

SO_GERICHTE VSBES.2020.141 vom 19. April 2021

SO Obergericht, 2021-04-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.141_d20210419

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.141 du 19 avril 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.141 del 19 aprile 2021

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1961 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführer) arbeitete seit dem 9. März 1994 als angelernter Maurer / Vorarbeiter im Baugeschäft B.____, [...]. Ab dem 20. Mai 1996 wurde er andauernd vollumfänglich arbeitsunfähig geschrieben (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 1.7). Am 19. August 1996 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Er gab an, es bestehe eine Rückenblockierung (IV-Nr. 1.17). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) veranlasste in der Folge eine polydisziplinäre (internistische, orthopädische und psychiatrische) Begutachtung im C.____ (im Folgenden: C.____), welche während eines stationären Aufenthaltes vom 11. bis 15. Januar 1998 (gemeint wohl: 1999) durchgeführt wurde (Gutachten vom 28. Januar 1999; IV-Nr. 1.2). Per Ende Mai 1998 war das Arbeitsverhältnis aufgelöst worden (IV-Nr. 9). Mit Verfügung vom 24. März 1999 lehnte die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, der Beschwerdeführer sei für eine stark rückenbelastende Tätigkeit wie diejenige eines Bauarbeiters zu 100 % arbeitsunfähig. Hingegen bestehe in Verweisungsarbeiten mit mittelschweren oder leichten Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 1.1). Vom 3. Mai bis 19. Juli 1999 wurde ein vom RAV [...] initiiertes Arbeitsversuch durchgeführt (IV-Nr. 60).

1.2 Am 24. Juli 2000 meldete sich der Beschwerdeführer zum Leistungsbezug neu an. Er gab wiederum an, an Rückenbeschwerden zu leiden (IV-Nr. 6). Vom 29. Mai 2000 bis 28. Mai 2001 war er im Rahmen eines Qualifizierungsprogramms in der D.____, [...], als Projektteilnehmer tätig (Einsatz in einer Velostation; IV-Nr. 55 S. 5). Mit Verfügung vom 22. Januar 2001 lehnte die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ab. Dies begründete sie im Wesentlichen damit, gemäss den Abklärungen habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung vom Januar 1999 nicht wesentlich verändert (IV-Nr. 17). Die dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn (im Folgenden: Versicherungsgericht) mit rechtskräftigem Urteil vom 31. Oktober 2002 in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 22. Januar 2001 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wurde, damit diese im Sinne der Erwägungen verfare und in der Folge erneut über den Anspruch des Beschwerdeführers auf IV-Leistungen entscheide (VSBES.2001.156; IV-Nr. 35 S. 2 ff.).

1.3 Vom 5. bis 9. August 2002 war der Beschwerdeführer in den E.____, [...], hospitalisiert (IV-Nr. 34 S. 4 ff.). Die Beschwerdegegnerin veranlasste in der Folge eine polydisziplinäre (internistische, rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung erneut im C.____, welche vom 4. bis 8. August 2003 durchgeführt wurde (Gutachten vom 9. September 2003; IV-Nr. 40). Mit rechtskräftiger Verfügung vom 6. April 2004 sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer aufgrund eines Invaliditätsgrades von 51 % eine halbe Invalidenrente (sowie entsprechende Kinderrenten) rückwirkend ab 1. August 2003 zu (IV-Nr. 46). Der Beschwerdeführer ersuchte die Beschwerdegegnerin um Hilfe bei der Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle. Jene sprach ihm daraufhin Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche zu, welche per 20. Juli 2004 erfolglos abgeschlossen wurde (IV-Nr. 51, 57 und 60 f.).

1.4 Im Februar 2006 leitete die Beschwerdegegnerin von Amtes wegen ein Revisionsverfahren ein. Nach dem Beizug eines Verlaufsberichts des Hausarztes stellte die Beschwerdegegnerin keine rentenrelevante Änderung fest (Invaliditätsgrad von 52 %; Mitteilung vom 8. Juni 2006, IV-Nr. 66).

1.5 Am 30. September 2016 stellte der Beschwerdeführer ein Revisionsgesuch (IV-Nr. 68). Daraufhin erliess die Beschwerdegegnerin am 11. Oktober 2016 einen Vorbescheid, worin sie ein Nichteintreten auf das Revisionsgesuch in Aussicht stellte (IV-Nr. 69 S. 2 ff.). Nach Erhalt neuer medizinischer Unterlagen und Durchführung eines Revisionsgesprächs stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 3. Januar 2017 in Aussicht, das Erhöhungsgesuch abzuweisen (IV-Nr. 73 S. 2 ff.). Auf den Einwand des Beschwerdeführers hin und nach Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) veranlasste die Beschwerdegegnerin eine bidisziplinäre (rheumatologische und neurologische) Begutachtung bei Dr. med. F.____, Facharzt Rheumatologie FMH, sowie Dr. med. G.____, Leitende Ärztin Neurologie, H.____, welche am 24. August und 25. September 2017 durchgeführt wurde (Gutachten vom

E. 3

und 5. Dezember 2017 (IV-Nr. 93 und 94). Im Weiteren wurde eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag gegeben; diese erfolgte am 15. Juni 2018 (Gutachten vom 7. August 2018; IV-Nr. 105). Nach Einholung einer Stellungnahme beim RAD und Durchführung eines Vorbescheidverfahrens veranlasste die Beschwerdegegnerin angesichts neu eingereichter medizinischer Berichte eine polydisziplinäre (allgemein-internistische, neurologische, rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung durch die J.____, welche am 22. und 29. Mai 2019 erfolgte (Gutachten vom 4. Juli 2019; IV-Nr. 123). Nach dem Beizug weiterer medizinischer Unterlagen, Rücksprache mit dem RAD und Durchführung eines weiteren Vorbescheidverfahrens hob die Beschwerdegegnerin die bisher gewährte halbe Invalidenrente aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von nurmehr 2 % mit Verfügung vom 20. Mai 2020 auf Ende Juni 2020 auf. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angegeben, das Gutachten der J.____ sowie die neuen kardiologischen Berichte hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand aus somatischer Sicht nicht verändert habe. Aus psychiatrischer Sicht sei eine gesundheitliche Verbesserung eingetreten, da keine depressive Störung mehr nachgewiesen werden könne. Die Tätigkeit als Maurer / Vorarbeiter könne dem Beschwerdeführer nicht mehr zugemutet werden, eine angepasste Verweistätigkeit sei ihm jedoch zu 100 % zumutbar (IV-Nr. 141; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

2.

2.1 Mit fristgerechter Beschwerde vom 24. Juni 2020 lässt der Beschwerdeführer folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 6 ff.):

2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 28. August 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (A.S. 26).

2.3 Mit Verfügung vom 22. September 2020 wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Stefan Galligani, [], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt (A.S. 38 f.).

2.4 Mit Replik vom 12. Oktober 2020 lässt der Beschwerdeführer die Ausführungen in der Beschwerdeantwort vom 28. August 2020 vollumfänglich bestreiten, wobei auf weitere Ausführungen verzichtet und auf die Beschwerde vom 24. Juni 2020 verwiesen wird. Gleichzeitig reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 41 f.).

2.5 Die Replik sowie die Kostennote werden der Beschwerdegegnerin am 13. Oktober 2020 zur Kenntnisnahme zugestellt (A.S. 44).

1.

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Streitig ist, ob der Beschwerdeführer ab 1. Juli 2020 weiterhin einen Rentenanspruch hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 20. Mai 2020 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen).

2.

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich 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).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. 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; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der

Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f., 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

3.2 Anlass zur Rentenrevision 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 Gesundheitszustandes 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). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

3.3 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.; 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.).

