV-Unterlagen von 1990 bis aktuell habe sich sein Gesundheitsschaden nicht wesentlich verändert (IV-Nr. 94.1 S. 12 f.). Auf diese Beurteilung im H.\_\_\_\_-Gutachten ist abzustellen. Dass darin – im Gegensatz zur C.\_\_\_\_-Begutachtung – von einer Beeinträchtigung in einer Verweistätigkeit von 25 % bis 30 % ausgegangen wird, kann nicht als eine relevante Verschlechterung des Rückenleidens interpretiert werden, da es sich hier lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen medizinischen Sachverhalts handelt, welche im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich ist (vgl. E. II. 3.1 hiervor). Dies gilt auch für die vom Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. I.\_\_\_\_ erwähnten Blockierungen über mehrere Tage, welche nach den Angaben des Gerichtsgutachters ebenfalls seit Jahren vorhanden seien und jeweils durch gewisse körperliche Anstrengungen ausgelöst würden; es sei durchaus denkbar, dass es sich hierbei um Exazerbationen des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms handle (A.S. 85). Gegen eine Verschlechterung des Rückenleidens spricht im Übrigen auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. N.\_\_\_\_ im Oktober 2018 eine mögliche Gehstrecke von 150 m angab; ab dieser Distanz nähmen die Lumboischialgien zu, er müsse dann anhalten, sich bücken oder sein Bein anheben (IV-Nr. 99 S. 4). Gegenüber dem Gerichtsgutachter berichtete der Beschwerdeführer im Rahmen der neurologischen Anamneseerhebung jedoch über eine Gehstrecke von bis zu 300 m (A.S. 74 und 82). Eine maximale Gehstrecke vom 300 m wurde auch gegenüber dem behandelnden Neurochirurgen im Januar 2020 bestätigt (BB 5). Auch wenn angesichts dieser subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zur maximalen Gehdistanz nicht ohne weiteres von einer anhaltenden Verbesserung seines Rückenleidens ausgegangen werden kann, erhärten sie jedoch zumindest die gutachterlichen Angaben, wonach aufgrund der aktuell erhobenen Befunde nicht von einer relevanten Verschlechterung der Lendenwirbelsäulenproblematik ausgegangen werden kann.

7.6.4 Die von den behandelnden Neurochirurgen Dres. med. N.\_\_\_\_ und V.\_\_\_\_ in ihren Berichten vom 21. Januar 2020 (BB 5), 3. und 18. September 2020 (A.S. 91 ff.) erwähnte, diskrete bekannte Fussheber- und Peroneusparesen vom Kraftgrad M4 bis M4+ auf der linken Seite sowie die angegebene Hypästhesie am Fussrücken und lateralen Unterschenkel links (Dermatom L5 und S1 links) lassen ebenso wenig auf eine relevante Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers schliessen. Dr. med. T.\_\_\_\_ hielt zum neurologischen Status fest, im Bereich der unteren Extremitäten seien keine schlaffen oder spastischen Paresen zu finden. Der Kraftgrad sei für die Beugung und Streckung der entsprechenden Muskelgruppen normal. Im Bereich der linken unteren Extremität finde sich eine Hyposensibilität dem Dermatom S1 entsprechend (IV-Nr. 94.2 S. 35). Dazu hält der neurologische Gerichtsgutachter Dr. med. I.\_\_\_\_ fest, an den Beinen zeigten sich keine muskulären Atrophien im Seitenvergleich. Im Weiteren bestünden keine eindeutigen Paresen an den Extremitäten. Der Beschwerdeführer gebe Hyposensibilitäten am lateralen Oberschenkel und Unterschenkel links sowie am Fussrücken links medial und lateral, nicht aber an der Planta pedis (Fusssohle) an. Diese klinisch-neurologischen Befunde seien gesamthaft dahingehend zu interpretieren, dass das Lasègue-Manöver effektiv negativ sei. Die angegebenen Hyposensibilitäten seien nicht radikulär verteilt am linken Bein und könnten daher nicht eindeutig einem radikulären Segment zugeordnet werden. Aktuell liessen sich keine klaren objektivierbaren sensomotorischen Defizite in der klinisch-neurologischen Untersuchung feststellen, die angegebenen Hyposensibilitäten am linken Bein seien diffus und entsprächen nicht einzelnen Dermatomen, besonders nicht den

Dermatomen L5 und / oder S1. Dementsprechend sei aus neurologischer Sicht davon auszugehen, dass der jahrzehntelange Verlauf beim Patienten weiterhin relativ stabil und kompensiert und nicht zu einer eindeutigen akuten sensomotorischen Ausfallsymptomatik führe (A.S. 83 ff.). Darauf ist abzustellen. 8. Nach dem Gesagten ist aufgrund des polydisziplinären Gutachtens der H.\_\_\_\_ vom 27. Juli 2018 in Bezug auf die Fachdisziplinen «Allgemeine Innere Medizin», «chirurgische Orthopädie» und «Psychiatrie» sowie gestützt auf das vom Gericht veranlasste neurologische Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2021 bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 28. Oktober 2019 keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Rechtsprechungsgemäss bildet die angefochtene Verfügung die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis (Urteil des Bundesgerichts I 940/06 vom 19. November 2007 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 129 V 167 E. 1 S. 169). Auf die vom Beschwerdeführer dem Gericht am 28. Mai 2021 mitgeteilte Erwerbsaufnahme im Gebrauchtwagenverkauf per 1. April 2021 (Anstellung mit einem Pensum von 40 % [A.S. 120 ff.; vgl. E. I. 2.14 hiervor]) ist demnach nicht einzugehen. Da seit der rechtskräftigen Verfügung vom 25. März 2014 bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 28. Oktober 2019 keine erhebliche Veränderung des Sachverhalts eingetreten ist, liegt kein Revisionsgrund vor. Im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren besteht somit keine Möglichkeit, eine davon abweichende Beurteilung des Rentenanspruchs vorzunehmen. Vielmehr bleibt es beim bisherigen Rechtszustand. Damit erübrigt sich ein Einkommensvergleich. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

## **E. 9**

9.1 Da der Beschwerdeführer nicht obsiegt, hat er grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). 9.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 26. August 2020; A.S. 37 ff.; vgl. E. I. 2.5 hiervor). Darauf ist im vorliegenden Beschwerdeverfahren angesichts der erst per 30. April 2021 eingetretenen Änderungen (Einstellung der Sozialhilfeleistungen des Beschwerdeführers und seiner Ehefrau aufgrund genügender Einnahmen) nicht zurückzukommen. Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Gressly hat am 19. Februar 2021 seine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'280.05 (15.4 Std. x CHF 250.00 pro Std. zuzüglich Spesenersatz von CHF 124.00 und Mehrwertsteuer) geltend macht (A.S. 114 ff.). Der geltend gemachte Zeitaufwand von 15.4 Std. erscheint für den vorliegenden Fall angemessen. Der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt CHF 180.00. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 3'119.00 (Honorar von CHF 2'772.00 zuzüglich Auslagen von CHF 124.00 und MwSt. von CHF 223.00 [7.7 %]). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Im Weiteren besteht ein Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 829.30 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar; eine Honorarvereinbarung mit einem Stundenansatz von CHF 250.00 liegt nicht vor). 9.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von

IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Die Verfahrenskosten von CHF 600 sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, welche jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

9.4 Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Mit BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 hat das Bundesgericht für den Bereich der Invalidenversicherung Kriterien aufgestellt, die bei der Beurteilung der Frage zu berücksichtigen sind, ob die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung auferlegt werden können. Es erwog, es müsse ein Zusammenhang bestehen zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen. Dies sei namentlich in folgenden Konstellationen der Fall: Wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen bestehe, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet habe, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfülle (BGE 140 V 70 E. 6.1 S. 75 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_64/2019 vom 27. November 2019 E. 8.1 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall ordnete das Gericht ein neurologisches Gutachten bei Dr. med. I. \_\_\_ an, weil angesichts der Angaben des behandelnden Neurochirurgen Dr. med. N. \_\_\_ in seinen Berichten vom 4. Oktober 2018 und 21. Januar 2020 Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Angaben im neurologischen Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_ vom 15. November 2018 nicht ausgeräumt werden konnten. Die Beschwerdegegnerin wäre aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes gehalten gewesen, die bestehenden Unklarheiten aufzulösen bzw. den Sachverhalt versicherungsextern ergänzend abklären zu lassen. Die Voraussetzungen, unter welchen der Beschwerdegegnerin die Kosten eines Gerichtsgutachtens zu tragen hat, sind damit erfüllt. Nach dem Gesagten rechtfertigt es sich, der Beschwerdegegnerin die Kosten des Gerichtsgutachtens von insgesamt CHF 4'500.00 (vgl. den Parteien mit Verfügung vom 21. Januar 2021 zugestellte Rechnung vom 18. Januar 2021, A.S. 101.1; vgl. E. I. 2.9 hiervor) aufzuerlegen. Die IV-Stellen haben im Rahmen der mit BGE 139 V 496 umschriebenen Grundsätze gestützt auf Art. 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG für die gesamten Kosten des Gerichtsgutachtens aufzukommen (BGE 143 V 269 E. 7.2 S. 283).

## **E. 20**

Jahren, seien anscheinend seine Beschwerden und sein Leidensdruck so aushaltbar gewesen, dass sich der Explorand nicht wesentlich um weitere Therapien bezüglich Medikation, Schmerztherapie oder neurochirurgische Interventionen bemüht habe. Laut den IV-Unterlagen seit 1990 und der aktuellen neurologischen Untersuchung habe sich sein Gesundheitsschaden aus neurologischer Sicht nicht wesentlich verändert. Eine Operation der Bandscheibe L5/S1 komme aus neurologischer Sicht mangels Paresen nicht in Frage. Eine wesentliche Schmerzlinderung oder gar Schmerzfreiheit nach 26 Jahren

Bandscheibenvorfall im Bereich der LWS mit chronischen Nervenwurzelreizungen L5 und S1 erscheine sehr unwahrscheinlich. Die Konsistenz und Plausibilität wurden wie folgt beschrieben: Die Angaben des Exploranden bezüglich seiner Beschwerden seien diskrepant. Auf der einen Seite könne er vor Schmerzen nicht lange sitzen und nichts tun, dann könne er aber trotzdem seiner Ehefrau in ihrer Tätigkeit als Hauswartin helfen. Er erledige alle Tätigkeiten im Hauswartbereich, die keine körperliche Anstrengung erforderten. Dann berichte er von unvorhersehbar und plötzlich auftretenden massiven Schmerzen von der LWS her in die Beine einschliessend, sodass er sich nicht mehr bewegen könne, dann könne er nahezu problemlos Auto fahren, obwohl er keine paar Minuten wegen der Schmerzen ruhig sitzen könne. Schliesslich gebe er an, dass er im Haushalt nichts tun könne, gemäss den IV-Akten helfe er aber seiner Ehefrau auch im Haushalt. Gemäss seiner Beschwerdeschilderung könne er nicht weit gehen, aus den IV-Akten gehe aber etwas Anderes hervor (er gehe sehr viel laufen, eigentlich laufe er den ganzen Tag). Der neurologische Gutachter kam aufgrund seiner Untersuchung zum Schluss, aus neurologischer Sicht bestehe nur eine geringe Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 70 % für leichte Tätigkeiten. Der Explorand könne 6 Stunden pro Tag in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit anwesend sein. Dabei bestehe eine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit von 30 %. Bezogen auf ein 100%-Pensum betrage die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit 70 %, dies gelte auch für angepasste leichte Verweistätigkeiten. Bei einer optimal angepassten Tätigkeit sei Folgendes zu beachten: keine Drehung in der unteren LWS, kein Heben von schweren Lasten (mehr als 5 kg) und keine Tätigkeiten in gebeugter Haltung (IV-Nr. 94.2 S. 1 ff.).

6.8.4 Dem orthopädisch-chirurgischen Teilgutachten (Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie) vom 24. Juni 2018 kann zu den aktuellen Beschwerden Folgendes entnommen werden: Der Explorand berichte, dass er unter einem permanenten Rückenschmerz leide mit einer Schmerzausstrahlung in beide Beine, wobei das linke Bein stärker betroffen sei. Wenn er das Gewicht mehr auf rechts verlagere nach Schmerzen im Bereich des linken Beines, nähmen die Schmerzen im Bereich des rechten Beines zu. Die Schmerzausstrahlung betreffe das gesamte linke Bein beginnend von der Hüfte bis in die Grosszehe. Das Bein sei taub und schmerze unterschiedlich stark. Dies sei von der Belastung abhängig. Im Laufe des Tages variierten die Schmerzen. Der Explorand berichte, dass er maximal 500 Meter an einem Stück gehen könne. Zeitweilig seien aber auch die Gehstrecken auf 50 Meter verkürzt, wenn der Schmerz einstrahle. Er müsse dann eine Pause einlegen. Weiterhin berichte der Explorand über einen linksseitigen Leistenschmerz, welcher seit ca. 2 Jahren bestehe. Dieser trete nur beim Gehen auf. Er müsse dann bei dieser Schmerzattacke in die linke Leiste drücken. Weiterhin berichte der Explorand über einen Armschmerz links, der beim Wetterwechsel auftrete.