Im vorliegenden Fall veranlasste die Beschwerdegegnerin im Sinne des rechtskräftigen Urteils des Versicherungsgerichts vom 31. Oktober 2002 eine polydisziplinäre Begutachtung im C.____ und sprach dem Beschwerdeführer gestützt darauf mit rechtskräftiger Verfügung vom 6. April 2004 eine halbe Invalidenrente rückwirkend ab 1. August 2003 zu (IV-Nr. 40 und 46). Demnach ist der aktuelle Sachverhalt mit demjenigen zu vergleichen, wie er der rechtskräftigen Verfügung vom 6. April 2004 zu Grunde lag. Das von der Beschwerdegegnerin im Februar 2006 von Amtes wegen eingeleitete Revisionsverfahren (IV-Nr. 63 ff.) ergab keine rentenrelevante Änderung und kann mangels umfassender Überprüfung der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse mit Blick auf die Revisionsvoraussetzungen im Sinne Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht als Referenzzeitpunkt herangezogen gezogen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 5 ff.).

3.4 Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV [SR 831.201]) führt eine Verbesserung der Erwerbstätigkeit zu einer Herabsetzung oder Aufhebung der Rente, wenn angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird; die Verbesserung ist in jedem Fall zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV).

4.3 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).

4.4 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

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).

5. Im vorliegenden Fall lässt der Beschwerdeführer geltend machen, er sei auch über den 1. Juli 2020 hinaus zu berenten. Sein psychischer Gesundheitszustand habe sich keineswegs verbessert. Es sei im Gegenteil von einer Verschlechterung auszugehen. Aus somatischer Sicht gelte es zu beachten, dass er zudem an einer chronisch venösen Insuffizienz leide. Sodann habe ihn der Hausarzt für weitere gastroenterologische Abklärungen an das K.____ verwiesen (vgl. Beschwerde, S. 5 ff. Ziff. 2). Im Folgenden ist zunächst der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er der rechtskräftigen Verfügung vom 6. April 2004 zu Grunde lag:

5.1 Vom 5. bis 9. August 2002 war der Beschwerdeführer in den E.____, Solothurn, hospitalisiert. Dem Austrittsbericht vom 18. September 2002 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), anhaltendes somatoformes Schmerzsyndrom (ICD-10 F45.4), lumbo-radikuläres Schmerzsyndrom L5/S1 bei beginnenden degenerativen Veränderungen L4/S1». Zu den Einweisungsumständen wurde dargelegt, der Patient sei von seinem Hausarzt Dr. med. L.____ zur Abklärung der chronischen Rückenschmerzen aus psychiatrischer Sicht zugewiesen worden. Im Rahmen der Anamnese wurde angegeben, der Patient sei im Kosovo geboren und mit 3 Brüdern aufgewachsen. Dort habe er die obligatorische Schule und das Gymnasium besucht. Mit 18 Jahren habe er geheiratet und sei Vater von vier Kindern geworden. Der ältere Sohn sei leicht geistig behindert. Mit der Familie in Kosovo habe er regelmässig telefonischen Kontakt, zwischendurch besuche er sie. Nachdem der Patient in die Schweiz gekommen sei, habe er während 8 Jahren als Maurer im Kanton [...] gearbeitet. Seit ca. 6 Jahren habe er Rückenprobleme und könne seither nicht mehr arbeiten. Bisherige zahlreiche medizinisch-konservative Behandlungen hätten seinen Zustand nicht deutlich verändert. Nach vielfältigen Abklärungen habe man kein somatisches Korrelat für die Rückenschmerzen gefunden. Die Familie lebe von der Sozialhilfe, was eine Belastung für den Patienten darstelle. Sowohl die unklare Prognose seiner Rückenbeschwerden als auch die Ablehnung der IV-Rente belasteten ihn zusätzlich.

Die Beurteilung lautete dahingehend, bei der Untersuchung habe der Patient den Anschein gemacht, wegen der Chronifizierung der Rückenschmerzen sehr belastet zu sein. Er sei zu Beginn des Gesprächs sehr aufgeregt gewesen und unterschwellig aggressiv, als er seine Schwierigkeiten beschrieben habe. Im Verlauf habe er sich etwas beruhigt. Er habe unter Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen gelitten. Auffassung und Aufmerksamkeit seien zeitweise vermindert gewesen. Der Patient habe gesagt, dass er sehr viele Gedanken im Kopf habe, die ihn daran hinderten, ein normales Gespräch zu führen. Er habe unter Angst über seine Zukunft gelitten, dass er nicht mehr arbeiten könne; zum Teil habe er auch diffuse panikartige Angstgefühle gehabt. Die Stimmung sei traurig gewesen, es habe zeitweise das Gefühl der Gefühllosigkeit bestanden. Er habe aber auch die Hoffnung gehabt, dass es auch wieder besser gehen könne. Suizidgedanken seien verneint worden. Er sei impulsiv gewesen, habe ein vermindertes Selbstwertgefühl gehabt, gehäuft Schuldgefühle und sei sehr unruhig und ungeduldig gewesen. Subjektiv sei der Schlaf schlecht gewesen, gelegentlich habe er schlaflose Nächte gehabt wegen seiner inneren Unruhe. Der Appetit sei gut gewesen. Körperlich habe er ständig unter Rückenschmerzen gelitten. Der Patient werde sich nach dem Austritt bei seinem Hausarzt zur weiteren Behandlung melden (IV-Nr. 34 S. 4 ff.).

5.2 Im polydisziplinären (allgemein-internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen) C.____-Gutachten vom 9. September 2003 (ambulante Untersuchungen vom 4. bis 8. August 2003) stellte die Kommission für medizinische Begutachtung (Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie, Dr. med. N.____, Facharzt für Innere Medizin, und Dr. med. O.____, Facharzt für Rheumatologie) folgende Hauptdiagnose (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit): «Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung links bei leichter Chondrose der caudalen LWS-Segmente, leichter Discusprotrusion L4/5 links, kleiner paramedianer rechtsgelegener Discushernie L5/S1, ohne Wurzelkompression; Anhaltende somatoforme Schmerzstörung; Leichte bis mittelschwere depressive Episode». Die gestellten Nebendiagnosen (Nikotinabusus, Status

nach Knöchelfraktur links 2002) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren wurde dargelegt, der Explorand habe im [...] eine Matur absolviert und anschliessend ein Biologiestudium begonnen. Zwischen 1981 und 1986 sei er als Tourist in die Schweiz gekommen um zu arbeiten, ab 1987 als Saisonnier, seit 1994 mit Bewilligung B. Hier habe er immer als Bauarbeiter in der gleichen Bauunternehmung gearbeitet. Seit Mai 1996 habe er infolge von Rückenbeschwerden nicht mehr gearbeitet, eine berufliche Abklärung im Jahr 1998 sei gescheitert. Vom Mai 2000 bis Mai 2001 sei er im Rahmen eines RAV-Programmes zu 50 % beschäftigt gewesen, wiederum 50 % gearbeitet habe er im Herbst 2001 beim RAV, ein Wiedereingliederungsversuch, der gescheitert sei. Im Januar 1999 sei der Explorand im C.____ begutachtet worden, damals sei er infolge seiner Rückenprobleme als Bauarbeiter als unter einem Drittel arbeitsfähig taxiert worden. Bei den aktuellen Untersuchungen liessen sich im somatischen Bereich keine Veränderungen gegenüber den Befunden von Januar 1999 konstatieren. Rein somatisch gesehen sei der Explorand nach wie vor als Bauarbeiter unter einem Drittel arbeitsfähig, rückenbelastende Tätigkeiten schwerer Natur seien ihm nicht mehr zumutbar. Neue medizinische Vorschläge im somatischen Bereich könne man nicht machen. Es sei bereits im Jahr 1999 auf ein regelmässiges Krafttraining der Rücken- und Bauchmuskulatur hingewiesen worden. Der Explorand schone sich jedoch.