Im Rahmen der Befunderhebung wurde im Wesentlichen dargelegt, der Explorand befinde sich in einem guten Allgemein- sowie adipösen Ernährungszustand (Körpergrösse 172 cm, Körpergewicht 100 kg). Er sei während der Befragung kooperativ und beantworte alle ihm gestellten Fragen ausführlich, bereitwillig und gewissenhaft. Eine Neigung zur Verdeutlichung der Symptome oder eine Aggravation könne während der Untersuchung nicht festgestellt werden. Der Explorand wirke glaubhaft und neige nicht zu Übertreibungen. Er sei alleine gehfähig. Auf Nachfragen erkläre er, dass er bei längeren Gehstrecken einen Gehstock auf der linken Seite benutze. Die Entkleidung am Oberkörper

geschehe vollkommen schmerzfrei und flüssig, im Bereich der unteren Extremitäten streife er die Schuhe mit den Füßen gegenseitig ab. Die Entkleidung der Hose und der Strümpfe geschehe schwerfällig und sei auf Nachfragen schmerzhaft. Er müsse sich dazu hinsetzen. Während der Befragung stehe der Explorand nach 45 Minuten wegen Schmerzen im Bereich des Rückens auf und müsse ein paar Schritte umhergehen. Ansonsten werde keine Unruhe beim Sitzen während der Befragung beobachtet. Ein Nachlassen der Konzentration während der Befragung sei nicht zu beobachten. Zu den Untersuchungsbefunden wurde dargelegt, im Bereich der Wirbelsäule bestünden keine Muskelatrophien. Man finde Muskelverspannungen und schmerzhafte Myalgelosen im Bereich der Lendenwirbelsäule beidseits paravertebral. Dort könne auch eine Druckschmerzhaftigkeit der kleinen Wirbelgelenke ausgelöst werden. Es finde sich ein deutlicher Klopfschmerz über den Dornfortsätzen der Lendenwirbelsäule, nicht über der Hals- und Brustwirbelsäule. Es seien weder eine Narbenbildung noch Missempfindungen oder Parästhesien vorhanden. Es bestehe eine physiologische Kyphose und Lordose der Brust- und Lendenwirbelsäule. Eine geringe skoliotische Fehllhaltung der Brustwirbelsäule mit Scheitelpunkt bei thorakal 10 nach rechts sei klinisch erkennbar. Bei der Inklinatation der Wirbelsäule zur Überprüfung des Finger-Fussboden-Abstandes gebe der Explorand Schmerzen beim Wiederaufrichten an. Die Wiederaufrichtung aus eigener Kraft sei möglich ohne Zuhilfenahme der Hände. Eine muskuläre Insuffizienz oder Dysbalance der Wirbelsäule seien nicht festzustellen. Die Bewegung im Bereich der Halswirbelsäule sei nicht schmerzhaft eingeschränkt. Die Bewegung im Bereich der Brustwirbelsäule sei für das Seitneigen rechts/links schmerzhaft eingeschränkt. Der Finger-Fussboden-Abstand betrage 50 cm. Der Händedruck bei der Begrüssung sei äusserst kraftvoll und vollkommen schmerzfrei. Im Bereich der oberen Extremitäten finde sich kein relevantes aktives oder passives Bewegungsdefizit. Sämtliche Bewegungen im Bereich der Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenke könnten schmerzfrei aktiv und passiv ausgeführt werden. Bezüglich der unteren Extremitäten wurde angegeben, die Körperhaltung sei nicht aufrecht, sondern leicht nach vorne gebeugt. Es zeige sich beim Gehen eine deutliche Schonhaltung. Das Gangbild sei steif und die Schrittweite gering und nicht raumgreifend; die Schrittgeschwindigkeit sei verlangsamt. Starten und Anhalten während des Gehens führe der Explorand mit Bedacht aus. Das Abrollverhalten beim Bodenkontakt der Füße sei gestört. Es finde sich ein Versteifungshinken auf der linken Seite. Zum Zeitpunkt der Untersuchung zeigten sich keine Ruhe-, Anlauf- oder Belastungsschmerzen im Bereich der unteren Extremitäten. Zehen- und Hackengang seien durchführbar. Ebenfalls seien die Einnahme der hockenden Position und deren Wiederauflösung möglich. Im Bereich der unteren Extremitäten finde man keine Rotationsfehlstellung oder Beinverkürzung. Zu den Hüftgelenken wurde angegeben, die Drehung auswärts/einwärts (Hüftgelenk 90 °Beugung) sei auf der linken Seite schmerzhaft. Sie sei beiderseits eingeschränkt. Ebenfalls sei die Drehung auswärts/einwärts (Hüftgelenk gestreckt) beiderseits eingeschränkt. Die Knie-, Sprung- und Zehengelenke seien aktiv und passiv schmerzfrei beweglich. Es finde sich ein geringer Druckschmerz im Bereich der linken Leistenregion. Es bestehe kein Klopfschmerz über dem rechten und linken Trochanter. Die rechte Leiste weise keinen Druckschmerz auf. Bei der Bewegungsüberprüfung der Hüftgelenke könnten keine Krepitationen (Gelenkknirschen) und kein Schnappphänomen festgestellt werden. Der Beinstauchungsschmerz löse Schmerzen im Bereich der unteren LWS beiderseits aus.

Der orthopädisch-chirurgische Teilgutachter stellte auf chirurgischem Fachgebiet folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Koxarthrose bds.; Chronische

Rückenschmerzen mit wiederholt ischialgiformer Ausstrahlung links bei paramedianer Discushernie L5/S1 ohne sichere Kompression der Nervenwurzel S1, leichter S-Skoliose, absoluter Spinalkanalstenose mit Einklemmung der Cauda equina bei Bandscheibenmassenprolaps und konstitutionell eng angelegtem Spinalkanal L4/5 und linkslateraler grössenprogredienter Bandscheibenhernie mit Bedrängung der S1-Wurzel in L5/S1. Zur Krankheitsentwicklung wurde dargelegt, beim Exploranden liege eine computertomographisch gesicherte Stenose des Spinalkanals auf Höhe L4 und L5 vor (Bericht vom 21. Juni 1989). Zusätzlich bestünden eine lumbale Diskushernie der vierten lumbalen Bandscheibe mit Kompression der Nervenwurzel L5 rechts und eine paramediane Diskushernie der fünften lumbalen Bandscheibe mit deutlicher Impression des Duralsackes. Der Austrittsbericht vom 26. Juli 1990 nenne als Diagnosen ein Lumbovertebralsyndrom und radikuläres Reizsyndrom sowie ein sensibles Ausfallsyndrom L5, eventuell S1 rechts bei medialer und rechtslateraler Diskushernie L4/L5, sowie kleiner medialer Diskusprotrusion L5/S1. Klinisch sei der akute Rückenschmerz erstmals im Mai 1988 beim Schaufeln in einem Graben aufgetreten. Die Indikation zum operativen Vorgehen sei im Bericht vom 8. Januar 1992 dokumentiert worden. Basis sei ein Myelo-CT vom 6. November 1991 bei ossär engem Spinalkanal in Höhe L4/L5 und Diskushernie L4/L5 rechts gewesen. Die Spinalkanalstenose sei als idiopathisch (ohne erkennbare Ursache entstanden) angesehen worden. Die operative Therapie sei vom Patienten mehrfach abgelehnt worden. Eine stationäre Behandlung über 6 Wochen im Jahr 1990 sei ohne Effekt gewesen. Das Kernspintomogramm der Lendenwirbelsäule vom 29. August 2016 beschreibe eine absolute Spinalkanalstenose mit Einklemmung der Cauda equina bei Bandscheiben-Massenprolaps und konstitutionell angelegtem Spinalkanal L4/L5. Weiterhin bestehe eine linkslaterale grössenprogrediente Bandscheibenhernie mit Bedrängung der S1-Wurzel in L5/S1. Die klinische Beurteilung durch die Neurochirurgie (Bericht vom 27. September 2016 [vgl. E. II. 6.1 hiervor]) beschreibe die Zunahme der hochgradig bekannten Spinalkanalstenose in Höhe L4/L5 bei rechtsbetonter medianer Diskushernie und hypertropher Spondylarthrose. Die Indikation zu diesem Zeitpunkt zur operativen Therapie sei vom Leidensdruck des Exploranden abhängig gemacht worden, da ein 26-jähriger Verlauf inzwischen dokumentiert sei. Eine radiologische Untersuchung des Beckens und der Hüfte links vom 5. September 2017 habe eine radiologisch gesicherte Koxarthrose beidseits linksbetont ergeben.

Die Beurteilung des bisherigen Verlaufs lautete nach den Angaben von Dr. med. T.\_\_\_\_ wie folgt: Die bisherige Therapie sei lege artis in Art und Umfang und mit notwendiger Intensität bzw. Dosierung durchgeführt worden. Für die Zukunft sei festzuhalten, dass die Zunahme der spinalen Enge im Bereich der LWS zu einer Querschnittssymptomatik führen könne. Aus diesem Grund sei eine klinische und radiologische Verlaufskontrolle in definierten zeitlichen Abständen erforderlich. Die bekannte Arthrose beider Hüftgelenke erfordere zurzeit noch keinen totalendoprothetischen Ersatz. Hinweise für Aggravation und Simulation bestünden nicht. Zur Arbeitsfähigkeit wurde dargelegt, eine Arbeitstätigkeit als Lagerist mit stehender Tätigkeit und Bewegen von Lasten permanent sei dem Exploranden vollumfänglich nicht mehr zumutbar. Folgende Merkmale müsste eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit aufweisen: Wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben und Bewegen von schweren Lasten (Gewichtslimit maximal 5 kg), keine Zwangshaltungen, Möglichkeit zum Pausieren und entspannten Ausruhen während der Arbeitszeit. Die maximale Präsenz einer solchen Tätigkeit betrage 6 Stunden pro Tag. Dabei bestehe keine Leistungsminderung. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde ■ bezogen

auf ein 100%-Pensum ■ auf 75 % geschätzt. Zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit wurde erklärt, eine retrospektive Beurteilung einer potenziellen Entwicklung einer Verweistätigkeit erachte man hier als spekulativ. Daher werde von einer rückwirkenden Bemessung bezüglich einer Verweistätigkeit abgesehen. Für die zukünftige Entwicklung der Arbeitsfähigkeit werde festgehalten, dass die angepasste Tätigkeit im Ausmass von 75 % Präsenzzeit bei 100 % Leistungsfähigkeit möglich sein sollte (IV-Nr. 94.2 S. 20 ff.).

6.8.5 Im psychiatrischen Teilgutachten (Dr. med. Dipl.-Psych. U.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) vom 26. Mai 2018 konnte keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) genannt. Zur Diagnose wurde erwähnt, die Schmerzstörung habe ihren Ausgangspunkt von einer somatischen Problematik genommen. Psychosoziale Faktoren spielten dabei nicht die ursächliche Rolle für den Beginn der Schmerzproblematik, sondern seien verantwortlich für die Aufrechterhaltung der Störung. Solche Faktoren seien hier die ungewisse berufliche Zukunft und die Perspektivlosigkeit. Das Zeitkriterium sei längstens erreicht. Den Arztberichten sei durchgehend eine chronifizierte Schmerzstörung zu entnehmen. Im Rahmen der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität wurde dargelegt, aus psychiatrischer Sicht zeigten sich keine relevanten Diskrepanzen hinsichtlich der Beschreibung der Krankheitsentwicklung/Symptombeschreibung des Exploranden und den aktuell vorliegenden Arztberichten. Es hätten keine wesentlichen Diskrepanzen zwischen den angegebenen Beschwerden und dem aktuellen psychopathologischen Befund ergeben. Die Schilderung des Tagesablaufs (Aktivitätsniveau) könne mit den aktuell beschriebenen Beschwerden in Einklang gebracht werden. Das Verhalten des Exploranden habe im Rahmen der Untersuchung keine wesentliche Aggravations- bzw. Simulationstendenz aufgewiesen. Insgesamt könne von einer ausreichenden Konsistenz zwischen der Aktenlage mit den Vorbefunden, den Eigenangaben des Exploranden, dem psychopathologischen Befund und den psychometrischen Ergebnissen ausgegangen werden. Eine valide Beurteilung sei deshalb aus psychiatrischer Sicht möglich. Es bestehe keine Persönlichkeitsstörung. Auf der psychisch-geistigen Ebene hätten sich keine Beeinträchtigungen ergeben, weil ausgeprägte affektive, psychomotorische, kognitive oder vegetative Auffälligkeiten fehlten. Auf der psychiatrisch-körperlichen Ebene zeigten sich keine (depressiv getönte) Verminderung der Vitalgefühle, keine Freudminderung, keine Beeinträchtigung der emotionalen Reagibilität und keine Antriebsstörung. Das verminderte Aktivitätsniveau im Alltag sei vom Exploranden auf die Schmerzsituation zurückgeführt worden. Auf der Ebene der sozialen Kommunikationsfähigkeit hätten sich ebenfalls keine schwerwiegenden Beeinträchtigungen ergeben. Hinweise auf einen sozialen Rückzug seien eruierbar gewesen, allerdings nicht in allen Belangen des Lebens (intakte Familienverhältnisse). Die Interaktion in der Untersuchungssituation sei weitgehend adäquat gewesen. Auf der Fähigkeitsebene hätten sich vorrangig schmerzbedingte Einschränkungen in der Durchhaltefähigkeit und der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten ergeben. Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, aus rein psychiatrischer Sicht sei der Explorand in jedweder seinen körperlichen Möglichkeiten und seinen Fähigkeiten entsprechenden Arbeitstätigkeit vollumfänglich (100 % der wöchentlichen Arbeitszeit, 8.5 Std. pro Tag an 5 Tagen pro Woche) arbeitsfähig. Dabei bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Dies gelte sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch für eine angepasste Verweistätigkeit. Im Verlauf sei aus psychiatrischer Sicht eine

Arbeitsunfähigkeit nicht ausgewiesen (IV-Nr. 94.3).

6.9 Dr. med. N. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 4. Oktober 2018 folgende Diagnosen fest: Chronische Rückenschmerzen mit claudicativer ischialgiformer Ausstrahlung beidseits bei leicht progredienter hochgradiger sekundärer Spinalkanalstenose L4/5 bei hier hypertropher Spondylarthrose, verdickten Ligamenta flava und medianer Discushernie, links paramedianer Discushernie L5/S1 bei spondylarthrotisch engen recessalen Verhältnissen und degenerativen Veränderungen der LWS mit leichter S-förmiger Torsionsskoliose. Die Beurteilung lautete dahingehend, die vom Patienten beschriebenen Beschwerden seien glaubhaft und typisch für die im MRI der LWS vom 29. August 2016 dargestellten Befunde. Für körperlich belastende Tätigkeiten sei der Patient zu 100 % arbeitsunfähig. Auch für Tätigkeiten, welche Stehen an Ort, Über-Kopf-Arbeiten und repetitive Rotationsbewegungen der LWS erforderten, sei der Patient nicht mehr arbeitsfähig. Die mögliche Arbeitsfähigkeit beschränke sich eigentlich auf eine sitzende Tätigkeit. Im Sitzen bestünden zwar erwartungsgemäss keine relevanten Schmerzausstrahlungen in die Beine, leicht links. Längeres Sitzen verstärke aber die Rückenschmerzen, was glaubhaft sei und ebenfalls zu den Pathologien im MRI passe. Letztlich beschränke sich die Arbeitsfähigkeit auf eine rein sitzende Stellung, wobei auch hier die Zeitdauer eingeschränkt sei. Eine solche Tätigkeit könne stundenweise bis zu 4 Stunden pro Tag ausgeführt werden. Heben und Tragen von Lasten komme kaum mehr in Frage. Auch Tätigkeiten verbunden mit Erschütterungen und ruckartigen Bewegungen (z.B. Staplerfahrer etc.) könnten nicht mehr durchgeführt werden. Für eine solche adaptierte Tätigkeit könne theoretisch eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert werden (IV-Nr. 99 S. 3 ff.).

6.10 Hausarzt F. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 15. Oktober 2018 fest, beim Patienten zeige sich im MRI der LWS vom 29. August 2016 eine grössenprogrediente Spinalkanalstenose im Vergleich zur Voruntersuchung im Jahr 2014. Seither dürfte nochmals eine weitere Verschlechterung eingetreten sein. Die bekannten anhaltenden Schmerzen im Rücken und in den Beinen hätten sich nochmals verstärkt. Die Arbeitsfähigkeit werde von Dr. med. N. \_\_\_ auf maximal 50 % für eine rein sitzende Tätigkeit mit eingeschränkter Zeitdauer taxiert. Dabei gelte es ruckartige Bewegungen und Erschütterungen genauso zu vermeiden wie das Heben und Tragen von Lasten. Internistisch sei noch anzumerken, dass der Explorand zwischenzeitlich im Januar 2017 einen Myokardinfarkt erlitten habe. Der Explorand habe seit über 3 Jahren bewegungsabhängige Schmerzen in der linken Hüfte bei zunehmender linksbetonter Coxarthrose. Es bestehe eine Nutzungs- und Bewegungseinschränkung der linken Schulter bei Omarthrose und Subluxationsstellung. Die von Dr. med. N. \_\_\_ geschätzte Arbeitsfähigkeit von 50 % sei optimistisch. Schliesslich müsste dies in einem Arbeitsversuch in einer angepassten Tätigkeit geklärt werden. Zum neurologischen Teilgutachten von Dr. med. S. \_\_\_ vom 14. März 2018 sei festzuhalten, dass es ungerechtfertigt sei, beim Patienten eine Aggravation aufgrund des Stellungswechsels in der Sitzposition im Verlauf der Untersuchung zu sehen und diese als demonstrativ zu bezeichnen, um damit indirekt ein Simulieren anzudeuten. Der Patient habe sich, seit er ihn kenne, um seine gesundheitlichen Angelegenheiten stets bemüht. Das neurologische Gutachten sei tendenziös. Es bestehe ein klarer Gesundheitsschaden, dieser habe sich im Lauf der Zeit ■ wie zu erwarten gewesen sei ■ allmählich weiter verschlechtert bis zum aktuellen Zeitpunkt (IV-Nr. 100 S. 2).

6.11 RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, hielt in ihrem Untersuchungsbericht vom 15. November 2018 (Untersuchung vom 12. November 2018) fest, das im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung durch die H.\_\_\_\_ erfolgte neurologische Teilgutachten vom 14. März 2018 sei sehr knapp ausgefallen und habe weder den Vertreter des Beschwerdeführers noch den involvierten RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ zu überzeugen vermocht. Anstelle einer Wiederholung des neurologischen Gutachtens sei der Versicherte im RAD [...] neurologisch untersucht worden. Die Untersuchung habe 1  $\frac{3}{4}$  Stunden gedauert.

Im Rahmen der Anamnese wurde unter dem Titel «subjektive Angaben der versicherten Person» angegeben, diese habe seit 30 Jahren Rückenprobleme. Angefangen habe alles im Herbst 1988, als der Versicherte als Hilfsarbeiter auf dem Bau ein Stück Boden habe vorbereiten müssen, um Betonfundamente für einen Kran legen zu können. Dabei sei er mit einer Schaufel an einer Wurzel hängen geblieben, was ihm einen Schlag in den Rücken gegeben habe. Seither habe er in wechselndem Ausmass immer Rückenschmerzen. Im unteren Rücken habe er dauernd Schmerzen, wobei diese in der Intensität wechselten. Am Morgen, nach dem Aufstehen, seien diese Schmerzen meistens stark ausgeprägt und mit einem steifen Gefühl verbunden. Er mache dann ein paar Lockerungsübungen und leichte Bewegungen, was die Schmerzen beruhige. Wenn er tagsüber aufpasse, sich richtig bewege und nicht zu lange am Stück sitze, seien die Schmerzen zum Aushalten. Neben den Schmerzen im Rückenbereich habe er auch Schmerzen in den Beinen mit einem brennenden Charakter, wobei das Gehen die Schmerzen auslöse. Er sei aufgrund der brennenden Schmerzen in den Beinen gezwungen, nach ca. 300 m anzuhalten und abzusitzen. Wenn dies nicht möglich sei, müsse er sich nach vorne beugen oder das linke Bein auf einen Stein stellen zur Entlastung. Schmerzverstärkend wirkten Kälte, Durchzug, langes Sitzen (mehr als eine halbe Stunde), Gehen mehr als 300 m am Stück, abwärtsgehen, langes Verharren in gleicher Körperposition und Liegen in Rückenlage.

Auf die Frage, ob andere Schmerzen vorhanden seien, gab der Versicherte an, ab und zu an Kopfschmerzen zu leiden (vom Nacken ausstrahlend, wie Verspannung), beim linken Hüftgelenk sei vor ca. einem Jahr ein Nerv blockiert gewesen, nach einer Behandlung habe er dort seither keine Beschwerden mehr, und ab und zu schliefen ihm die Finger IV und V links ein. Eine operative Behandlung der Spinalkanalstenose habe man dem Versicherten schon vor fast 30 Jahren das erste Mal empfohlen. Er habe sich jedoch nie operativ behandeln lassen, da der Ausgang zu unsicher sei. Man habe ihm nie garantieren können, dass es nachher gut sei. So wie sein Alltag eingerichtet sei, könne er gut mit seinen Beschwerden umgehen. Zur subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wurde vermerkt, der Versicherte halte sich für arbeitsunfähig, weil sein Zustand instabil und nicht vorhersehbar sei. Von einem Tag auf den anderen könnten die Rückenschmerzen so stark werden, dass er blockiert sei. Dann würde er bei der Arbeit ausfallen. Es sei schon vorgekommen, dass er deswegen sechs Wochen nicht mehr habe aufstehen können.

Zum Status wurde angegeben, der Versicherte könne zügig und ohne Zuhilfenahme der Hände von einem Stuhl aufstehen und sich hinsetzen. Das Gangbild wirke etwas steif und verlangsamt, der Oberkörper werde leicht nach vorne gebeugt und es bestehe ein Entlastungshinken des linken Beines. Nach ca. einer halben Stunde müsse der Versicherte die Position ändern, er stehe auf und mache ein paar Entlastungsbewegungen. Beim Aus- und Ankleiden führe er die Bewegungen «rückengerecht» aus, dies bedeute, er gehe in die Hocke (ein- und zweibeinig), anstatt sich zu bücken. Nach der Wiedergabe der erhobenen

Befunde und der Ergebnisse der Zusatzuntersuchungen (Myelo-CT vom 6. November 1991, MRI vom 29. August 2016) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und Claudicatio spinalis bei hochgradiger sekundärer Spinalkanalstenose L4/5 bei hypertropher Spondylarthrose und medianer Diskushernie, kongenital engem Spinalkanal und links paramedianer Diskushernie L5/S1 bei spondylarthrotischen engen rezessalen Verhältnissen; Coxarthrose beidseits, linksbetont, aktuell asymptomatisch; Omarthrose links. Die weiteren Diagnosen (Koronare Herzkrankheit, arterielle Hypertonie, Spannungskopfschmerzen, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Hypercholesterinämie) haben nach den Angaben der RAD-Ärztin keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Zur Beurteilung wurde ausgeführt, der Versicherte habe seit ca. 30 Jahren lumbale Schmerzen und intermittierende, radikulär ausstrahlende Schmerzen in die unteren Extremitäten im Sinne einer spinalen Claudicatio. Bei konstitutionell engem Spinalkanal sei bereits anfangs der 1990iger Jahre eine sekundäre Enge auf der Höhe L4/5 durch eine Diskushernie beschrieben worden. Sei anfänglich eine Schmerzausstrahlung in das rechte Bein im Vordergrund gestanden, werde seit dem Jahr 2007 hauptsächlich eine Schmerzausstrahlung ins linke Bein angegeben. Aktuell beklage der Versicherte einerseits dauernd vorhandene lumbale Schmerzen in leichter bis mittlerer Ausprägung, die am Morgen nach dem Erwachen am stärksten seien und durch Lockerungs- und Entlastungsübungen sowie leichte Wechselbelastung im Verlauf des Tages etwas abklängen und durchaus erträglich seien. Schmerzmittel nehme er deswegen nicht regelmässig ein, ausser vor dem zu Bett gehen. Bei spezifischen Belastungen wie geradeaus- oder bergabgehen trete zusätzlich ein brennender Schmerz im Bereich des seitlichen linken Unterschenkels auf, der bei fortgesetzter Belastung bis in den lateralen Fussrand und in die Grossezehe ausstrahle. Diese Schmerzen zwingen den Versicherten anzuhalten, sich hinzusetzen oder eine andere Entlastungshaltung der LWS einzunehmen. Diese Symptome seien vereinbar mit einer intermittierenden Reizung der Wurzel L5 ev. auch S1 links durch die Spinalkanalstenose L4/5. Der fehlende Achillessehnenreflex (ASR) links und die leicht herabgesetzte Oberflächensensibilität in den Dermatomen L5 und S1 links seien seit vielen Jahren bekannt und vereinbar mit einer Schädigung der Wurzel S1. Ausser den anamnestischen Angaben, die lehrbuchmässig zu einer spinalen Claudicatio passten, finde man in der aktuellen Untersuchung keine Hinweise auf eine akute radikuläre Reizung (Lasègue beidseits negativ) oder ein radikuläres motorisches Ausfallsyndrom (normale Trophik, normale Kraft). Neben diesen aktuell vorherrschenden Symptomen, die leicht bis mässiggradig ausgeprägt seien und den Versicherten in seinen alltäglichen Verrichtungen nicht wesentlich einschränkten, komme es offenbar phasenweise zu akuten Verschlechterungen mit starken Schmerzen, Blockierungen im Bereich der LWS und eingeschränkter bis aufgehobener Mobilität. Die längste, vom Versicherten erinnerte Phase habe sechs Wochen gedauert.

Im Weiteren führte die RAD-Ärztin aus, die vom neurologischen Gutachter beobachtete Aggravation könne nicht bestätigt werden. Die Beschwerdeschilderung und das Verhalten des Versicherten in der Untersuchungssituation seien angemessen gewesen. Beschwerden von Seiten des Hüftgelenks (laut Akten bestehe eine beidseitige Coxarthrose) würden aktuell weder spontan noch auf Anfrage geäussert. In der Untersuchung finde sich eine eingeschränkte Hüftgelenksbeweglichkeit links. Im Bereich der linken Schulter äussere der

Versicherte während der Untersuchung Probleme bei der Elevation und Rotation über der Horizontalen. Gemäss der Berichterstattung des Hausarztes sei hier eine Omarthrose und Subluxationsstellung festgestellt worden. Bei manuellen Verrichtungen auf Tischhöhe sei der Explorand beschwerdefrei und nicht eingeschränkt. Die Blutdruckwerte seien während der Untersuchung deutlich zu hoch gewesen. Der Versicherte sei angewiesen worden, sich diesbezüglich beim Hausarzt zu melden. Die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könne durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden. Zweifelsohne sei eine Minderbelastbarkeit des unteren Achsenskeletts seit nun mehr 30 Jahren ausgewiesen. Der Versicherte sei in seiner Alltagsgestaltung und ■bewältigung durch die Beschwerden leicht bis mässiggradig eingeschränkt. Er könne seinen Alltag aber durchaus aktiv ausgestalten, gehe regelmässig spazieren, beteilige sich an der Haushaltsführung (er gehe einkaufen, helfe der Ehefrau bei der Essenszubereitung, bereite selbstständig Backwaren und Süssspeisen zu, treffe regelmässig Familienangehörige, spiele mit Enkelkindern, könne Computer bedienen und im Internet surfen, fahre zumindest für kurze Strecken selber Auto). Der Versicherte habe einen erhöhten Pausenbedarf und sei deutlich eingeschränkt in der Geh- und Stehfähigkeit. In der körperlichen Untersuchung finde man keine Zeichen einer muskulären Dekonditionierung. Eine eindeutige Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber 2010 sei nicht zweifelsfrei ausgewiesen. Auf der Symptomebene seien die Beschwerden damals stärker ausgeprägt gewesen (freie Gehstrecke 150 m), die klinischen neurologischen Befunde seien unverändert (keine sensomotorischen Defizite, Achillessehnenreflex links fehlend, Lasègue beidseits negativ, LWS Beweglichkeit eingeschränkt, paravertebraler Muskelhartspann und Klopfdolenz der LWS, Druckdolenz beidseits paravertebral im lumbosakralen Übergang). Der radiologische Befund habe sich hingegen im Jahr 2016 gegenüber demjenigen im Jahr 2014 leicht verschlechtert.

Die RAD-Ärztin hielt abschliessend fest, die Gutachter der H.\_\_\_\_ seien in ihrer Beurteilung zum Schluss gekommen, dass dem Versicherten eine optimal angepasste Tätigkeit vollschichtig zumutbar sei. Wegen erhöhten Pausenbedarfs zum Entspannen und Ausruhen sei die Leistungsfähigkeit um 25 bis 30 % vermindert worden. Damit sei einer gewissen Verschlechterung des Gesundheitszustands (radiologische Progredienz, Coxarthrose) gegenüber dem Jahr 2010 Rechnung getragen worden. Das Zumutbarkeitsprofil wurde wie folgt angegeben: Körperlich leichte Tätigkeiten, vorwiegend sitzend, mit der Möglichkeit der freien Positionswahl (Aufstehen, leichtes Herumgehen), seien zuzumuten. Zwangshaltungen des Rumpfes (Vornüberbeugen, in Rotationsstellung) und Überkopfarbeiten seien zu vermeiden. Ein vollschichtiges Pensum sei möglich, wobei ein erhöhter Pausenbedarf (Entlastung) von ca. 30 % bestehe, was 20 Minuten pro Stunde entspreche (IV-Nr. 101).

6.12 In seiner Stellungnahme vom 19. November 2018 hielt RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ fest, die Teilgutachten der H.\_\_\_\_ in den Fachbereichen «Allgemeine Innere Medizin», «Orthopädie» und «Psychiatrie» seien lege artis durchgeführt worden und daher nicht zu beanstanden. Das neurologische Teilgutachten sei hingegen auch aus Sicht des RAD ungenügend ausgefallen. So sei zu wenig auf die Kernproblematik der Spinalkanalstenose eingegangen worden und die klinische Untersuchung sei lückenhaft. Angesichts dieser Situation sei eine RAD-interne Untersuchung durch die RAD-Ärztin und Neurologin Dr. med. D.\_\_\_\_ durchgeführt worden (Bericht vom 15. November 2018 [vgl. E. II. 6.11 hiervor]). Bezüglich der Beurteilung sei in erster Linie auf diesen Bericht abzustellen.

Dr. med. D. \_\_\_ komme zum Schluss, dass eine eindeutige Verschlechterung des Gesundheitsstands seit dem Jahr 2010 nicht zweifelsfrei ausgewiesen sei. Mit der Attestierung einer Reduktion der Leistungsfähigkeit um 25 bis 30 % hätten die H. \_\_\_-Gutachter aus Sicht von Dr. med. D. \_\_\_ einer gewissen Verschlechterung gegenüber dem Jahr 2010 jedenfalls Rechnung getragen. Diese Gesamtbeurteilung könne somit übernommen werden. Das Zumutbarkeitsprofil von Dr. med. D. \_\_\_ laute dahingehend, dass körperlich leichte Tätigkeiten, vorwiegend sitzend, mit der Möglichkeit der freien Positionswahl (Aufstehen, leichtes Herumgehen), zumutbar seien. Zwangshaltungen des Rumpfes (Vornüberbeugen, in Rotationsstellung) und Überkopfarbeiten seien nicht möglich. Ein vollschichtiges Pensum sei zumutbar. Es bestehe ein erhöhter Pausenbedarf (Entlastung) von ca. 30 %, was 20 Minuten pro Stunde entspreche. RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_ beurteilte die Arbeitsfähigkeit wie folgt: Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % seit Juli 2016. Bezüglich des Beginns der Verschlechterung könne auf den Kurzbericht des Hausarztes F. \_\_\_ vom 14. Dezember 2016 (IV-Nr. 56; vgl. E. II. 6.2 hiervor) abgestellt werden. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 102).