Im psychischen Bereich habe sich der Verdacht einer beginnenden psychosomatischen Entwicklung, der im Jahr 1999 geäussert worden sei, in der Zwischenzeit bestätigt. Es zeige sich aktuell ein Symptomenkomplex, der von seinem Verlauf, von seiner Charakteristik und Ausprägung her diese Diagnose untermauere. Dazu sei der Explorand im Gegensatz zu 1999 aktuell auch apathisch-gehemmt depressiv, sodass im psychiatrischen Teilbereich eine Verschlechterung festgestellt werden müsse. Leider könne man über die Hintergründe dieser psychischen Verschlechterung kaum eine Aussage machen. Es bleibe offen, ob sie eine sekundäre Folge der psychosomatischen Entwicklung sei, über deren Hintergründe man ebenfalls keine Aussagen machen könne, oder eine Folge der sozialen Situation des Exploranden; er sei der Meinung, man glaube ihm seine Beschwerden nicht. Obwohl der Explorand in seiner Heimat die Hochschulreife erreicht und vier Semester studiert habe, habe er einen merkwürdigen Mangel an jeglicher psychischer Introspektionsfähigkeit gezeigt. Auch werde immer wieder beobachtet, dass gerade gutausgebildete Leute nach der Migration besonders Mühe hätten, sich in einer einfachen Tätigkeit zurecht zu finden. Es falle auch auf, dass der Explorand kurze Zeit, nachdem er die Aufenthaltsbewilligung B erhalten habe, seine Rückenbeschwerden bekommen und danach seine Arbeitstätigkeit eingestellt habe. Leider könne man auch über eine mögliche induktive Wirkung der Invalidisierung eines Sohnes des Exploranden sowie dessen Bruder keine verlässlichen Aussagen machen. Insgesamt beurteile man den Exploranden in einer dem Rückenleiden adaptierten Tätigkeit, ohne repetitives Heben schwerer Lasten, ohne Arbeiten in Zwangshaltung und mit regelmässigem Sichbückenmüssen als zu 40 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Berufliche Massnahmen könne man nach deren Scheitern nicht empfehlen. Der Explorand erlebe sich selber als vollständig arbeitsunfähig und er sei wenig motiviert, wieder zu arbeiten. Eine Willensanstrengung zur Überwindung seines psychosomatischen und psychischen Leidens sei ihm aber aus medizinischer Sicht zuzumuten. Er könne im genannten Rahmen ohne jegliche Gefährdung seiner psychischen und physischen Gesundheit arbeitstätig werden.

Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands sei mit der psychischen Dekompensation und psychiatrischen Hospitalisation im August 2002 eingetreten. In einem Schlussgespräch mit dem Exploranden sei dieser wiederum resigniert gewesen und habe gleichzeitig seine Arbeitsunfähigkeit mit Nachdruck betont. Man habe erfahren, dass sein invalider Sohn von zu Hause ausgezogen sei, weil er eine Frau aus dem Kosovo, die demnächst in die Schweiz einreisen werde, geheiratet habe. Der Explorand sei über die Befunde orientiert und es sei ihm mitgeteilt worden, dass sich sein Rückenleiden nicht verändert habe (IV-Nr. 40 S. 16 ff.).

5.3 Gemäss dem MRI der LWS, erstellt vom P.____ vom 14. Juni 2003 liegt beim Patienten eine chronische Lumbalgie bei bekannter Diskopathie L5/S1 vor. Es seien Diskopathien der unteren LWS sowie am lumbosacralen Übergang mit foraminaler Wurzelbeeinträchtigung L5 beidseits und recessalem Wurzelkontakt S1 links festzustellen (IV-Nr. 70 S. 4).

6. Der aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sich demgegenüber wie folgt:

6.1 Gemäss dem Bericht des Hausarztes Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 7. November 2016 steht der Beschwerdeführer wegen lumbalen Rückenschmerzen in hausärztlicher Dauerbetreuung. Die seit Jahren vorhandenen Schmerzen hätten sich im Verlauf der letzten 12 Monate ausserordentlich verstärkt. Der Patient habe Mühe, längere Gehstrecken zu bewältigen, sodass er sich aktuell höchstens während einer Stunde zu Fuss fortbewegen könne und sich dann hinlegen müsse, obgleich er seine Dauermedikation gesteigert habe. Er schildere verstärkte Schmerzen im linken Bein, insbesondere laterodorsal mit Ausstrahlung bis in die Ferse. Zusätzlich empfinde er in dieser Extremität unter Belastung ein Ameisenlaufen nebst den stechenden Schmerzen. Die bisher durchgeführte Abklärung mittels eines MRI der LWS habe neu eine leichtgradige Bandscheibenprotrusion linksbetont mit kleinem Riss im dorsalen Anulus fibrosus paramedian links sowie auf Höhe L5/S1 eine ausgeprägte Osteochondrose mit nach unten umgeschlagener kleiner Bandscheibenprotrusion mit einem Riss im dorsalen Anulus fibrosus paramedian ergeben. Die oben erwähnten Befunde dürften die seit etwa einem Jahr bestehenden andauernden Veränderungen des Gesundheitszustands des Patienten erklären. Eine neue IV-Begutachtung sei medizinisch indiziert (IV-Nr. 70 S. 2).

6.2 Laut dem MRI der LWS vom 2. November 2016 besteht beim LWK 3/4 eine leichtgradige Bandscheibenprotrusion linksbetont mit einem kleinen Riss im dorsalen Anulus fibrosus paramedian links, ein Wurzelkontakt L4 links im Ursprung sei möglich. Beim LWK 4/5 sei eine zirkuläre linksbetonte Bandscheibenprotrusion mit kleinem Riss im Anulus fibrosus links festzustellen, eine Wurzeltangierung L5 im Ursprung links sei möglich. Beim LWK 5/SWK 1 könne ein stark verschmälertes Zwischenwirbelraum und eine starke Osteochondrose festgestellt werden. Es bestehe eine nach unten umgeschlagene kleine Bandscheibenprotrusion mit einem Riss im dorsalen Anulus fibrosus paramedian, welche teilweise knöchern unterstützt sei. Ein leichtgradiger Kontakt mit der Wurzel S1 links im Ursprung sei nicht ausgeschlossen. Es sei eine Spondylarthrose beidseits festzustellen. Eine Spinalkanalstenose bestehe nicht (Bericht des H.____, Institut für Medizinische Radiologie, vom 4. November 2016, IV-Nr. 70 S. 3).

6.3 Im Hausarztbericht vom 7. März 2017 wurde dargelegt, die degenerativen Veränderungen der LWS hätten sich seit dem letzten MRI-Befund vom 14. Juni 2003 insbesondere auf dem Niveau der 5. Bandscheibe eindeutig verstärkt. Die vom Patienten

neu geschilderte Schmerzzunahme sei glaubwürdig und die klinische hausärztliche Untersuchung spreche für eine vertebrogen bedingte Zustandsverschlechterung. Aus hausärztlicher Sicht sei eine neue rheumatologische Begutachtung unabdingbar, um eine allfällige Änderung des Invaliditätsgrads beurteilen zu können (IV-Nr. 80 S. 5).

6.4

6.4.1 Dem bidisziplinären (neurologischen, rheumatologischen) Gutachten von Dr. med. G.____, Leitende Ärztin Neurologie, H.____, vom 3. Dezember 2017 und Dr. med. F.____, Facharzt Rheumatologie FMH, vom 5. Dezember 2017 (Untersuchungen vom 24. August und 25. September 2017, Konsensbesprechung vom 4. Dezember 2017) können folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) entnommen werden: «Therapieresistentes, chronifiziertes lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit intermittierender pseudoradikulärer Ausstrahlung links, klinisch keine radikulären Symptome, bei degenerativen LWS-Veränderungen mit Diskushernien LWK3/4 und LWK5/SWK1 ohne Neurokompression sowie Osteochondrosen und deutlicher Minderung des Intervertebralraums LWK5/SWK1, v.a. Symptomausweitung mit diskreter sensibler brachioruraler Hemihypästhesie links». Im Weiteren wurde die Diagnose «Depressive Stimmungslage, DD depressive Episode, aktueller BDI (Beck Depressions Inventar 17 Punkte), aktenanamnestisch somatoforme Schmerzstörung» angegeben. Die übrigen Diagnosen (Nikotinabusus, Adipositas Grad I, Chronifizierte holokranielle Kopfschmerzen, DD chronifizierte Spannungskopfschmerzen) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 94 S. 23).