6.13 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahm Dr. med. D. \_\_\_ zu den Einwänden des Beschwerdeführers am 13. Juni 2019 dahingehend Stellung, die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit werde sowohl aus orthopädischer Sicht gemäss der teilgutachterlichen Beurteilung von Dr. med. T. \_\_\_ im Rahmen der H. \_\_\_-Begutachtung vom 27. Juli 2018 als auch aus neurologischer Sicht laut ihrer Beurteilung im Rahmen ihrer Untersuchung vom 12. November 2018 mit 70 % beziffert. Sehe der Orthopäde eine rein pensumsmässige Einschränkung, sei aus neurologischer Sicht bei vollschichtiger Tätigkeit die Leistung gemindert. Die pensumsmässige Einschränkung und die Leistungsminderung addierten sich aber nicht. Unbestritten sei die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Eine eindeutige Verschlechterung des Gesundheitszustands gegenüber 2010 sei nicht zweifelsfrei ausgewiesen. Auf der Symptomebene seien die Beschwerden im Jahr 2010 stärker ausgeprägt gewesen als im Jahr 2018 (z.B. freie Gehstrecke 150 m gegenüber 300 m). Die klinisch neurologischen Befunde seien unverändert. Einzig der radiologische Befund habe sich im Jahr 2016 gegenüber dem Jahr 2014 leicht verschlechtert (IV-Nr. 110).

6.14 Dem Bericht von Dr. med. N. \_\_\_ vom 21. Januar 2020 können folgende Diagnosen entnommen werden: Progredivente claudicative Lumboischialgie links mit motorischem Ausfallsyndrom L5 sowie sensiblem Ausfallsyndrom L5 und S1 links bei bekannter, progredienter hochgradiger sekundärer Spinalkanalstenose L4/5 bei hier hypertropher Spondylarthrose, verdickten Ligamenta flava und medianer Diskushernie, links paramedianer Discushernie L5/S1 bei spondylarthrotisch engen recessalen Verhältnissen und degenerativen Veränderungen der LWS mit leichter S-förmiger Torsionsskoliose; Status nach kardialen Stent am 20. Dezember 2019: unter Antikoagulation. Zur Zwischenanamnese wurde ausgeführt, der Patient berichte über ein nun mittlerweile mehr oder weniger permanentes Brennen im lateralen Unterschenkel links, lageunabhängig. Stehen könne er maximal 5 Minuten, Spazieren maximal 300 m. Mittlerweile habe er auch eine Schmerzausstrahlung ins rechte Bein. Es bestünden Schmerzen während der Nacht. Als Befund wurde angegeben, es bestehe ein laterales Absinken im Fersengang links. Im Liegen geprüft sei zusätzlich eine Peroneusparese M4 links festzustellen. Die Hypästhesie sei im Dermatome L5 und S1 links betont. Ansonsten bestehe ein unveränderter neurologischer Status gegenüber der Voruntersuchung. Zur Beurteilung wurde dargelegt,

bei den progredienten Beschwerden habe sich der Patient mittlerweile doch für eine Operation entschlossen. Am 20. Dezember 2019 sei ihm ein kardialer Stent eingelegt worden mit nun entsprechender Antikoagulation, sodass ein Eingriff für insgesamt 6 Monate nicht möglich sei. Der Verlauf müsse abgewartet werden (Beschwerdebeilage [BB] 5).

## 6.15

6.15.1 Dr. med. V.\_\_\_\_, Neurochirurgie FMH (), stellte in seinem Bericht vom 3. September 2020 folgende Diagnosen: Aktuell beidseitige Ischialgien links und rechts am dorsalen Ober- und Unterschenkel bis in die Ferse ziehend bei bekannter, progredienter hochgradiger sekundärer Spinalkanalstenose L4/5 bei hier hypertropher Spondylarthrose, verdickten Ligamenta flava und medianer Diskushernie, links paramedianer Discushernie L5/S1 bei spondylarthrotisch engen recessalen Verhältnissen und degenerativen Veränderungen der LWS mit leichter S-förmiger Torsionsskoliose; Status nach kardialen Stent am 20. Dezember 2019, unter Antikoagulation. Zur Anamnese wurde dargelegt, der Patient komme nochmals nach kardialen Stent im Dezember 2019 in die Sprechstunde. Damals sei eine etwaige Operation aufgrund des kardialen Eingriffs für 6 Monate verschoben worden. Die Lokalisation der Beschwerden sei gemäss den Angaben des Patienten verändert im Vergleich zur Konsultation vom Januar 2020. Es betreffe nun auch das Gesäss, den dorsalen Ober- und Unterschenkel links aber auch im selben Gebiet auf der rechten Seite. Die Befunde lauteten wie folgt: Auf der linken Seite bestehe eine diskrete Fussheber- und Peroneusparesse vom Kraftgrad M4 bis M4+. Sodann bestehe eine Hypästhesie im Dermatome L5 und S1 links. Das Lasègue-Zeichen sei negativ. Die Schwäche bestehe schon seit Ende 2019 (A.S. 91 f.)

6.15.2 Aus dem Bericht von Dr. med. W.\_\_\_\_, FMH Radiologie, vom 8. September 2020 über das neu angefertigte MRT der LWS und des ISG vom 7. September 2020 geht folgende Beurteilung hervor: Es handle sich hier um eine stationäre Verlaufskontrolle mit multifaktorieller absoluter Spinalkanalstenose L4/L5 und rezessaler Stenose L5 beidseits. Es seien stationäre median/links mediolaterale, links foraminal reichende Diskusprotrusionen L5/S1 mit Tangierung der Wurzel S1 links oberhalb des lateralen Rezessus und osteodiskal bedingter foraminaler Stenose L5 links, rechts moderat, ersichtlich. Im Verlauf neu bestehe eine ödematöse Signalanhebung der L4-Deckplattenvorderkante bei vorbestehender und konstanter triangulär konfigurierter ödematöser Signalanhebung der Endplattenvorderkante von LWK 2 und L3, DD aktivierte ventrale Spondylose, seronegative Spondylarthropathie (Romanus-Läsionen). Im Weiteren seien stationäre übrige Nebenfunde ersichtlich (A.S. 93).

6.15.3 Im Bericht von Dr. med. V.\_\_\_\_ vom 18. September 2020 wurde zum MRI der LWS vom 7. September 2020 festgehalten, es zeige sich wie auch schon in den Voraufnahmen eine Stenose auf der Höhe L4/5 mit begleitender Bandscheibenprotrusion, welche leicht progredient sei. Konsekutiv führe dies zu einer Einengung des Spinalkanals. Dies korreliere mit der klinischen Symptomatik. Die Beurteilung lautete wie folgt: Prinzipiell sei dem Patienten eine operative Therapie angeboten worden. Im Moment wolle er aber keine Operation und ziehe die Durchführung einer epiduralen periradikulären Infiltration an der LWS (PRT) vor (A.S. 94 f.).

6.15.4 Dr. med. V.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 24. September 2020 im Wesentlichen fest, mit dem Patienten sei die Infiltration unter Aspirin besprochen worden. Wenngleich

ein leicht erhöhtes Blutungsrisiko bestehe, sei die Infiltration prinzipiell mit akzeptablem Risiko möglich. Der Patient sei mit dem Vorgehen einverstanden. Die Infiltration sei vorgesehen auf der Höhe L4/5 bei bekannter Spinalkanalstenose in eben selbiger Höhe. Sollte der Patient nicht gut von der Infiltration profitieren, bestehe prinzipiell, wie auch schon in den letzten Berichten geschildert, die Möglichkeit einer operativen Dekompression (A.S. 96 f.).

6.15.5 Am 21. Oktober 2020 wurde eine CT-gesteuerte epidurale Steroid-Infiltration L4/5 von rechts her vorgenommen. Zum Procedere wurde dargelegt, bei befriedigender Wirkung könne die Infiltration wiederholt werden. Bei nur kurzfristiger Besserung sei mit einer erneuten Infiltration keine relevante Besserung der Beschwerden zu erwarten (A.S. 98).

6.16 Dem vom Gericht in Auftrag gegebenen neurologischen Gutachten von Dr. med. I. \_\_\_ vom 18. Januar 2021 (Untersuchung vom 7. Januar 2021) kann folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Hochgradige Spinalkanalstenose L4/5 seit circa 1988 (ICD-10 M48.06)». Der neurologische Gutachter führt im Rahmen der Beurteilung im Wesentlichen aus, beim Exploranden gehe es bei der aktuellen neurologischen Begutachtung um die Beurteilung seiner Problematik an der Lendenwirbelsäule, welche seit mehreren Jahrzehnten bekannt sei. Die übrige persönliche Anamnese könne aus neurologischer Sicht als unauffällig eingestuft werden auf Grund der aktuellen Ausführungen des Exploranden und auch auf Grund des Aktenstudiums, sodass sich die aktuelle neurologische Diskussion auf das Problem an der Lendenwirbelsäule konzentrieren könne. Bei der aktuellen neurologischen Anamneseerhebung berichte der Patient als erstes Problem über seine Bandscheibe und als zweites Problem über die Beine und hierbei insbesondere über das linke Bein und vereinzelt auch über Beschwerden am rechten Bein. Es bestehe zum Teil ein Brennen an der Grosszehe links, er beschreibe auch Blockierungen an den Beinen und an der Lendenwirbelsäule mit einer Dauer bis zu einer ganzen Woche bei etwas vermehrten körperlichen Belastungen. Im Rahmen der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung zeigten sich bereits abnorme Befunde bei der Sensibilitätsprüfung am linken Arm, die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sei eingeschränkt in alle Richtungen und es zeigten sich an den Beinen keine muskulären Atrophien im Seitenvergleich. Es bestünden des Weiteren keine eindeutigen Paresen an den Extremitäten, der Achillessehnenreflex sei beidseits nicht sicher auslösbar. Bei der Prüfung des Lasègue-Manövers werde im Liegen rechts bei ungefähr 45 Grad ein Ziehen im dorsalen Oberschenkel angegeben und links bei 45 Grad ein Ziehen im dorsalen Oberschenkel verbunden mit Schmerzen lumbal und einer Ausstrahlung bis zur Grosszehe links. Im Sitzen geprüft ergebe sich dann aber beim Lasègue-Manöver ein Ziehen im Oberschenkel dorsal beidseits erst ab einem Winkel von 90 Grad. Der Explorand gebe Hyposensibilitäten an am lateralen Oberschenkel und Unterschenkel links sowie am Fussrücken links medial und lateral, nicht aber an der Planta pedis. Diese klinisch-neurologischen Befunde seien somit gesamthaft dahingehend zu interpretieren, dass das Lasègue-Manöver effektiv negativ sei, es zeige sich hier eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Lasègue-Manöver im Liegen und im Sitzen. Die angegebenen Hyposensibilitäten seien durchaus nicht radikulär verteilt am linken Bein und könnten daher nicht eindeutig einem radikulären Segment zugeordnet werden, insbesondere weil an der Fusssohle keine Hyposensibilität angegeben werde. Dort müssten aber Hyposensibilitäten erwartet werden bei Beteiligung der Nervenwurzeln L5 und / oder S1. Die angegebenen Hyposensibilitäten am lateralen Oberschenkel und am lateralen Unterschenkel links

sprächen wiederum theoretisch für eine Beteiligung der radikulären Segmente L3 und L4, wofür aber sonst in der klinisch-neurologischen Untersuchung oder auch in den MRI-Untersuchungen der LWS keine Korrelate gefunden worden seien.

Der Gerichtsgutachter führt im Weiteren aus, zusammenfassend könne aus neurologischer Sicht zweifelsfrei festgehalten werden, dass beim Patienten seit Jahrzehnten eine relevante lumbale Problematik dokumentiert sei, diesbezüglich könne auf ein erstes CT der Lendenwirbelsäule aus dem Jahr 1989 verwiesen werden mit schon damals dem Nachweis einer Diskushernie auf Höhe L4/5. Bereits die Myelographie vom November 1991 habe eine massive Stenose auf dieser Höhe gezeigt, sodass das Vorliegen einer lumbalen Spinalkanalstenose auf Höhe L4/5 bereits seit Jahrzehnten als vorhanden betrachtet werden müsse. Es stelle sich in diesem Zusammenhang natürlich die Frage, ob dieses Rückenleiden des Patienten im Verlauf von mehr als 30 Jahren subjektiv und objektiv effektiv progredient gewesen sei oder nicht. Aufgrund der vorliegenden Bildgebungen könne eine Progredienz nicht eindeutig nachgewiesen werden. Der Neurologe Dr. med. X. \_\_\_ habe bereits 1991 über eine massive Kontrastmittelverdünnung in der Myelographie auf Höhe L4/5 berichtet, dies sei das entsprechende bildgebende Korrelat zu den heutzutage im MRI feststellbaren lumbalen Stenosen auf derselben Höhe. Die MRI-Untersuchungen des Röntgeninstituts M. \_\_\_ lägen ihm, Dr. med. I. \_\_\_, online vor und zeigten im Verlauf seit dem Mai 2014 bis zum September 2020 keine eindeutige Progredienz der lumbalen Spinalkanalstenose auf Höhe L4/5 insbesondere auf den diesbezüglich relevanten transversalen Bildern, auf denen die Stenose bereits 2014 als hochgradig habe eingestuft werden können; dies sei auf den zuletzt angefertigten Bildern vom September 2020 unverändert der Fall (vgl. E. II. 6.15.2 hiervor). In Bezug auf die anamnestischen Angaben des Patienten und die klinischen Untersuchungsbefunde seien immer wieder deutliche Diskrepanzen im akuten Verlauf festzustellen, dies betreffe beispielsweise die Angabe der Gehstrecke, welche sich über die Jahre nicht eindeutig verschlechtert habe. Es betreffe andererseits aber auch die klinischen Untersuchungsbefunde, welche beispielsweise bereits im Gutachten der H. \_\_\_ vom Juli 2018 diskrepant gewesen seien, indem der Neurologe in seiner Untersuchung eine Hypästhesie sowohl an der Grosszehe als auch an der lateralen Fusskante links beschrieben habe, der orthopädisch-chirurgische Gutachter habe dann aber eine Hyposensibilität lediglich im Dermatome S1 beschrieben. Auch aktuell liessen sich keine klaren objektivierbaren sensomotorischen Defizite in der klinisch-neurologischen Untersuchung feststellen, die angegebenen Hyposensibilitäten am linken Bein seien diffus und entsprächen nicht einzelnen Dermatomen und besonders nicht den Dermatomen L5 und / oder S1. Dementsprechend sei aus neurologischer Sicht davon auszugehen, dass der jahrzehntelange Verlauf beim Patienten weiterhin relativ stabil und kompensiert sei und nicht zu einer eindeutigen akuten sensomotorischen Ausfallsymptomatik führe. Die vom Patienten erwähnten Blockierungen über mehrere Tage seien ebenfalls seit Jahren vorhanden und würden jeweils durch gewisse körperliche Anstrengungen ausgelöst. Es sei durchaus denkbar, dass es sich hierbei um Exazerbationen des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms handle. Die vom neurologischen Gutachter der H. \_\_\_ beschriebene Aggravation könne aktuell nicht festgestellt werden. Die von diesem Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit sei in sich betrachtet widersprüchlich. Die Durchführung des Lasègue-Manövers ergebe aktuell deutlich diskrepante Befunde bei der Prüfung im Liegen und Sitzen, sodass hier nicht von einer relevanten akuten Nervenreizung auszugehen sei. Dies entspreche im Übrigen auch durchaus der Einschätzung der RAD-Neurologin Dr. med. D. \_\_\_ vom November 2018, wonach damals keine akute radikuläre Reizung bei beidseits

negativem Lasègue-Manöver nachweisbar gewesen sei. Dementsprechend erscheine es aktuell in Anbetracht der chronischen lumbalen Problematik aus neurologischer Sicht weiterhin durchaus sinnvoll, dass die Arbeitsfähigkeit des Patienten für körperlich schwere Tätigkeiten bleibend nicht mehr gegeben sei. Für angepasste Tätigkeiten in Form von körperlich leichten sowie wechselbelastenden Arbeiten bestehe aber aktuell aus neurologischer Sicht ein uneingeschränktes zumutbares zeitliches Pensum bei einer Leistungsminderung von 30 %. Diese Leistungsminderung erkläre sich aufgrund der Lumbalgien in Folge der bekannten degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule. Diese Lumbalgien führten zu einem erhöhten Pausenbedarf und dementsprechend zu einer etwas eingeschränkten Leistungsfähigkeit von absolut gesehen 30 %. Für eine solche angepasste Tätigkeit bestehe dementsprechend aktuell aus neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 %.