Im Rahmen der Beurteilung aus neurologischer Sicht legte Dr. med. G.____ im Wesentlichen dar, beim Exploranden seien im Jahr 1995 nach knapp 15-jähriger Arbeit als Maurer erstmalig auf konservative Therapie komplett regrediente Lumbalgien aufgetreten. Ohne vorangehendes Trauma hätten sich ab Mai 1996 chronische Lumbalgien entwickelt mit intermittierender Schmerzausstrahlung ins linke Bein, die weder durch physiotherapeutische Massnahmen, Analgetika, intramuskuläre Injektionen oder peridurale Infiltrationen noch durch stationäre rehabilitative Massnahmen nachhaltig positiv zu beeinflussen gewesen seien. Die lumbalen Rückenschmerzen hätten ungeachtet aller erwähnter therapeutischer und reintegrativer Massnahmen de facto zu einer seit 1996 persistierenden Arbeitsunfähigkeit und nach zwei medizinischen Begutachtungen 1998 und 2003 zu einer 50%igen IV-Rente geführt. Die Invalidisierung mit Auswirkungen in Alltag und Beruf habe vorwiegend darauf beruht, dass der Explorand angegeben habe, aufgrund der lumbalen Rückenschmerzen nicht länger als 30 Minuten sitzen oder stehen und maximal 30 bis 45 Minuten gehen zu können. An diesem Umstand habe sich im Vergleich zu den Gutachten von 1998 und 2003 keine relevante Änderung ergeben. Die aktuell erhobenen klinischen Befunde zeigten im Vergleich zu 2003 unverändert eine Klopf- und Druckdolenz der gesamten LWS, Angabe starker lumbaler Schmerzen bei Prüfung des Lasègue ab 30 ° beidseits bei gleichzeitig möglichem Langsitz sowie ein Vermeidungsverhalten betreffend Rumpfbeugung mit konsekutiv deutlich erhöhtem bis de facto nicht beurteilbarem Finger-Boden-Abstand. Nach wie vor gebe es keine Hinweise auf eine radikuläre Pathologie oder auf eine Myelopathie. Vermutlich neu (DD erstmalig beschrieben) zeige sich gegenüber den beiden vorangehenden medizinischen Gutachten eine diffuse Allodynie (starke Überempfindlichkeit) bereits bei feinsten Berührung der paravertebralen Weichteile lumbal beidseits. Zudem finde sich neu eine funktionelle sensible Hemisymptomatik links mit Aussparung des Kopfes. Unverändert zu 1998 und

2003 finde man derzeit Hinweise auf eine mögliche depressive Störung, die an sich und im Kontext mit der Begutachtung auch einer psychiatrischen Mitbeurteilung bedürfe. Im MRI der LWS vom November 2016 zeige sich gegenüber 2003 eine Zunahme der degenerativen Veränderungen mit neu insbesondere deutlicher Minderung des Intervertebralraumes LWK5/SWK1 sowie neu beschriebener diskreter Diskusprotrusion auf Höhe LWK3/4 bei im Übrigen konstanten Befunden. Insbesondere ergäben sich keine Hinweise auf eine radikuläre Kompression oder auf eine relevante Lumbalkanalstenose.

Im bisherigen Krankheitsverlauf sowie in der aktuellen Anamnese und Untersuchung seien einige Diskrepanzen zu erwähnen: Physiotherapeutische und teilweise weitere rehabilitative Massnahmen hätten aufgrund einer Schmerzzunahme ■ soweit aus den Akten ersichtlich ■ nicht wie indiziert umgesetzt werden können. Sie hätten, wie alle Arbeitsversuche in rückenadaptierter Tätigkeit, im Rahmen von Reintegrationsmassnahmen zu einer Exazerbation der Rückenschmerzen mit konsekutivem Abbruch und daraus resultierender 100%iger Arbeitsunfähigkeit geführt. Es gebe auch rein klinisch eine Diskrepanz zwischen der Angabe starker lumbaler Schmerzen bei Prüfung des Lasègue ab 30 ° beidseits bei fehlender Äusserung von Schmerzen in der Langsitz-Position (Sitzen mit gestreckten Beinen), eine Diskrepanz zwischen problemlosem Hinsetzen und Sitzen auf dem Stuhl während der Anamnese ohne Angabe von Rückenschmerzen während 25 Minuten, hingegen Angabe starker Schmerzen bei jeglichen Lage- und Positionsveränderungen während der Untersuchung und eine Diskrepanz einerseits zwischen der Beobachtung, dass der Explorand anlässlich der aktuellen Untersuchung 25 Minuten ohne implizite oder explizite Hinweise auf Schmerzen auf dem Stuhl habe sitzen können und angegeben habe, dass er täglich mindestens zweimal eine Stunde spazieren gehe, Autofahren und mit dem Flugzeug in den Kosovo reisen könne, und andererseits der Angabe, dass er im Haushalt keinerlei Tätigkeiten ausüben und nicht arbeiten könne, weil er aufgrund von Rückenschmerzen kaum sitzen oder stehen könne. Schliesslich habe der Explorand aktuell finanzielle Sorgen. Die Allodynie paravertebral beidseits, die sensible Hemisymptomatik links und das teils demonstrative Schmerzverhalten in Diskrepanz zu diskreten objektivierbaren klinischen Befunden seien bei fehlenden Hinweisen auf eine Myelopathie oder auf radikuläre Defizite auf eine wahrscheinliche Symptomausweitung bei chronifizierten lumbovertebralen Schmerzen zu interpretieren (IV-Nr. 94 S. 14 f.).

6.4.2 Dr. med. F. ___ hielt im Rahmen seiner Beurteilung aus rheumatologischer Sicht fest, bei der Untersuchung vom 24. August 2017 habe der Explorand über Schmerzen im unteren lumbalen Bereich mit Ausstrahlung links über das Gesäss bis zur Aussenseite des Fusses links geklagt. Die Schmerzen bestünden seit Jahren mit einer Zunahme seit ca. 1 ½ Jahren. Die klinische Untersuchung sei durch Schmerzverhalten bzw. Schonhaltung des Exploranden erschwert gewesen. Die Befunde hätten Hinweise für eine Inkonsistenz, z.B. mit einer Diskrepanz zwischen Funktionsprüfung des Rückens im Sitzen oder im Stehen, die medizinisch-somatisch nicht erklärbar seien, ergeben. Rein somatisch handle es sich um subjektive Rückenschmerzen mit Ausstrahlung links ohne Hinweise für ein radikuläres Reizsyndrom bei nachgewiesenen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule. Die Beurteilung der Funktionseinschränkung der Wirbelsäule werde wegen Schmerz- und Schonverhalten erschwert und sei trotzdem gering. Die Röntgenbilder zeigten keine wesentliche Zunahme der degenerativen Veränderungen gegenüber einer früheren Untersuchung im Jahr 2003. Es gebe auch eine gewisse Diskrepanz zwischen der Selbstbeschreibung der Funktionseinschränkung und den medizinischen Unterlagen. Im

Gutachten aus dem Jahr 2003 sei die maximale Gehstrecke mit 30 Minuten vom Exploranden gemeldet worden, aktuell sei er in der Lage, mindestens zweimal täglich eine Stunde spazieren zu gehen, was gegen eine Verschlechterung des Zustandes spreche. Aus rheumatologischer Sicht sei der gesundheitliche Zustand des Exploranden unwesentlich verändert gegenüber dem Jahr 2003 (IV-Nr. 93 S. 7).

6.4.3 Die gemeinsame rheumatologisch-neurologische Beurteilung (gemäss Konsensbesprechung vom 4. Dezember 2017) lautete wie folgt: Beim Exploranden habe sich ausgehend von leichtgradigen degenerativen Lendenwirbelsäulenveränderungen und einer akuten Lumbago ab 1996 ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit intermittierender pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein entwickelt. Gemäss medizinischen Gutachten von 1998 und 2003 bestünden nur diskrete objektivierbare klinische Befunde und leichtgradige degenerative LWS-Veränderungen. Bei in der aktuellen Untersuchung ■ bis auf eine diffuse lumbale Allodynie und eine funktionelle sensible brachiocrurale Hemihypästhesie links ■ stationären objektiven klinischen Befunden, MR-tomographisch leichter Zunahme der degenerativen LWS-Veränderungen ohne Hinweise auf eine Neurokompression und unverändert zu 2003 diskrepant ausgeprägter funktioneller Beeinträchtigung im Vergleich zu den objektivierbaren Befunden gehe man aktuell im Kontext mit diskrepanten Befunden in der klinischen Untersuchung sowie Diskrepanzen zwischen Anamnese und Verhalten von einer chronifizierten Schmerzproblematik mit Symptomausweitung aus. Eine aktenanamnestisch dokumentierte somatoforme Schmerzstörung müsse zudem aus psychiatrischer Sicht mitbeurteilt werden.

Bei seit 20 Jahren chronifiziertem lumbalem Schmerzsyndrom, fixiertem Vermeidungsverhalten und aufgrund desselben gescheiterten, respektive teils frühzeitig abgebrochenen Rehabilitations- und Reintegrationsversuchen bestehe unabhängig von jeglichen weiteren therapeutischen Bemühungen eine schlechte Prognose betreffend berufliche Reintegration. Da sich die objektivierbaren Befunde und der funktionelle Zustand gegenüber 2003 nicht relevant geändert hätten, sei der Explorand in einer rückenadaptierten Tätigkeit aus somatischer, neurologisch-rheumatologischer Sicht arbeitsfähig. Aufgrund des chronifizierten Leidens und der mehrschichtig bedingten Negativressourcen sowie der wahrscheinlichen erwähnten psychiatrischen Komorbidität seien ein Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit und eine berufliche Reintegration mit grosser Wahrscheinlichkeit unrealistisch. Eine psychiatrische Mitbeurteilung sei deshalb auch unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs zu empfehlen (IV-Nr. 94 S. 17).

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde festgehalten, in der bisherigen Tätigkeit als Maurer / Polier betrage die Arbeitsfähigkeit derzeit 0 % unter Berücksichtigung der Tatsache, dass zum aktuellen Zeitpunkt keine Therapie lege artis bestehe. In einer dem Rückenleiden angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit aus rein neurologischer Sicht 100 %; auch aus rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit uneingeschränkt. Aufgrund der im Vordergrund stehenden konfundierenden Faktoren sei zur abschliessenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit eine psychiatrische Mitbeurteilung notwendig. Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der letzten materiellen Prüfung vom 9. September 2003 (C.____-Gutachten) wesentlich verändert habe, wurde dahingehend beantwortet, auf apparativ fassbarer Ebene hätten die degenerativen Veränderungen der LWS zugenommen mit MR-tomographisch im

November 2016 insbesondere progredienter Verminderung des Intervertebralraums LWK5/SWK1 und neu leichter Diskusprotrusion auf Höhe LWK3/4 im Vergleich zu 2003, wobei sich keine Neurokompression darstellen lasse. Klinisch seien die objektivierbaren Befunde mit leichtgradiger Einschränkung der Beweglichkeit der LWS im Vergleich zu 2003 stationär. Die neu vorhandene Allodynie paravertebral beidseits im Bereich der gesamten LWS und die sensible Hemihypästhesie links seien im Rahmen einer möglichen und wahrscheinlichen Symptomausweitung zu erklären und entsprächen nicht einer progredienten somatischen Erkrankung. Die resultierenden funktionellen Einschränkungen mit Limitation der Sitz- und Stehdauer auf 30 Minuten seien stationär im Vergleich zum Jahr 2003, die Gehdauer habe sich basierend auf den aktuellen anamnestischen Angaben sicherlich nicht verschlechtert, sondern von 30 bis 45 Minuten auf 60 Minuten verbessert. Die Folgen dieser Einschränkungen ■ und ein auf Essen, Spazieren, Liegen, Einkaufen und Lesen beschränkter Tagesablauf mit ausserhalb der Familie wenigen sozialen Kontakten ■ habe sich gegenüber dem Jahr 2003 nicht verändert. Auch das Spektrum von noch realisierbaren Möglichkeiten wie Autofahren für kurze Strecken oder die jährliche Reise in den [...] per Flugzeug sei unverändert. Bei insgesamt stationären funktionellen Einschränkungen und stationären objektivierbaren klinischen Befunden ändere sich daher nichts an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Vergleich zum Gutachten aus dem Jahr 2003. Aus rheumatologischer Sicht gebe es keine relevante Veränderung seit dem Jahr 2003, weder bezüglich des Gesundheitszustands noch in Bezug auf die Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 93 S. 10 f. und 94 S. 27 f.).

6.5 Dem von der Beschwerdegegnerin zusätzlich veranlassten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. August 2018 (Untersuchung vom 15. Juni 2018) können folgende psychiatrische Diagnosen entnommen werden: «Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41); mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11)». Der aktuelle Befund zeige ein depressives Zustandsbild, welches sich als mittelgradig einstufen lasse (gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Antriebsminderung, Verminderung der Konzentration und Aufmerksamkeit, Gefühle der Wertlosigkeit, pessimistische Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen, Gedankendrehen). Dazu bestehe ein somatisches Syndrom mit v.a. psychomotorischer Verlangsamung. Verglichen mit den Untersuchungsbefunden von Dr. med. M.____ im C.____-Gutachten vom 9. September 2003 sei das Zustandsbild in seiner Ausgestaltung weitgehend unverändert, habe sich aber in der Zwischenzeit leicht verschlimmert, sodass aktuell von einer mittelgradigen depressiven Episode gesprochen werden müsse. Das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung müsse auch aktuell bestätigt werden. An dieser Diagnose habe sich in den vergangenen Jahren nichts geändert. Der Explorand sei in seinem Denken fixiert auf seine somatischen Beschwerden, leide an diesen und sei überzeugt, sie nicht überwinden zu können. Insgesamt überschneiden sich die Beschwerdebilder der Depression und der somatoformen Störung, indem ein Anteil der depressiven Symptomatik durch die somatoformen Beschwerden larviert (maskiert) werde.

Die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters lautete dahingehend, seine aktuelle psychiatrische Untersuchung vom 15. Juni 2018 habe im Vergleich zur psychiatrischen Vorbegutachtung durch Dr. med. M.____ ebenfalls weitgehend stationäre Befunde ergeben. Einzig der Schweregrad der depressiven Episode habe sich etwas erhöht, sodass aktuell von

einer mittelgradigen depressiven Episode gesprochen werden müsse (Dr. med. M.____ 2003: leichte bis mittelschwere depressive Episode). Somatischerseits werde das Lumbovertebralsyndrom wie erwähnt als therapieresistent und chronifiziert beschrieben, dieselbe Einschätzung gelte auch für die psychiatrischen Affektionen (depressive Episode, anhaltende somatoforme Schmerzstörung). Obwohl seither keine vertiefte psychiatrische Behandlung erfolgt sei, könne nach nun mehr als 20jährigem Verlauf und bei weiterhin fehlender Introspektionsfähigkeit und Fixierung auf «das Somatische» von psychiatrisch-psychotherapeutischen Massnahmen keine Verbesserung mehr erwartet werden. Der vom Hausarzt initiierte Einsatz von Duloxetin (Cymbalta) sei bei der vorliegenden psychosomatischen Affektion sicher richtig und diene der Stabilisierung. Die Dosierung könne allenfalls erhöht werden, eine wesentliche und anhaltende Verbesserung sei aber durch diese Medikation nicht mehr zu erwarten. Eingliederungsmassnahmen machten aus psychiatrischer Sicht keinen Sinn, da diese ■ wie allen früheren Massnahmen ■ nur zur subjektiven Beschwerdeexazerbation führen würden. Aus psychiatrischer Sicht seien die Angaben im Rahmen der diagnostizierten psychiatrischen Affektionen konsistent und plausibel. Hinweise für Aggravation oder Simulation hätten sich nicht ergeben. Obwohl der Explorand über gute intellektuelle Ressourcen und angelesene berufliche Fähigkeiten verfüge, schränkten die depressive Symptomatik, die eingetretene Chronifizierung und das dysfunktionale Krankheitsmodell des Exploranden die Verwertung der gemäss somatischer Beurteilung bestehenden Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer dem Rückenleiden angepassten Tätigkeit ein.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde dargelegt, der Explorand sei aus somatischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit als Maurer / Polier arbeitsunfähig, weshalb eine Beurteilung aus psychiatrischer Sicht entfalle. In einer dem Rückenleiden angepassten Verweistätigkeit sei der Explorand somatisch zu 100 % arbeitsfähig. Die mittelgradige depressive Episode und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung schränkten die Arbeitsfähigkeit in einer solchen angepassten Tätigkeit zu etwa 50 % ein. Bezüglich der depressiven Symptomatik habe sich eine leichte Verschlechterung ergeben, sodass aktuell eine mittelgradige depressive Episode vorliege. Die Veränderung dürfte sich schleichend über die Jahre ergeben haben, ein fixer Zeitpunkt lasse sich nicht bestimmen. Der Ausprägungsgrad «mittelgradig» sei aber spätestens ab Einreichung des Revisionsgesuches im Jahr 2016 erreicht worden. Die Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit habe leicht zugenommen und betrage aus psychiatrischer Sicht 50 % (IV-Nr. 105).