Im Vergleich zur neurologischen Voruntersuchung durch die RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ vom November 2018 sei somit aktuell nicht von einer relevanten Veränderung des Gesundheitszustands des Patienten aus neurologischer Sicht auszugehen. Dementsprechend werde auch die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht anders eingeschätzt. Im Prinzip ergebe sich auch im Vergleich zur polydisziplinären Begutachtung durch die H.\_\_\_\_ im Juli 2018 aktuell keine relevant unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, weil auch damals eine Restarbeitsfähigkeit von 70 bis 75 % in einer Verweistätigkeit in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung attestiert worden sei. Die damals etwas widersprüchlich formulierte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den neurologischen Gutachter sei daher in der interdisziplinären Schlussbeurteilung gleichsam wieder korrigiert worden. Der Patient sei somit bereits im Jahr 2010 und erneut im Jahr 2018 polydisziplinär begutachtet worden, es seien zweimal psychiatrische Begutachtungen in diesem Rahmen ohne Nachweis von psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erfolgt. Dementsprechend erscheine eine erneute psychiatrische Begutachtung aktuell nicht als erforderlich. Der Patient sei im Jahr 2010 im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung auch rheumatologisch untersucht worden und im Jahr 2018 im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung durch einen chirurgischen Orthopäden, es sei hierbei vom chirurgischen Orthopäden eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 25 % für eine Verweistätigkeit festgestellt worden. Aufgrund der chronifizierten lumbalen Schmerzproblematik des Exploranden und der weiterhin fehlenden akuten sensomotorischen radikulären Defizite sei ein dringliches chirurgisches Vorgehen selbstverständlich weiterhin nicht erforderlich. Die erneute chirurgische Begutachtung des Patienten sei aktuell daher nicht angezeigt, weil keine eindeutigen sensomotorischen Defizite bestünden. Zur Frage einer allfälligen Operation der lumbalen Spinalkanalstenose sei von den voruntersuchenden Chirurgen bereits mehrfach Stellung genommen worden. Der Patient habe sich auch mehr als 30 Jahre nach Diagnosestellung der lumbalen Spinalkanalstenose nicht zu dieser Operation entschliessen können, woraus abzuleiten sei, dass sein Leidensdruck nicht entsprechend hoch gewesen sei. Ein vollständig invalidisierendes Leiden bestehe aktuell aus neurologischer Sicht sicherlich nicht an der Lendenwirbelsäule. Der Patient habe im Rahmen der aktuellen neurologischen Anamneseerhebung auch darüber berichtet, dass er eigentlich gerne einer leichten Arbeit nachgehen wolle mit einem Pensum von ungefähr 30 bis 40 %. Ein diesbezügliches konkretes Projekt sei im letzten Jahr durch die Coronavirus-Pandemie aber leider verunmöglicht worden. Dementsprechend sei der Patient offensichtlich im Verlauf der Jahre und Jahrzehnte von seiner Krankheitsüberzeugung einer vollständigen

Arbeitsunfähigkeit etwas abgerückt und wolle wieder einen Arbeitsversuch unternehmen, was aus neurologischer Sicht sicherlich zu unterstützen sei.

Abschliessend wurden die vom Gericht gestellten Fragen wie folgt beantwortet: Zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Exploranden seit der mit Verfügung vom 25. März 2014 erfolgten Einstellung der (ganzen) Invalidenrente objektiv verändert habe, hielt der neurologische Gutachter fest, die Beantwortung dieser Frage falle retrospektiv nicht ganz leicht, insbesondere weil aus dem Jahr 2014 keine relevanten neurologischen Untersuchungsberichte zur Verfügung stünden. Es liege aber von damals das MRI der Lendenwirbelsäule vom 13. Mai 2014 vor (vgl. IV-Nr. 67 S. 10 f.). Bereits damals habe sich eine hochgradige lumbale Spinalkanalstenose auf Höhe L4/5 gezeigt. Wie ausgeführt, habe die zuletzt durchgeführte MRI-Untersuchung der LWS vom September 2020 diesbezüglich keine relevante Verschlechterung der Befunde ergeben. Die klinisch-neurologischen Befunde seien aktuell weiterhin ohne Nachweis einer akuten radikulären lumbalen sensomotorischen Ausfallsymptomatik. Dementsprechend sei nicht von einer Verschlechterung der Befunde seit den Verfügungen vom 25. März 2014 oder vom 28. Oktober 2019 auszugehen. Die bekannte hochgradige lumbale Spinalkanalstenose führe zu einer gewissen Einschränkung auch für angepasste Tätigkeiten, weil der Patient einen vermehrten Pausenbedarf aufweise aufgrund der immer wieder auftretenden Lumbalgien. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagerist sei körperlich eher schwer gewesen und sollte dementsprechend aus neurologischer Sicht bleibend nicht mehr zugemutet werden aufgrund der bekannten hochgradigen lumbalen Spinalkanalstenose. Eine optimal angepasste Tätigkeit sollte aus neurologischer Sicht körperlich leicht und wechselbelastend erfolgen. In einer solchen Tätigkeit bestehe eine zeitliche Zumutbarkeit von 100 %. Die Leistungsfähigkeit sei hierbei um absolut 30 % eingeschränkt aufgrund der Lumbalgien und des damit einhergehenden erhöhten Pausenbedarfs. Es resultiere dementsprechend für eine solche Verweistätigkeit aktuell aus neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Aufgrund des akutenmässigen Verlaufs und der bereits durchgeführten neurologischen Voruntersuchungen sei nicht davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand des Patienten im Verlauf starken Schwankungen unterworfen gewesen sei. Dies betreffe somit mindestens den Verlauf seit der Begutachtung durch die H. \_\_\_ im Jahr 2018 bis aktuell, seit damals könne von einer Restarbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit von rund 70 % ausgegangen werden. Die aktuelle Therapie der Lumbalgien erscheine aus neurologischer Sicht etwas ungünstig, weil der Patient lediglich mit Akutanalgetika behandelt werde, es erfolge keine anhaltende schmerzdistanzierende Behandlung. Auch besuche der Patient seit mindestens zwei Jahren keine Physiotherapie mehr, es werde somit keine eigentliche konservative Therapiemassnahme durchgeführt. Es sei aus neurologischer Sicht allerdings unwahrscheinlich, dass durch die Einleitung solcher medikamentösen und physiotherapeutischen Behandlungsmassnahmen eine relevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit resultieren würde. Aus neurologischer Sicht könne in diesem Zusammenhang erneut darauf hingewiesen werden, dass die Arbeitsfähigkeit des Patienten aktuell an sich nicht erheblich eingeschränkt sei. Die Prognose der lumbalen Spinalkanalstenose sei durchaus nicht ungünstig insbesondere aufgrund des bisherigen mehr als 30-jährigen Verlaufs beim Patienten (A.S. 47 ff.).

7.

7.1

7.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 28. Oktober 2019 im Wesentlichen mit der Begründung ab, es sei eine polydisziplinäre Begutachtung bei der H. \_\_\_ veranlasst worden, um Klarheit über die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu erhalten. Aus allgemein-internistischer sowie aus psychiatrischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aufgrund der versicherungsmedizinisch ausgewiesenen Beschwerdesymptomatik von Seiten des Bewegungsapparates leite sich gemäss gutachterlicher orthopädischer Beurteilung von Dr. med. T. \_\_\_ (orthopädisches Teilgutachten vom 24. Juni 2018) eine relevante, schwerwiegende Einschränkung bezüglich Heben, Bewegen und Tragen von Lasten, bezüglich stehender und gehender Tätigkeit und in Bezug auf Arbeiten in Zwangshaltungen ab. In der vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagerist bestehe deshalb eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Das anlässlich der polydisziplinären Begutachtung ebenfalls vorgenommene neurologische Teilgutachten vom 24. Juni (recte: 14. März) 2018 habe nicht überzeugt. Deshalb habe sich der RAD anstelle der Wiederholung des neurologischen Gutachtens für eine neurologische RAD-Untersuchung entschieden. Der Beschwerdeführer sei am 12. November 2018 durch die RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, untersucht worden. Die vom neurologischen Teilgutachter der H. \_\_\_ beobachtete Aggravation habe anlässlich der RAD-Untersuchung nicht bestätigt werden können. Der RAD komme in seinem Untersuchungsbericht zum Schluss, dass eine eindeutige Verschlechterung des Gesundheitszustands im Vergleich zur letzten erfolgten polydisziplinären Begutachtung durch das C. \_\_\_ (Gutachten vom 13. Oktober 2010) nicht zweifelsfrei ausgewiesen sei. Auf der Symptomebene seien die Beschwerden damals stärker ausgeprägt gewesen, die klinischen neurologischen Befunde seien jedoch unverändert. Einzig der radiologische Befund habe sich im Jahr 2016 gegenüber dem Jahr 2014 leicht verschlechtert. Die subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers, nicht mehr arbeiten zu können, habe durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden können. Der RAD komme ■ analog zum Gutachten der H. \_\_\_ vom 27. Juli 2018 ■ zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer aus orthopädisch-neurologischer Sicht körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit der freien Positionswahl (Aufstehen, leichtes Herumgehen), ohne Zwangshaltungen des Rumpfes (Vornüberbeugen, in Rotationsstellung) und ohne Überkopfarbeiten weiterhin in einem vollen Pensum zumutbar seien. Aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs bestehe eine um ca. 30 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit und somit eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Mit einer solchen Tätigkeit könne der Beschwerdeführer ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen. Zu den Einwänden des Beschwerdeführers wurde dargelegt, sowohl dem Gutachten der H. \_\_\_ vom 27. Juli 2018 als auch dem Untersuchungsbericht des RAD vom 15. November 2018 komme voller Beweiswert zu. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Zusammenfassend sei aus versicherungsmedizinischer Sicht im Vergleich zur Situation bei Erlass der Verfügung vom 25. März 2014 eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt (IV-Nr. 112; A.S. 1 ff.).

In ihrer Beschwerdeantwort vom 29. Januar 2020 hielt die Beschwerdegegnerin fest, gemäss dem Untersuchungsbericht von Dr. med. D. \_\_\_ vom 15. November 2018 sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustands gegenüber dem Jahr 2010 nicht zweifelsfrei ausgewiesen. Es sei fraglich, ob ein Revisionsgrund vorliege. Die festgestellte Coxarthrose

(Hüftgelenksarthrose) und die koronare Herzkrankheit hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die von Dr. med. D.\_\_\_\_ festgestellte Änderung des radiologischen Befundes sei nicht geeignet, eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der rentenaufhebenden Verfügung vom 25. März 2014 auszuweisen (A.S. 30 f.).

Mit Stellungnahme vom 9. Februar 2021 zum neurologischen Gerichtsgutachten vom 18. Januar 2021 weist die Beschwerdegegnerin darauf hin, es liege kein zwingender Grund vor, um von der Einschätzung des Gerichtsgutachters abzuweichen. Von einer Verschlechterung der Befunde seit der Verfügung vom 25. März 2014 sei laut Dr. med. I.\_\_\_\_ nicht auszugehen. Die Ergebnisse des Gerichtsgutachtens deckten sich im Wesentlichen mit den Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ in ihrem Untersuchungsbericht vom 12. November 2018. Es bestehe kein Anlass, die angefochtene Verfügung in Zweifel zu ziehen (A.S. 109 f.)

7.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, die Verfügung vom 28. Oktober 2019 sei aufzuheben und es sei ihm eine angemessene Rente spätestens ab dem 1. Mai 2017 zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung wird im Wesentlichen vorgebracht, es sei sehr wohl von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers auszugehen, die bisher erfolgten, im Rahmen des MEDAS-Gutachtens der H.\_\_\_\_ erfolgten teilgutachterlichen Abklärungen im Bereich der Neurologie seien (anerkanntermassen) ungenügend und widersprüchlich ausgefallen und die anschliessend erfolgte neurologische RAD-Beurteilung habe diesen Abklärungsmangel nicht vollständig und überzeugend wettmachen können. Der RAD habe zwar eine inhaltlich vollständiger und nachvollziehbarer erscheinende Darstellung der Befundlage geliefert, aber ohne nähere Diskussion der Bedeutung der sehr erheblichen degenerativen Befunde und der daraus haus- und fachärztlich abgeleiteten erheblichen Einschränkungen ohne Weiteres die Folgenabschätzung des mangelhaften neurologischen Teilgutachtens (Arbeitsunfähigkeit von 30 % in angepasster Tätigkeit) bestätigt. Dieses Vorgehen überzeuge deshalb nicht, weil das im Ergebnis bestätigte Teilgutachten zahlreiche Mängel aufweise, welche die abgegebene Folgenabschätzung beeinflusst hätten. Vom RAD sei nicht erklärt worden, weshalb solch elementare und für die teilgutachterliche Herleitung der Folgenabschätzung potentiell relevante Mängel gegen jede Erfahrung doch keine Rolle gespielt haben sollten und deshalb das Ergebnis des Teilgutachtens widerspruchsfrei und überzeugend sein sollte. Soweit in der Verfügung eine potentiell revisionsrelevante Verschlechterung verneint werde, widerspreche dies den mehrfachen vorangehenden gegenläufigen Hinweisen des RAD und weiteren Hinweisen in den Akten, der unbestrittenermassen bildgebend feststellbaren Befundzunahme und selbst dem Ergebnis des im nachstehenden Sinn zu kritisierenden MEDAS-Gutachtens der H.\_\_\_\_, welches anders als das frühere, im Vorfeld zur Rentenaufhebung eingeholte C.\_\_\_\_-Gutachten für leichte leidensangepasste Arbeiten von einer relevanten pensenmässigen Einschränkung ausgehe.