6.6 RAD-Ärztin Dr. med. Q.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 4. Dezember 2018 im Wesentlichen fest, das Gutachten von Dr. med. I.____ sei schlüssig und nachvollziehbar. Der Gesundheitszustand habe sich leicht verschlechtert, indem aktuell eine mittelgradige depressive Episode bestehe gegenüber einer leicht bis mittelschweren Episode gemäss dem C.____-Gutachten aus dem Jahr 2003. Diese Verschlimmerung führe zu einer Zunahme der Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Diese Zunahme sei mit 10 % zu veranschlagen, sodass die Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus psychischen Gründen aktuell auf 50 % geschätzt werden müsse. Die Veränderung dürfte sich schleichend über die Jahre ergeben haben, ein fixer Zeitpunkt lasse sich nicht bestimmen. Der Ausprägungsgrad «mittelgradig» sei aber spätestens ab Einreichung des Revisionsgesuches 2016 erreicht worden (IV-Nr. 108).

6.7 Vom 13. bis 17. Dezember 2018 war der Beschwerdeführer im H.____ hospitalisiert. Die Hauptdiagnose lautete auf «Unklare, subakute Belastungsdyspnoe DD bei Belastungshypertonie, DD Dekonditionierung». Als Nebendiagnosen wurden ein Aneurysma Aorta ascendens und ein chronisch lumbospondylogenes Syndrom angegeben. Zur Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, Hinweise für eine obstruktive Pneumopathie hätten sich nicht ergeben. Die Dyspnoe sei aktuell am ehesten im Rahmen einer diastolischen Belastungshypertonie und Dekonditionierung gewertet worden. Der Patient habe am 17. Dezember 2018 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (Bericht vom 17. Dezember 2018, IV-Nr. 111 S. 12 ff.).

6.8 Der Hausarzt Dr. med. L.____ hielt in seinem ärztlichen Attest vom 28. Januar 2019 fest, der Beschwerdeführer stehe seit dem 20. November 2018 wegen neu aufgetretener Herz-Kreislauf-Beschwerden (hoher Blutdruck, Aortenaneurysma) und einer Atemstörung in spezialärztlicher Abklärung. Diese neue Symptomatik dürfte die Arbeitsfähigkeit des Patienten weiter einschränken. Entsprechende Abklärungen seien im Gange (IV-Nr. 111 S. 10).

6.9 RAD-Ärztin Dr. med. Q.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 19. Februar 2019 fest, an der Ablehnung der Rentenerhöhung könne aus medizinischer Sicht nicht festgehalten werden. Es seien neue cardiopulmonale Diagnosen erwähnt worden, die vorab für die Arbeitsunfähigkeit nicht relevant gewesen seien. Es sei daher eine neue polydisziplinäre Begutachtung durchführen zu lassen (IV-Nr. 113 S. 2).

6.10 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten interdisziplinären (allgemein-internistischen, neurologischen, rheumatologischen und psychiatrischen) MEDAS-Gutachten der J.____ vom 4. Juli 2019 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 22. Mai 2019 durch Dr. med. R.____, Facharzt FMH für Neurologie, und am 29. Mai 2019 durch Dr. med. S.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin (Fallführung), Dr. med. T.____, Fachärztin für Rheumatologie, und Dr. med. U.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht und begutachtet wurde. Die im Rahmen der Konsensbeurteilung gestellten relevanten Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) lauteten wie folgt: «Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (ICD-10 M54.5), myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen, klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik, radio-logisch und kernspintomographisch Osteochondrose L5/S1 (RX 05/19, MRI 11/16)». Die weiteren Diagnosen (1. Undifferenzierte Somatisierungsstörung [ICD-10 F45.1]; 2. Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom [ICD-10 M53.1], Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur, klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik; 3. Adipositas, BMI 34 kg/m²[ICD-10 E66.8]; 4. Arterielle Hypertonie [ICD-10 I10], 5. Hyperlipidämie [ICD-10 E78.0]; 6. Aneurysma der Aorta ascendens [ICD-10 I71.2] gemäss Unterlagen; 7. Anamnestisch, unklare subjektive Dyspnoe [ICD-10 R06.0], unauffällige klinische Befunde, DD funktionell, bei Adipositas, bei Dekonditionierung) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Die interdisziplinäre medizinische Beurteilung lautete dahingehend, aus rheumatologischer Sicht beeinflusse das chronisch lumbospondylogene Schmerzsyndrom die Arbeitsfähigkeit des Exploranden. In der angestammten Tätigkeit als Maurer könne aufgrund der objektivierbaren Befunde weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne

Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen, bestehe hingegen aus rheumatologischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Weder aus neurologischer noch aus allgemeininternistischer Sicht könne eine weitere somatische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Auch die psychiatrische Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung schränke die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht relevant ein. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maurer festgestellt werden. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Bis auf eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule stünden dem Exploranden sämtliche Fähigkeiten und Ressourcen zur Verfügung, die zur Ausübung einer adaptierten Tätigkeit erforderlich seien. Die Konsistenzprüfung lautete dahingehend, für die von Seiten des Bewegungsapparates her geklagten Schmerzen und Funktionseinschränkungen finde sich nur zum Teil ein entsprechendes morphologisches Korrelat. Die gesamte Untersuchung sei geprägt durch ausgeprägte Inkonsistenzen und ein demonstratives Schmerzverhalten, das in deutlichem Gegensatz zu den objektivierbaren Befunden stehe. Die geschilderten Atembeschwerden könnten aufgrund der früheren kardiopulmonalen Untersuchungen und der aktuellen klinischen Befunde nicht nachvollzogen werden. Der Explorand fahre selbst kurze Strecken Auto, was gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsschwächen spreche. Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, die Arbeitsunfähigkeit als Maurer bestehe seit vielen Jahren. Bei einer angepassten Tätigkeit müsste es sich um eine leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen handeln. Eine solche Tätigkeit wäre 8 bis 8.5 Stunden pro Tag zuzumuten. Dabei bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Zum zeitlichen Verlauf wurde dargelegt, bei nicht mehr vorliegender depressiver Störung, was sich aufgrund der Akten nicht zurückdatieren lasse, sei die aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sicher spätestens ab Mai 2019 zu bestätigen. Die Gesamtarbeitsfähigkeit begründe sich durch die rheumatologische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Da keine quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten bestünden, ergebe sich keine Diskussion hinsichtlich additivem oder ergänzendem Effekt von Einschränkungen. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnten keine vorgeschlagen werden. Beruflichen Massnahmen seien aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung kaum durchführbar und könnten deshalb nicht empfohlen werden. Die fallspezifischen Fragen wurden dahingehend beantwortet, aus somatischer Sicht finde sich keine Veränderung des Gesundheitszustandes. Aus psychiatrischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand verbessert, eine depressive Störung sei nicht mehr nachweisbar. Die Veränderung sei seit mindestens der aktuellen Untersuchung anzunehmen. In angepasster Tätigkeit bestehe ab Mai 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-Nr. 123.1).

6.11 RAD-Ärztin Dr. med. Q.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 13. August 2019 fest, in der angestammten Tätigkeit bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit sei der Versicherte dagegen ab Mai 2019 zu 100 % arbeitsfähig (IV-Nr. 126).