Der Beschwerdeführer lässt im Weiteren ausführen, im Vordergrund stünden die degenerativen Befunde im Wirbelsäulenbereich. Laut den Akten habe die hochgradige Spinalkanalstenose auf der Höhe L4/5 etwas zugenommen. Intermittierend bestehe dort unbestrittenermassen eine Wurzelreizung. Auch der neuste Bericht zur MRT-Untersuchung von Dr. med. Y.\_\_\_\_ vom 7. November 2019 ■ vergleichend mit der MRT-Untersuchung der LWS vom 29. August 2016 ■ bestätige die früheren Befunde und diesbezüglich leichte Verschlechterungen. Das hier zentrale neurologische Teilgutachten der H.\_\_\_\_ sei

ungenügend ausgefallen, was auch die RAD-Beurteilung vom 19. November 2018 und die vorangehende Gutachtensprüfung durch den RAD bestätigten. Vom RAD sei eine gewisse Verschlechterung bejaht worden, ohne aber eine eigene inhaltliche Besprechung der Folgenabschätzung vorzunehmen. Anschliessend sei er zum Ergebnis gelangt, die vom neurologischen Teilgutachter der MEDAS angenommene Einschränkung von 30 % trage der nachvollziehbaren Verschlechterung hinreichend Rechnung. Alle die die Überzeugungskraft der gleichartigen Ergebnisse des neurologischen Teilgutachtens schwächenden Mängel und Widersprüche seien nicht besprochen worden und es werde nicht aufgezeigt, weshalb trotz formal und inhaltlich mangelhafter Herleitung das Ergebnis korrekt sein solle. Die Würdigung und Beurteilung falle (wiederum) ausserordentlich knapp aus und die Angaben zur eigentlichen Folgenabschätzung beschränkten sich auf den Hinweis, dass die Gutachter wegen des erhöhten Pausenbedarfs auf eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 25 % bis 30 % geschlossen hätten und dies der gewissen Verschlechterung Rechnung trage. Zusammenfassend sei im Ergebnis nicht überzeugend, dem neurologischen Teilgutachten zu Recht anzukreiden, es arbeite mit lückenhaften Daten, beruhe auf einer lückenhaften eigenen klinischen Untersuchung und es gehe zu Unrecht von erheblicher Aggravation der neurologisch fassbaren Befunde aus, um dann gleichwohl dessen Folgenabschätzung zu übernehmen, ohne diese Diskrepanzen zu diskutieren und aufzulösen. Zudem bleibe auf der Strecke, dass die (übernommene) teilgutachterliche Bemessung der verbleibenden Leistungsfähigkeit (70 %) gutachtenstechnisch in sich widersprüchlich und unklar abgegeben worden sei. Eigentlich müsste eine Leistungsfähigkeit von «netto» gerundet 50 % angegeben werden. Auch die Konsensbeurteilung liefere keine befriedigenden Erklärungsansätze, übernehme sie doch einfach in tabellarischer Form die Angabe einer Einschränkung von 30 % und bespreche sie anschliessend einzig, wie diese Angabe mit der aus orthopädischer Sicht attestierten Einschränkung von 25 % zusammenzuführen sei. Die schlichte Übernahme der gutachterlichen Folgeabschätzung durch die RAD-Beurteilung könne deshalb auch aus diesem Grund nicht zu einem widerspruchsfreien Ergebnis führen (A.S. 8 ff.).

7.2 Zunächst ist festzuhalten, dass das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten der H.\_\_\_\_ vom 27. Juli 2018 grundsätzlich ■ mit Ausnahme des neurologischen Teilgutachtens vom 14. März 2018 (IV-Nr. 94.2 S. 1 ff.) ■ die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme erfüllt. Die allgemein-internistischen, chirurgisch-orthopädischen und psychiatrischen Teilgutachten stützen sich auf vollständige Vorakten und die spezialärztlichen Untersuchungen vom 19. April, 14. Mai und 21. Juni 2018. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden durch die Teilgutachter berücksichtigt und ihre Beurteilung miteinbezogen. Damit können sich die drei vorerwähnten Teilgutachten auf vollständige Grundlagen stützen. Es werden die fachspezifischen Anamnesen, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wiedergegeben. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Sodann wird auch zum Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit Stellung genommen. Schliesslich werden die von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen beantwortet. Die Teilgutachten gelangen zu einem schlüssigen Ergebnis und tragen die Unterschrift der Teilgutachter (IV-Nr. 94.1 S. 36 ff., 94.2 S. 20 ff. und 94.3; vgl. E. II. 6.8 hiervor). Damit werden die allgemein-internistischen, chirurgisch-orthopädischen und psychiatrischen Teilgutachten der H.\_\_\_\_ den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht (vgl. E. II. 4.3

hiervor).

Das neurologische H.\_\_\_\_-Teilgutachten von Dr. med. S.\_\_\_\_ vom 14. März 2018 (IV-Nr. 94.2 S. 1 ff.) erfüllt demgegenüber die vorerwähnten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme nicht. Dazu führte die RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, aus, das neurologische Teilgutachten der H.\_\_\_\_ sei sehr knapp ausgefallen und habe weder den Vertreter des Beschwerdeführers noch den im Fall involvierten RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ zu überzeugen vermocht (vgl. E. II. 6.11 hiervor). Letzterer führte in seiner Stellungnahme vom 19. November 2018 aus, das neurologische Teilgutachten sei ungenügend ausgefallen, da zu wenig auf die Kernproblematik der Spinalkanalstenose eingegangen worden sei und die klinische Untersuchung lückenhaft sei (IV-Nr. 102 S. 2; vgl. E. II. 6.12 hiervor). Dem ist beizupflichten. Sodann schmälern auch andere Mängel bzw. Auffälligkeiten den Beweiswert dieses neurologischen Teilgutachtens (aktenwidriges Zitat des behandelnden Neurochirurgen Dr. med. N.\_\_\_\_, wonach körperlich leichte Tätigkeiten vollumfänglich zumutbar seien [IV-Nr. 94.2 S. 8; vgl. IV-Nr. 67 S. 3 f.; Hinweise für eine Aggravation des Beschwerdeführers werden ausschliesslich im neurologischen Teilgutachten angegeben [IV-Nr. 94.2 S. 15 f.]; unklare Angaben zur Arbeitsfähigkeit [IV-Nr. 94.2 S. 17 f.]). Anstelle der Wiederholung des neurologischen Teilgutachtens führte die RAD- und Fachärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ am 12. November 2018 eine neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers durch (Untersuchungsbericht vom 15. November 2018, IV-Nr. 101; vgl. E. II. 6.11 hiervor). Das Gericht erachtete im vorliegenden Beschwerdeverfahren jedoch eine weitere neurologische Begutachtung als angezeigt, da angesichts der Angaben des behandelnden Neurochirurgen Dr. med. N.\_\_\_\_ in seinen Berichten vom 4. Oktober 2018 (IV-Nr. 99 S. 3 [E. II. 6.9 hiervor]) und 21. Januar 2020 (BB 5; E. II. 6.14 hiervor) Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Angaben im versicherungsinternen Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 15. November 2018 nicht ausgeräumt werden konnten (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_298/2019 vom 18. September 2019 E. 2.2 mit Hinweisen).

Das vom Gericht veranlasste neurologische Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2021 beruht auf den vollständigen Vorakten, der spezialärztlichen Untersuchung vom 7. Januar 2021 sowie auf den von ihm nachträglich bestellten Unterlagen (A.S. 72 f.; vgl. E. II. 6.15 hiervor). Eine zusätzliche (neuro-)chirurgische Begutachtung wird von Dr. med. I.\_\_\_\_ mangels eindeutiger sensomotorischer Defizite aktuell nicht als erforderlich erachtet (A.S. 86). Gegen die ausschliesslich im neurologischen Fachbereich erfolgte Gerichtsbegutachtung werden vom Beschwerdeführer in seinen Stellungnahmen vom 16. September 2020 und 5. Februar 2021 keine Einwände erhoben. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden durch den Gerichtsgutachter berücksichtigt und in seine Beurteilung einbezogen. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Der Gerichtsgutachter gibt die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevante Diagnose und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Zu abweichenden (und auch übereinstimmenden) Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wird im Rahmen der Beurteilung Stellung genommen. Schliesslich werden die vom Gericht gestellten Fragen beantwortet. Auf die vom Beschwerdeführer beantragte Ergänzungsfrage bzw. sein Ersuchen, wonach Abweichungen von den bisherigen aktenkundigen Angaben zu nachvollziehbaren Diagnosen und / oder den daraus

ableitbaren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu begründen seien (vgl. A.S. 43), wird im Rahmen der Beurteilung eingegangen. Im Weiteren macht der Gerichtsgutachter Angaben zum Verlauf des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Das Gerichtsgutachten gelangt zu einem schlüssigen Ergebnis und trägt die Unterschrift des Gutachters. Damit wird das neurologische Gerichtsgutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme ebenfalls gerecht. Nach dem Gesagten ist die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 25. März 2014 (Referenzzeitpunkt) relevant verschlechtert hat, im Wesentlichen gestützt auf die Teilgutachten der H.\_\_\_\_ von Dr. med. R.\_\_\_\_ vom 14. Mai 2018 (allgemein-internistisch), von Dr. med. T.\_\_\_\_ vom 24. Juni 2018 (orthopädisch-chirurgisch) und Dr. med. U.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2018 (psychiatrisch) sowie aufgrund des Gerichtsgutachtens von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2021 (neurologisch) zu beurteilen.

Demgegenüber ist ■ wie (oben unter E. II. 7.3 hiervor) erwähnt ■ aufgrund der vorerwähnten Untersuchungsergebnisse des orthopädisch-chirurgischen Teilgutachters der H.\_\_\_\_, Dr. med. T.\_\_\_\_, sowie des neurologischen Gerichtsgutachters, Dr. med. I.\_\_\_\_, angesichts der gestellten Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer Koxarthrose beidseits und von chronischen Rückenschmerzen mit wiederholt ischialgiformer Ausstrahlung links bei paramedianer Discushernie L5/S1 ohne sichere Kompression der Nervenwurzel S1, leichter S-Skoliose, absoluter Spinalkanalstenose mit Einklemmung der Cauda equina bei Bandscheibenmassenprolaps und konstitutionell eng angelegtem Spinalkanal L4/5 sowie linkslateraler grössenprogredienter Bandscheibenhernie mit Bedrängung der S1-Wurzel in L5/S1 bzw. einer seit ca. 1988 bestehenden hochgradigen Spinalkanalstenose L4/5 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Lagerist und von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit in Höhe von 70 % auszugehen. Nach den Angaben des neurologischen Gerichtsgutachters führt die bekannte hochgradige lumbale Spinalkanalstenose zu einer gewissen Einschränkung auch für angepasste, d.h. körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten, weil der Beschwerdeführer einen vermehrten Pausenbedarf aufweist aufgrund der immer wieder auftretenden Lumbalgien. Im Weiteren sind die im orthopädisch-chirurgischen Teilgutachten erwähnten Merkmale für eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit zu beachten: Es muss sich um eine wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben und Bewegen von schweren Lasten (Gewichtslimit maximal 5 kg) handeln, wobei keine Zwangshaltungen eingenommen werden dürfen und die Möglichkeit zum Pausieren und entspanntem Ausruhen während der Arbeitszeit bestehen muss (IV-Nr. 94.2 S. 41 und A.S. 87 f.; vgl. E. II. 6.8.4 und 6.16 hiervor).

7.5.2 Ein Vergleich des C.\_\_\_\_-Gutachtens mit dem neurologischen Gerichtsgutachten ergibt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus neurologischer Sicht nicht relevant verändert hat. Der Gerichtsgutachter Dr. med. I.\_\_\_\_ kommt aufgrund seiner Untersuchungsergebnisse zum Schluss, die Beantwortung der Frage nach einer objektiven Veränderung bzw. Verschlechterung seit dem Referenzzeitpunkt falle retrospektiv zwar nicht ganz leicht, insbesondere weil im Jahr 2014 keine relevanten neurologischen Untersuchungsbefunde zur Verfügung gestanden hätten. Es liege aber das MRI der Lendenwirbelsäule vom 13. Mai 2014 vor. Bereits damals habe sich eine hochgradige lumbale Spinalkanalstenose auf Höhe L4/5 gezeigt (vgl. IV-Nr. 67 S. 10 f.). Die zuletzt durchgeführte MRI-Untersuchung der LWS vom 7. September 2020 (vgl. A.S. 93) habe

diesbezüglich keine relevante Verschlechterung der Befunde ergeben. Die klinisch-neurologischen Befunde seien aktuell weiterhin ohne Nachweis einer akuten radikulären lumbalen sensomotorischen Ausfallsymptomatik. Dementsprechend sei nicht von einer Verschlechterung der Befunde seit der Verfügung vom 25. März 2014 auszugehen (A.S. 87 f.). Der Gerichtsgutachter weist in diesem Zusammenhang darauf hin, beim Beschwerdeführer sei seit Jahrzehnten eine relevante lumbale Problematik dokumentiert; diesbezüglich könne auf ein erstes CT der Lendenwirbelsäule aus dem Jahr 1989 verwiesen werden mit schon damals nachgewiesener Diskushernie auf Höhe L4/5 (vgl. IV-Nr. 1.5 S. 25). Bereits die Myelographie vom November 1991 habe eine massive Stenose auf dieser Höhe gezeigt, sodass das Vorliegen einer lumbalen Spinalkanalstenose auf Höhe L4/5 bereits seit Jahrzehnten als vorhanden betrachtet werden müsse. Dr. med. I. \_\_\_ beantwortete die Frage, ob dieses Rückenleiden im Verlauf von mehr als 30 Jahren subjektiv und objektiv effektiv progredient gewesen sei, dahingehend, aufgrund der vorliegenden Bildgebungen könne eine Progredienz nicht eindeutig nachgewiesen werden. Die MRI-Untersuchungen des Röntgeninstituts M. \_\_\_ zeigten im Verlauf seit dem Mai 2014 bis zum September 2020 keine eindeutige Progredienz der lumbalen Spinalkanalstenose auf Höhe L4/5 insbesondere auf den diesbezüglich relevanten transversalen Bildern, auf denen die Stenose bereits im Jahr 2014 als hochgradig habe eingestuft werden können; dies sei auf den zuletzt angefertigten Bildern vom September 2020 unverändert der Fall. Aktuell liessen sich keine klaren objektivierbaren sensomotorischen Defizite in der klinisch-neurologischen Untersuchung feststellen, die angegebenen Hyposensibilitäten am linken Bein seien diffus und entsprächen nicht einzelnen Dermatomen und besonders nicht den Dermatomen L5 und / oder S1. Dementsprechend sei aus neurologischer Sicht davon auszugehen, dass der jahrzehntelange Verlauf beim Patienten weiterhin relativ stabil und kompensiert sei und nicht zu einer eindeutigen akuten sensomotorischen Ausfallsymptomatik führe (A.S. 84 f.). Dr. med. I. \_\_\_ spricht sich denn auch dafür aus, aufgrund der chronifizierten lumbalen Schmerzproblematik des Patienten und der weiterhin fehlenden akuten sensomotorischen radikulären Defizite sei ein dringliches chirurgisches Vorgehen weiterhin nicht erforderlich (A.S. 86).

7.5.3 Wie (unter E. II. 3.1 hiervor) erwähnt, genügt weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens per se, um auf einen verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen). Die hier zu beurteilende Befundlage hat sich im vorliegenden Fall aufgrund der Angaben des neurologischen Gerichtsgutachters nicht relevant verändert. Dass der Gerichtsgutachter für angepasste Verweistätigkeiten in Form von körperlich leichten sowie wechselbelastenden Arbeiten aktuell ein uneingeschränktes zumutbares zeitliches Pensum bei einer Leistungsminderung von 30 %, somit eine Arbeitsfähigkeit von 70 %, attestiert, was im Vergleich zum C. \_\_\_-Gutachten eine tiefere Arbeitsfähigkeit darstellt (100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten; vgl. IV-Nr. 18.2 S. 18 f.), ändert daran nichts, da eine ungleich attestierte Arbeitsfähigkeit für sich alleine nicht genügt, um von einer relevanten Gesundheitsverschlechterung ausgehen zu können. Die vom behandelnden Neurochirurgen Dr. med. N. \_\_\_ in seinem Bericht vom 27. September 2016 aufgrund des MRT der LWS vom 29. August 2016 gemachte Einschätzung, die schon

seit Jahren bestehende und dokumentierte hochgradige Spinalkanalstenose auf der Höhe L4/5 habe gegenüber den MRI-Bildern von 2014 «etwas zugenommen» (vgl. E. II. 6.1 hiervor), welche in der Folge vom RAD aus radiologischer Sicht als Verschlechterung des Gesundheitszustands interpretiert wurde (vgl. E. II. 6.5 und 6.7 hiervor), wird vom Gerichtsgutachter nicht bestätigt. Dr. med. I.\_\_\_\_ beantwortet die gestellte Frage bezüglich der gesundheitlichen Verschlechterung mit Hinweis auf die Bildgebungen der Lendenwirbelsäule vom 13. Mai 2014 und 7. September 2020 und kommt gestützt auf die aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchungsbefunde zum Schluss, mangels Nachweis einer akuten radikulären lumbalen sensomotorischen Ausfallsymptomatik könne nicht von einer Verschlechterung der Befunde seit der Verfügung vom 25. März 2014 ausgegangen werden (A.S. 84 und 87 f.). Inwiefern hier ein unrichtiges Verständnis der diesbezüglich massgeblichen Beweisschwelle und des Beweisgrades seitens des Gerichtsgutachters vorliegen soll, wie dies vom Beschwerdeführer geltend gemacht wird, ist nicht ersichtlich.

Dr. med. I.\_\_\_\_ würdigt die Aktenlage seit dem Jahr 1989 (vgl. A.S. 48 ff. und 84) und nimmt im Rahmen seiner Beurteilung auch Bezug auf das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. Dezember 2010, welches der Rentenaufhebung im Jahr 2014 zugrunde lag. Dem Einwand, ein Vergleich mit den medizinischen Tatsachen im Zeitpunkt des C.\_\_\_\_-Gutachtens hätte im Vordergrund stehen müssen und es entstehe der Eindruck, der Gutachter weiche einer Bezugnahme auf diese Grundlagen aus, da diesfalls eine Verschlechterung zu bejahen wäre, kann nicht gefolgt werden. Eine subjektive und objektive Progredienz des Rückenleidens im Verlauf von mehr als 30 Jahren wird vom neurologischen Gerichtsgutachter aufgrund der ihm vorliegenden Bildgebungen und der aktuell erhobenen klinisch-neurologischen Untersuchungsergebnisse verneint (A.S. 84 und 87 f.). Dies entspricht auch den Angaben von Dr. med. N.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 27. September 2016, wonach sowohl die links paramediane Discushernie L5/S1 mit engen recessalen Verhältnissen, ohne sichere Kompression neuraler Strukturen, als auch die S-förmige Torsionsskoliose gestützt auf das MRI der LWS vom 29. August 2016 «in etwa unverändert» seien (IV-Nr. 67 S. 3). Dass die behandelnden Neurochirurgen Dres. med. N.\_\_\_\_ und V.\_\_\_\_ in ihren Berichten vom 4. Oktober 2018, 21. Januar 2020 sowie 3., 18. und 24. September 2020 u.a. eine «leicht progrediente» bzw. «progrediente» hochgradige sekundäre Spinalkanalstenose L4/5 diagnostizierten (IV-Nr. 99 S. 3 ff., BB 5 und A.S. 91 ff. [vgl. E. II. 6.9, 6.14 und 6.15]), im Bericht des Röntgeninstituts M.\_\_\_\_ vom 29. August 2016 eine «linkslaterale, grössenprogrediente Bandscheibenhernie mit Bedrängung der S1-Wurzel in L5/S1» angegeben wurde (IV-Nr. 67 S. 5; vgl. E. II. 6.1 hiervor) und RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 19. Juli 2017 ■ gestützt auf den Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 27. September 2016 (E. II. 6.1 hiervor) ■ aus radiologischer Sicht in Bezug auf die Spinalkanalstenose von einer «leichten Zunahme der Einengung» ausging, vermag die Untersuchungsergebnisse des Gerichtsgutachters nicht in Frage zu stellen, zumal auch vom vorerwähnten RAD-Arzt ausgeführt wurde, klinisch präsentiere sich die Situation praktisch unverändert gegenüber dem Vorzustand von 2014 und es bestehe nach wie vor keine sichere Kompression neuraler Strukturen; die (aus radiologischer Sicht) bestehende Verschlechterung sei ohne Relevanz bezüglich der Leistungsfähigkeit in angepasster, körperlich leichter und wechselbelastender Tätigkeit (IV-Nr. 75 S. 2; vgl. E. II. 6.5 hiervor). Wie (unter E. II. 4.6 hiervor) erwähnt, weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab. Solche Gründe liegen hier nicht vor. Die gestützt auf das MRI der LWS vom 29. August 2016 erfolgte unterschiedliche Beurteilung der behandelnden

Neurochirurgen (leichte Zunahme der Spinalkanalstenose) genügt nicht, um von der beweiswertigen neurologischen Gerichtsexpertise abzuweichen.

## 7.6

7.6.1 Im Weiteren ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus rheumatologischer bzw. orthopädisch-chirurgischer Sicht relevant verändert hat. Zunächst fällt auf, dass der orthopädisch-chirurgische Teilgutachter der H.\_\_\_\_, Dr. med. T.\_\_\_\_, die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer «Koxarthrose beidseits» (Hüftarthrose) sowie «Chronische Rückenschmerzen mit wiederholt ischialgiformer Ausstrahlung links» stellte, während im C.\_\_\_\_-Gutachten ausschliesslich die Diagnose (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eines «chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms linksbetont» angegeben wurde. Zur Arbeitsfähigkeit gab der chirurgisch-orthopädische Teilgutachter der H.\_\_\_\_ an, in der bisherigen Tätigkeit als Lagerist mit stehender Tätigkeit und Bewegen von Lasten bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, in einer angepassten Verweistätigkeit (wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben und Bewegen von schweren Lasten [Gewichtslimit maximal 5 kg], ohne Zwangshaltungen und mit der Möglichkeit zum Pausieren und entspanntem Ausruhen während der Arbeitszeit) betrage die Arbeitsfähigkeit 75 % (maximale Präsenz von 6 Stunden pro Tag; IV-Nr. 94.2 S. 36 ff.; E. II. 6.8.4 hiervor). Im C.\_\_\_\_-Gutachten stellte der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. L.\_\_\_\_ fest, die früheren, körperlich mindestens mittelschwer bis zum Teil schwer belastenden Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer aufgrund der somatisch erheblichen klaren pathoanatomischen Befunde im Bereich der lumbalen Wirbelsäule bleibend nicht mehr zuzumuten. Für eine körperlich leichte, wechselbelastende berufliche Tätigkeit bestehe eine normale, 100%ige Arbeitsfähigkeit unter verschiedenen Arbeitsplatzbedingungen (Arbeit in Wechselposition, vorzugsweise sitzend mit höhenverstellbarem Stuhl, in dieser Position fein- sowie grobmanuell verarbeitende Tätigkeiten oder Überwachungsfunktionen ohne Einschränkungen zumutbar, Zurücklegen von kürzeren Gehstrecken von 15 bis 30 Minuten Dauer ohne Unterbruch zumutbar, jedoch keine längeren berufsbedingten Gehstrecken, kein regelmässiges Benützen von Treppen und Leitern, keine anhaltende Oberkörpervorneigeposition, keine Arbeiten verbunden mit stereotypen Rotations- und Reklinationsbewegungen, repetitive Überkopfarbeiten ungünstig; IV-Nr. 18.2 S. 14 [vgl. E. II. 5.2.3 hiervor]). Diese Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des rheumatologischen Teilgutachters wurde im Rahmen der Gesamtbeurteilung übernommen (IV-Nr. 18.2 S. 18; vgl. E. II. 5.2.4 hiervor).

Der Vergleich des C.\_\_\_\_-Gutachtens mit dem orthopädisch-chirurgischen Teilgutachten von Dr. med. T.\_\_\_\_ lässt auch angesichts der neu gestellten Diagnose einer Koxarthrose beidseits nicht auf einen relevant verschlechterten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers schliessen. Dr. med. T.\_\_\_\_ hielt fest, der Beschwerdeführer erkläre, dass seine Rückenschmerzen (und nicht seine Hüftbeschwerden) eine Arbeitstätigkeit verunmöglichten (IV-Nr. 94.2 S. 28). Eine radiologische Untersuchung des Beckens und der Hüfte links vom 5. September 2017 ergab zwar eine ausgeprägte Koxarthrose beidseits, linksbetont (IV-Nr. 78 S. 2; vgl. E. II. 6.6 hiervor), Dr. med. T.\_\_\_\_ begründete die bestehenden Funktionseinschränkungen jedoch ausschliesslich mit den Einschränkungen hinsichtlich der Lendenwirbelsäule. In Bezug auf die diagnostizierte Koxarthrose beidseits wurden ■ insbesondere auch bei den verschiedenen Körperpositionen (sitzend, stehend, wechselbelastend) ■ keine Einschränkungen angegeben (IV-Nr. 94.2 S. 37). Bei der

Befunderhebung wurde in Bezug auf die Bewegungsausmasse beider Hüftgelenke vermerkt, die Drehung auswärts/einwärts sei auf der linken Seite schmerzhaft und beidseits eingeschränkt. Es finde sich bei den Hüftgelenken ein «geringer Druckschmerz im Bereich der linken Leistenregion» (IV-Nr. 94.2 S. 34). Im Rahmen der Konsensbeurteilung wurde darauf hingewiesen, die bekannte Arthrose beider Hüftgelenke erfordere zurzeit noch keinen totalendoprothetischen Ersatz (IV-Nr. 94.1 S. 13). Gestützt auf diese fachärztliche Beurteilung kann angesichts der neu diagnostizierten Koxarthrose beidseits nicht von einer relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgegangen werden, da das Hüftleiden nach den Angaben des orthopädisch-chirurgischen Teilgutachters der H. \_\_\_ keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten, d.h. körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit hat. Zwar wurde die neu festgestellte Koxarthrose beidseits von Dr. med. T. \_\_\_ unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (IV-Nr. 94.2 S. 36, IV-Nr. 94.1 S. 9), die bestehenden Funktionseinschränkungen wurden jedoch ausschliesslich mit den Einschränkungen hinsichtlich der Lendenwirbelsäule begründet (IV-Nr. 94.2 S. 37). Auch im Rahmen der Befunderhebung wurden bei den Hüftgelenken ■ ausser einer schmerzhaften Einschränkung bei der Drehung auswärts/einwärts und einem geringen Druckschmerz im Bereich der linken Leistenregion ■ keine auffälligen Verhältnisse festgestellt. Nach der Rechtsprechung genügt für eine Rentenanpassung (bzw. Rentengewährung nach Neuanschaffung) nicht bereits irgendeine Veränderung im Sachverhalt. Insbesondere stellt eine hinzugesetzte Diagnose nicht per se einen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung, wenn dieser veränderte Umstand den Rentenanspruch berührt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_156/2020 vom 9. Juli 2020 E. 2.2., 9C\_42/2019 vom 16. August 2019 E. 5.2.1. und 8C\_495/2018 vom 24. Januar 2019 E. 3.2., je mit Hinweisen). Die vorliegend neu gestellte Diagnose einer Koxarthrose beidseits erfüllt diese Anforderungen nach den Angaben des orthopädisch-chirurgischen Facharztes der H. \_\_\_ nicht. Diese Einschätzung wird im Übrigen auch durch den Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_ vom 15. November 2018 erhärtet, wonach die Bewegungsprüfung im Hüftgelenk nicht schmerzhaft gewesen sei und der Beschwerdeführer Beschwerden von Seiten der Hüftgelenke aktuell weder spontan noch auf Anfrage geäussert habe (IV-Nr. 101 S. 2 und 4 f.). Es ist daher davon auszugehen, dass die von ihr in der Untersuchung festgestellte eingeschränkte Hüftgelenkbeweglichkeit nach dem Gesagten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit hat.

7.6.2 Eine relevante Zustandsverschlechterung wegen einer neu diagnostizierten Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenks) geht aus den vorliegenden Akten nicht hervor. Dr. med. T. \_\_\_ stellte bei den Kniegelenken unauffällige Verhältnisse fest, wobei die Kniegelenke (und auch die Sprung- und Zehengelenke) aktiv und passiv schmerzfrei beweglich seien (IV-Nr. 94.2 S. 34). RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_ führte in ihrem Untersuchungsbericht vom 15. November 2018 aus, der Beschwerdeführer äussere im Bereich der linken Schulter während der Untersuchung Probleme bei der Elevation und Rotation über der Horizontalen. Gemäss der Berichterstattung des Hausarztes vom 15. Oktober 2018 (IV-Nr. 100 S. 2) seien eine Omarthrose (Arthrose der Schulter) und eine Subluxationsstellung festgestellt worden. Bei manuellen Verrichtungen auf Tischhöhe sei der Beschwerdeführer beschwerdefrei und nicht eingeschränkt. Die RAD-Ärztin

diagnostizierte u.a. eine Omarthrose (nicht Gonarthrose) links (vgl. IV-Nr. 101 S. 4 f.). Dieses Leiden wurde vom RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 19. November 2018 (IV-Nr. 102 S. 2) korrekt, vom Gerichtsgutachter Dr. med. I.\_\_\_\_ jedoch offensichtlich versehentlich als Gonarthrose wiedergegeben (A.S. 82), was den Beweiswert seines neurologischen Gerichtsgutachtens jedoch nicht schmälert. Eine Omarthrose wurde vom orthopädisch-chirurgischen Facharzt Dr. med. T.\_\_\_\_ nicht diagnostiziert, vielmehr wurden von ihm im Bereich beider Schultern unauffällige Verhältnisse, insbesondere keine Impingementzeichen oder Rotatorenmanschetteninsuffizienz festgestellt. Die entsprechenden klinischen Tests seien allesamt negativ ausgefallen. Sämtliche Bewegungen im Bereich der Schultergelenke (und auch der Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenke) könnten schmerzfrei aktiv und passiv ausgeführt werden (IV-Nr. 94.2 S. 32). Nach dem Gesagten kann weder in Bezug auf die Schultern noch bezüglich der Knie von einer relevanten gesundheitlichen Verschlechterung ausgegangen werden.