6.12 Im Bericht des K.____, Klinik für Kardiologie, vom 30. August 2019 über die gleichentags durchgeführte ambulante Herzkatheteruntersuchung wurden eine formal koronare Eingefässerkrankung sowie ein Aneurysma der Aorta ascendens diagnostiziert.

Zur Indikation wurde angegeben, es bestehe der Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit (IV-Nr. 130 S. 5 ff.).

6.13 Aus dem Bericht der V.____ vom 19. September 2019 gehen die Diagnosen einer «Dyspnoe unklarer Ätiologie» sowie eines «Aneurysma der Aorta ascendens» hervor. Es wurde dargelegt, es habe wie geplant eine Links- und Rechtsherzkatheteruntersuchung zur definitiven kardiologischen Klärung der Beschwerden des Patienten stattgefunden. Eine erklärende oder prognostisch relevante koronare Kardiopathie finde sich nicht. Die distale Stenose im RIVA-Gebiet sei prognostisch nicht relevant und die Klinik nicht erklärend. Sie sei somit auch nicht angegangen worden. Diesbezüglich empfehle sich Aspirin (ASS) zur bereits eingeleiteten Statin-Therapie. Auch in der Rechtsherzkatheteruntersuchung hätten sich normale Sättigungen, Widerstände und Druckgradienten gefunden. Somit sei eine kardiale Ursache der auffälligen Klinik definitiv ausgeschlossen (IV-Nr. 130 S. 2 ff.).

6.14 RAD-Ärztin Dr. med. Q.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 12. November 2019 fest, der Wegfall der Depression begründe in der Zusammenschau mit der aktuellen Gesamtsituation eine Verbesserung der medizinischen Situation. Trotz der neuen medizinischen Unterlagen könne am Gutachten festgehalten werden. Der nachgereichte Bericht von Dr. med. L.____ vom 25. Juli 2019 (vgl. IV-Nr. 130 S. 8) bestätige die RAD-Beurteilung vom 13. August 2019, nämlich, dass der Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Maurer zu 100 % arbeitsunfähig sei. Die RAD-Beurteilung vom 13. August 2019 sowie die gutachterliche Beurteilung vom 19. Juli 2019 (100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, 100 % Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit: leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen) werde zudem durch die weiteren vom Rechtsvertreter eingereichten Unterlagen bestätigt, worin sich am 24. Januar 2019 in der Stressechokardiographie keine Hinweise für eine Koronarischämie (Minderversorgung des Herzens mit Blut) ergeben hätten und in der aktuellen Koronarangiographie vom 30. August 2019 neben der bekannten Sklerose und grenzwertigen Stenosen «normale Sättigungen, Widerstände und Druckgradienten im grossen und kleinen Kreislauf» festgestellt worden seien. Ebenfalls bestätigt worden seien die Beurteilungen des RAD und der Gutachter durch den aktuellen Bericht der V.____ vom 19. September 2019, wonach eine erklärende oder prognostisch relevante Kardiopathie sich nicht finden lasse. Zusammengefasst bestätigten alle nachträglich eingereichten medizinischen Befunde die bereits erfolgten Beurteilungen. Eine Verbesserung der medizinischen Situation sei somit gegeben. Es bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Verweistätigkeit (IV-Nr. 132 S. 2 f.).

6.15 Im Sprechstundenbericht des H.____, Angiologie, vom 21. Januar 2020 wurden die Hauptdiagnosen «1. Chronisch venöse Insuffizienz beidseits Stadium C3» und «2. Dyspnoe unklarer Ätiologie» und «3. Aneurysma der Aorta ascendens» gestellt. Zur Anamnese wurde dargelegt, der Patient stelle sich aktuell in der angiologischen Sprechstunde zwecks Beurteilung der Durchblutungssituation der unteren Extremitäten sowie weiteren Abklärungen wegen eines leichten Ödems am Unterschenkel vor. Der Patient berichte über eine allgemeine Leistungsreduktion, beim Gehen bekomme er schnell Atemnot, sodass er stehen bleiben müsse. Zudem klage er über Schmerzen im Bereich der unteren Extremitäten beidseits beim Gehen mit gleichzeitig auftretender Schwellung. Die Beurteilung lautete wie folgt: Beim Patienten zeigten sich keine Hinweise auf eine peripher arterielle Verschlusskrankheit bei vollständig palpablen peripheren Pulsen der unteren Extremitäten

beidseits sowie normalem Oszillogramm und normaler Ruheperfusion.

Duplexsonographisch finde sich das Bild einer chronisch venösen Insuffizienz mit Stammvarikose der V. saphena parva im Stadium Hach III rechts sowie mit Stammvarikose der V. saphena magna im Stadium Hach IV links. Therapeutisch wäre beim Patienten zwar beidseits eine Intervention im Sinne einer endovenösen Thermoablation der genannten Venen möglich, aufgrund der aktuellen Beschwerden des Patienten mit Dyspnoe und Hyperventilation erscheine eine solche Intervention im Rahmen eines ambulanten Settings jedoch unrealistisch. Es werde primär das Tragen von Kompressionstrümpfen der Klasse 2 knielang beidseits zur Linderung der abendlichen Ödeme empfohlen, gegebenenfalls müsste der Patient in einem späteren Zeitpunkt nach der Besserung der Dyspnoe- bzw. Hyperventilationsproblematik reevaluiert werden (IV-Nr. 147 S. 83 ff.).

6.16 Dr. med. W.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seiner Beurteilung im Bericht vom 14. Februar 2020 im Wesentlichen fest, er habe den Patienten bereits im August und November 1999 sowie im Dezember 2004 gesehen. Er habe damals die Diagnose einer Anpassungsproblematik mit Somatisierungscharakter (F45.4) gestellt. Nach einer Neubegutachtung im September 2003 habe man den Patienten im Gegensatz zu 1999 auch als apathisch-gehemmt und depressiv beschrieben und ihm im Februar 2004 ein halbe IV-Rente zugesprochen. Schon damals habe er die Indikation zu einer Psychotherapie nicht stellen können. Als Möglichkeit habe er eine Betreuung durch einen albanisch sprechenden Psychiater oder einen stationären psychiatrischen Rehabilitationsversuch vorgeschlagen. Die Situation habe sich seither nur noch mehr chronifiziert. Der Patient sei weiterhin davon überzeugt, dass ihm Unrecht widerfahre. Durch den Alterungsprozess in den letzten 20 Jahren sei sein Gesundheitszustand insgesamt sicher schlechter geworden. So sei es für den Patienten nicht nachvollziehbar, wie sein Invaliditätsgrad von 50 % auf 2 % habe sinken können. Er könne dem Patienten leider keine Hilfe anbieten (IV-Nr. 147 S. 77 ff.).

6.17 Im Bericht des H.____, Klinik für Kardiologie, vom 6. Mai 2020 wurden folgende Hauptdiagnosen angegeben: «1. Dyspnoe unklarer Ätiologie; 2. Chronisch venöse Insuffizienz beidseits Stadium C3; 3. Aneurysma der Aorta ascendens (max 49 mm); 4. Adipositas WHO Grad II»». Zur Anamnese wurde festgehalten, der Patient berichte, dass er seit ca. 2 Jahren an progredienter Dyspnoe leide, welche sich bei Belastung akzentuiere. Andere Beschwerden, welche er auf das Herz zurückführen könnte, habe er keine, insbesondere keine Thoraxschmerzen, Synkopen oder eine Palpitation. Er berichte über abendlich geschwollene Füße, was durch die Kollegen der Angiologie auf eine chronisch venöse Insuffizienz zurückgeführt worden sei. Der Patient habe einen hohen Leidensdruck. Die Anstrengungsdyspnoe habe dazu geführt, dass er aus der Wohnung im dritten Stock in das Parterre gewechselt habe, um nicht mehr Treppensteigen zu müssen.