7.6.3 Auch hinsichtlich der von Dr. med. T.\_\_\_\_ diagnostizierten «chronischen Rückenschmerzen mit wiederholt ischialgiformer Ausstrahlung links bei paramedianer Discushernie L5/S1 ohne sichere Kompression der Nervenwurzel S1, leichter S-Skoliose, absoluter Spinalkanalstenose mit Einklemmung der Cauda equina bei Bandscheibenmassenprolaps und konstitutionell eng angelegtem Spinalkanal L4/5 und linkslateraler grössenprogredienter Bandscheibenhernie mit Bedrängung der S1-Wurzel in L5/S1» ist aus rheumatologischer bzw. orthopädisch-chirurgischer Sicht keine relevante Veränderung bzw. Verschlechterung ersichtlich. Der rheumatologische C.\_\_\_\_-Gutachter, Dr. med. L.\_\_\_\_ hielt bereits in seiner rheumatologischen Beurteilung vom 1. November 2010 in Bezug auf das von ihm diagnostizierte «chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom linksbetont» fest, der Beschwerdeführer habe erstmals Ende 1988 eine deutliche Lumbalgiephase mit Ausstrahlung entlang des dorsolateralen Ober- sowie Unterschenkels rechts erlitten. Erneute Schmerzexazerbationen seien anfangs 1990 erfolgt. Die weiteren klinischen, bildgebenden und neurologischen Abklärungen seien typisch gewesen für eine radikuläre spinale Claudicatio vereinbar mit den radiologischen Befunden einer idiopathischen Spinalkanalstenose zwischen L3 bis L5. Zusätzlich habe eine deutliche mediolaterale Diskushernie L4/5 rechts mit wahrscheinlicher Wurzelkompression L5 rechts bestanden. Die Schmerzsymptomatik mit Ausstrahlung in die rechte untere Extremität habe anamnestisch über Jahre weiter persistiert. Erst eine periradikuläre Nervenwurzelinfiltration L4/5 rechts habe eine signifikante Schmerzverbesserung im rechten Bein erbracht. Nachdem sich nach 2003 die Schmerzsymptomatik rechts weitgehend zurückgebildet habe, beklage der Beschwerdeführer nun in den vergangenen zwei bis drei Jahren langsam zunehmende Schmerzen lumbogluteal links und insbesondere zum Teil Schmerzen am linken Unterschenkel und im Bereich des Digitus IV und V am linken Fuss. Die diesbezüglichen Schmerzen hätten im letzten Jahr an Intensität zugenommen (IV-Nr. 18.2 S. 13; vgl. E. II. 5.2.3 hiervor). Im Rahmen der Gesamtbeurteilung wurde im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. Dezember 2010 festgehalten, beim Beschwerdeführer sei das chronische, linksbetonte, lumbospondylogene Schmerzsyndrom festzustellen. Es liege die bekannte, kongenitale Spinalkanalstenose zwischen L3 bis L5 vor mit Status nach rechtsbetonter Diskushernie L4/5 und Status nach Kompression der Nervenwurzel L5 rechts. Anhand der aktuellen Untersuchung könne eine Wirbelsäulenfehlhaltung und ■fehlform festgestellt werden, zudem eine muskuläre Dysbalance der abdominellen und auch der Rücken stabilisierenden Muskulatur. Aus dem rheumatologischen Teilgutachten

gehe hervor, dass aufgrund der objektiven Befunde, welche vor allem im Rahmen der Spinalkanalstenose seit Jahren nachweisbar seien, eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule bestehe (IV-Nr. 18.2 S. 17 f.).

Die im Vergleich dazu vom orthopädisch-chirurgischen Teilgutachter der H.\_\_\_\_, Dr. med. T.\_\_\_\_, erhobenen Untersuchungsbefunde an der Wirbelsäule (keine Muskelatrophien [Muskelschwund], Muskelverspannungen, schmerzhafte Myalgelosen [Muskelverhärtungen] im Bereich der Lendenwirbelsäule beidseits paravertebral, Druckschmerzhaftigkeit der kleinen Wirbelgelenke kann ausgelöst werden, deutlicher Klopfschmerz über den Dornfortsätzen der Lendenwirbelsäule, nicht über der Hals- und Brustwirbelsäule, keine Narbenbildung, keine Missempfindungen oder Parästhesien, physiologische Kyphose und Lordose der Brust- und Lendenwirbelsäule, geringe skoliotische Fehlhaltung der Brustwirbelsäule, bei der Inklination der Wirbelsäule zur Überprüfung des Finger-Fussboden-Abstandes Schmerzen beim Wiederaufrichten, Wiederaufrichtung aus eigener Kraft möglich ohne Zuhilfenahme der Hände, keine muskuläre Insuffizienz oder Dysbalance der Wirbelsäule [vgl. IV-Nr. 94.2 S. 31]) lassen nicht auf eine relevante Verschlechterung der seit Jahrzehnten bestehenden Problematik an der Lendenwirbelsäule schliessen. Im Rahmen der Konsensbeurteilung im H.\_\_\_\_-Gutachten wurde die Beurteilung im C.\_\_\_\_-Gutachten grundsätzlich bestätigt und erklärt, es könne nicht eingesehen werden, dass die vom C.\_\_\_\_ attestierte Restarbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselbelasteten Verweistätigkeit nicht umgesetzt worden sei. Unter dem Titel «Medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit» wurde zum Verlauf dargelegt, seit über 20 Jahren seien anscheinend die Beschwerden und der Leidensdruck so aushaltbar gewesen, dass sich der Beschwerdeführer nicht wesentlich um weitere Therapien bezüglich Medikation, Schmerztherapie oder neurochirurgische Interventionen bemüht habe. Laut den IV-Unterlagen von 1990 bis aktuell habe sich sein Gesundheitsschaden nicht wesentlich verändert (IV-Nr. 94.1 S. 12 f.). Auf diese Beurteilung im H.\_\_\_\_-Gutachten ist abzustellen. Dass darin ■ im Gegensatz zur C.\_\_\_\_-Begutachtung ■ von einer Beeinträchtigung in einer Verweistätigkeit von 25 % bis 30 % ausgegangen wird, kann nicht als eine relevante Verschlechterung des Rückenleids interpretiert werden, da es sich hier lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen medizinischen Sachverhalts handelt, welche im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich ist (vgl. E. II. 3.1 hiervor). Dies gilt auch für die vom Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. I.\_\_\_\_ erwähnten Blockierungen über mehrere Tage, welche nach den Angaben des Gerichtsgutachters ebenfalls seit Jahren vorhanden seien und jeweils durch gewisse körperliche Anstrengungen ausgelöst würden; es sei durchaus denkbar, dass es sich hierbei um Exazerbationen des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms handle (A.S. 85). Gegen eine Verschlechterung des Rückenleids spricht im Übrigen auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. N.\_\_\_\_ im Oktober 2018 eine mögliche Gehstrecke von 150 m angab; ab dieser Distanz nähmen die Lumboischialgien zu, er müsse dann anhalten, sich bücken oder sein Bein anheben (IV-Nr. 99 S. 4). Gegenüber dem Gerichtsgutachter berichtete der Beschwerdeführer im Rahmen der neurologischen Anamneseerhebung jedoch über eine Gehstrecke von bis zu 300 m (A.S. 74 und 82). Eine maximale Gehstrecke vom 300 m wurde auch gegenüber dem behandelnden Neurochirurgen im Januar 2020 bestätigt (BB 5). Auch wenn angesichts dieser subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zur maximalen Gehdistanz nicht ohne weiteres von einer anhaltenden Verbesserung seines Rückenleids ausgegangen werden kann, erhärten sie jedoch zumindest die gutachterlichen Angaben,

wonach aufgrund der aktuell erhobenen Befunde nicht von einer relevanten Verschlechterung der Lendenwirbelsäulenproblematik ausgegangen werden kann.

7.6.4 Die von den behandelnden Neurochirurgen Dres. med. N. \_\_\_ und V. \_\_\_ in ihren Berichten vom 21. Januar 2020 (BB 5), 3. und 18. September 2020 (A.S. 91 ff.) erwähnte, diskrete bekannte Fussheber- und Peroneusparesen vom Kraftgrad M4 bis M4+ auf der linken Seite sowie die angegebene Hypästhesie am Fussrücken und lateralen Unterschenkel links (Dermatom L5 und S1 links) lassen ebenso wenig auf eine relevante Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers schliessen. Dr. med. T. \_\_\_ hielt zum neurologischen Status fest, im Bereich der unteren Extremitäten seien keine schlaffen oder spastischen Paresen zu finden. Der Kraftgrad sei für die Beugung und Streckung der entsprechenden Muskelgruppen normal. Im Bereich der linken unteren Extremität finde sich eine Hyposensibilität dem Dermatom S1 entsprechend (IV-Nr. 94.2 S. 35). Dazu hält der neurologische Gerichtsgutachter Dr. med. I. \_\_\_ fest, an den Beinen zeigten sich keine muskulären Atrophien im Seitenvergleich. Im Weiteren bestünden keine eindeutigen Paresen an den Extremitäten. Der Beschwerdeführer gebe Hyposensibilitäten am lateralen Oberschenkel und Unterschenkel links sowie am Fussrücken links medial und lateral, nicht aber an der Planta pedis (Fusssohle) an. Diese klinisch-neurologischen Befunde seien gesamthaft dahingehend zu interpretieren, dass das Lasègue-Manöver effektiv negativ sei. Die angegebenen Hyposensibilitäten seien nicht radikulär verteilt am linken Bein und könnten daher nicht eindeutig einem radikulären Segment zugeordnet werden. Aktuell liessen sich keine klaren objektivierbaren sensomotorischen Defizite in der klinisch-neurologischen Untersuchung feststellen, die angegebenen Hyposensibilitäten am linken Bein seien diffus und entsprächen nicht einzelnen Dermatomen, besonders nicht den Dermatomen L5 und / oder S1. Dementsprechend sei aus neurologischer Sicht davon auszugehen, dass der jahrzehntelange Verlauf beim Patienten weiterhin relativ stabil und kompensiert und nicht zu einer eindeutigen akuten sensomotorischen Ausfallsymptomatik führe (A.S. 83 ff.). Darauf ist abzustellen.

8. Nach dem Gesagten ist aufgrund des polydisziplinären Gutachtens der H. \_\_\_ vom 27. Juli 2018 in Bezug auf die Fachdisziplinen «Allgemeine Innere Medizin», «chirurgische Orthopädie» und «Psychiatrie» sowie gestützt auf das vom Gericht veranlasste neurologische Gutachten von Dr. med. I. \_\_\_ vom 18. Januar 2021 bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 28. Oktober 2019 keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Rechtsprechungsgemäss bildet die angefochtene Verfügung die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis (Urteil des Bundesgerichts I 940/06 vom 19. November 2007 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 129 V 167 E. 1 S. 169). Auf die vom Beschwerdeführer dem Gericht am 28. Mai 2021 mitgeteilte Erwerbseinnahme im Gebrauchtwagenverkauf per 1. April 2021 (Anstellung mit einem Pensum von 40 % [A.S. 120 ff.; vgl. E. I. 2.14 hiervor]) ist demnach nicht einzugehen. Da seit der rechtskräftigen Verfügung vom 25. März 2014 bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 28. Oktober 2019 keine erhebliche Veränderung des Sachverhalts eingetreten ist, liegt kein Revisionsgrund vor. Im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren besteht somit keine Möglichkeit, eine davon abweichende Beurteilung des Rentenanspruchs vorzunehmen. Vielmehr bleibt es beim bisherigen Rechtszustand. Damit erübrigt sich ein Einkommensvergleich. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

9.

9.1 Da der Beschwerdeführer nicht obsiegt, hat er grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

9.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 26. August 2020; A.S. 37 ff.; vgl. E. I. 2.5 hiervor). Darauf ist im vorliegenden Beschwerdeverfahren angesichts der erst per 30. April 2021 eingetretenen Änderungen (Einstellung der Sozialhilfeleistungen des Beschwerdeführers und seiner Ehefrau aufgrund genügender Einnahmen) nicht zurückzukommen. Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Gressly hat am 19. Februar 2021 seine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'280.05 (15.4 Std. x CHF 250.00 pro Std. zuzüglich Spesenersatz von CHF 124.00 und Mehrwertsteuer) geltend macht (A.S. 114 ff.).

Der geltend gemachte Zeitaufwand von 15.4 Std. erscheint für den vorliegenden Fall angemessen. Der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt CHF 180.00. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 3'119.00 (Honorar von CHF 2'772.00 zuzüglich Auslagen von CHF 124.00 und MwSt. von CHF 223.00 [7.7 %]). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Im Weiteren besteht ein Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 829.30 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar; eine Honorarvereinbarung mit einem Stundenansatz von CHF 250.00 liegt nicht vor).

9.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Die Verfahrenskosten von CHF 600 sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, welche jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

9.4 Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Mit BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 hat das Bundesgericht für den Bereich der Invalidenversicherung Kriterien aufgestellt, die bei der Beurteilung der Frage zu berücksichtigen sind, ob die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung auferlegt werden können. Es erwog, es müsse ein Zusammenhang bestehen zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen. Dies sei namentlich in folgenden Konstellationen der Fall: Wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten

ärztlichen Auffassungen bestehe, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet habe, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfülle (BGE 140 V 70 E. 6.1 S. 75 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_64/2019 vom 27. November 2019 E. 8.1 mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall ordnete das Gericht ein neurologisches Gutachten bei Dr. med. I.\_\_\_\_ an, weil angesichts der Angaben des behandelnden Neurochirurgen Dr. med. N.\_\_\_\_ in seinen Berichten vom 4. Oktober 2018 und 21. Januar 2020 Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Angaben im neurologischen Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 15. November 2018 nicht ausgeräumt werden konnten. Die Beschwerdegegnerin wäre aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes gehalten gewesen, die bestehenden Unklarheiten aufzulösen bzw. den Sachverhalt versicherungsextern ergänzend abklären zu lassen. Die Voraussetzungen, unter welchen der Beschwerdegegnerin die Kosten eines Gerichtsgutachtens zu tragen hat, sind damit erfüllt. Nach dem Gesagten rechtfertigt es sich, der Beschwerdegegnerin die Kosten des Gerichtsgutachtens von insgesamt CHF 4'500.00 (vgl. den Parteien mit Verfügung vom 21. Januar 2021 zugestellte Rechnung vom 18. Januar 2021, A.S. 101.1; vgl. E. I. 2.9 hiervor) aufzuerlegen. Die IV-Stellen haben im Rahmen der mit BGE 139 V 496 umschriebenen Grundsätze gestützt auf Art. 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG für die gesamten Kosten des Gerichtsgutachtens aufzukommen (BGE 143 V 269 E. 7.2 S. 283).

Demnach wird erkannt:

#### Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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