Zur Beurteilung wurde angegeben, es sei eine Zuweisung zur Zweitbeurteilung bei persistierender Dyspnoe mit Frage nach einer kardialen Ätiologie erfolgt. Echokardiographisch bestehe weitgehend ein altersentsprechender Normalbefund bis auf das vorbekannte Aneurysma der Aorta ascendens. Auch für seltenere Ursachen von Dyspnoe wie eine infiltrative Kardiopathie oder eine restriktive Perikarditis habe man bei normaler Diastologie echokardiographisch keine Hinweise. Unter moderater Belastung im Liegen liessen sich keine Klappenvitien oder eine pulmonale Hypertonie provozieren bzw. nachweisen. Man sehe damit keinerlei Hinweis auf eine kardiale Genese der Dyspnoe. Differentialdiagnostisch sei an eine chronische, möglicherweise psychogene Hyperventilation zu denken oder an ein Adipositas Hypoventilationssyndrom. Aufgrund der

Dekonditionierung habe man mit dem Patienten die individuelle Physiotherapie zur Verbesserung der Atemmechanik besprochen. Es sei eine Ernährungsberatung zu diskutieren, sofern der Patient zu einer Reduktion des Gewichts bereit sei. Weitergehende kardiologische Abklärungen wie ein Ausschluss einer relevant stenosierenden koronaren Herzkrankheit oder normale pulmonale Druckwerte und Sättigungen seien bereits in der Rechts- / Linksherzkatheteruntersuchung im August 2019 durchgeführt worden. Von der kardiologischen Seite her seien aktuell keine weiteren Abklärungen geplant. Aufgrund des hohen Leidensdrucks sowie der prolongierten Geschichte müsste auch eine psychosomatische Abklärung erwogen werden (IV-Nr. 147 S. 79 ff.).

6.18 Im ärztlichen Attest vom 29. Mai 2020 hielt der Hausarzt Dr. med. L.____ schliesslich fest, sein Patient klage weiterhin über eine starke Anstrengungsdyspnoe. Schon bei wenigen Schritten habe er Atemnot und ein thorakales Engegefühl. Die klinische Untersuchung falle normal aus. Man finde normale Herztöne, kein Herzgeräusch und es bestehe eine vesikuläre Atmung. Aufgrund von rezidivierendem Aufstossen und auch gastralen Schmerzen sei der Patient dem K.____ zugewiesen worden, wo eine weitere gastroenterologische Abklärung des Magens stattfinden werde. Eine Verlaufskontrolle in der V.____ vom 14. April 2020 habe eine stabile kardiale Situation gezeigt. Weiterhin sei eine kardiale Ursache der Dyspnoe auszuschliessen. Zudem beschreibe der Patient gegen Abend eine Schwellung beider Knöchel. Er habe auf der Angiologie im H.____ eine mögliche Intervention der unteren Extremitäten im Sinne einer endovenösen Thermoablation besprochen. Von einer Intervention sei vorerst abgesehen worden. Zudem beschreibe der Patient rezidivierende, lumbale Schmerzen (IV-Nr. 147 S. 86).

E. 3.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 3.2 Anlass zur Rentenrevision 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 Gesundheitszustandes 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). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). 3.3 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.; 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.). Im vorliegenden Fall veranlasste die Beschwerdegegnerin im Sinne des rechtskräftigen Urteils des Versicherungsgerichts vom 31. Oktober 2002 eine polydisziplinäre Begutachtung im C.____ und sprach dem Beschwerdeführer gestützt darauf mit rechtskräftiger Verfügung vom 6. April 2004 eine halbe Invalidenrente rückwirkend ab 1. August 2003 zu (IV-Nr. 40 und

46). Demnach ist der aktuelle Sachverhalt mit demjenigen zu vergleichen, wie er der rechtskräftigen Verfügung vom 6. April 2004 zu Grunde lag. Das von der Beschwerdegegnerin im Februar 2006 von Amtes wegen eingeleitete Revisionsverfahren (IV-Nr. 63 ff.) ergab keine rentenrelevante Änderung und kann mangels umfassender Überprüfung der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse mit Blick auf die Revisionsvoraussetzungen im Sinne Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht als Referenzzeitpunkt herangezogen gezogen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 5 ff.).

3.4 Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV [SR 831.201]) führt eine Verbesserung der Erwerbstätigkeit zu einer Herabsetzung oder Aufhebung der Rente, wenn angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird; die Verbesserung ist in jedem Fall zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV).

4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt 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 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht 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 es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der 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 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

4.3 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). 4.4 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). 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). 5. Im vorliegenden Fall lässt der Beschwerdeführer geltend machen, er sei auch über den 1. Juli 2020 hinaus zu berenten. Sein psychischer Gesundheitszustand habe sich keineswegs verbessert. Es sei im Gegenteil von einer Verschlechterung auszugehen. Aus somatischer Sicht gelte es zu beachten, dass er zudem an einer chronisch venösen Insuffizienz leide. Sodann habe ihn der Hausarzt für weitere gastroenterologische Abklärungen an das K.____ verwiesen (vgl. Beschwerde, S. 5 ff. Ziff. 2). Im Folgenden ist zunächst der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er der rechtskräftigen Verfügung vom 6. April 2004 zu Grunde lag: 5.1 Vom 5. bis 9. August 2002 war der Beschwerdeführer in den E.____, Solothurn, hospitalisiert. Dem Austrittsbericht vom 18. September 2002 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), anhaltendes somatoformes Schmerzsyndrom (ICD-10 F45.4), lumbo-radikuläres Schmerzsyndrom L5/S1 bei beginnenden degenerativen Veränderungen L4/S1». Zu den Einweisungsumständen wurde dargelegt, der Patient sei von seinem Hausarzt Dr. med. L.____ zur Abklärung der chronischen Rückenschmerzen aus psychiatrischer Sicht zugewiesen worden. Im Rahmen der Anamnese wurde angegeben, der Patient sei im Kosovo geboren und mit 3 Brüdern aufgewachsen. Dort habe er die obligatorische Schule und das Gymnasium besucht. Mit 18 Jahren habe er geheiratet und sei Vater von vier Kindern geworden. Der ältere Sohn sei leicht geistig behindert. Mit der

Familie in Kosovo habe er regelmässig telefonischen Kontakt, zwischendurch besuche er sie. Nachdem der Patient in die Schweiz gekommen sei, habe er während 8 Jahren als Maurer im Kanton [...] gearbeitet. Seit ca. 6 Jahren habe er Rückenprobleme und könne seither nicht mehr arbeiten. Bisherige zahlreiche medizinisch-konservative Behandlungen hätten seinen Zustand nicht deutlich verändert. Nach vielfältigen Abklärungen habe man kein somatisches Korrelat für die Rückenschmerzen gefunden. Die Familie lebe von der Sozialhilfe, was eine Belastung für den Patienten darstelle. Sowohl die unklare Prognose seiner Rückenbeschwerden als auch die Ablehnung der IV-Rente belasteten ihn zusätzlich. Die Beurteilung lautete dahingehend, bei der Untersuchung habe der Patient den Anschein gemacht, wegen der Chronifizierung der Rückenschmerzen sehr belastet zu sein. Er sei zu Beginn des Gesprächs sehr aufgeregt gewesen und unterschwellig aggressiv, als er seine Schwierigkeiten beschrieben habe. Im Verlauf habe er sich etwas beruhigt. Er habe unter Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen gelitten. Auffassung und Aufmerksamkeit seien zeitweise vermindert gewesen. Der Patient habe gesagt, dass er sehr viele Gedanken im Kopf habe, die ihn daran hinderten, ein normales Gespräch zu führen. Er habe unter Angst über seine Zukunft gelitten, dass er nicht mehr arbeiten könne; zum Teil habe er auch diffuse panikartige Angstgefühle gehabt. Die Stimmung sei traurig gewesen, es habe zeitweise das Gefühl der Gefühllosigkeit bestanden. Er habe aber auch die Hoffnung gehabt, dass es auch wieder besser gehen könne. Suizidgedanken seien verneint worden. Er sei impulsiv gewesen, habe ein vermindertes Selbstwertgefühl gehabt, gehäuft Schuldgefühle und sei sehr unruhig und ungeduldig gewesen. Subjektiv sei der Schlaf schlecht gewesen, gelegentlich habe er schlaflose Nächte gehabt wegen seiner inneren Unruhe. Der Appetit sei gut gewesen. Körperlich habe er ständig unter Rückenschmerzen gelitten. Der Patient werde sich nach dem Austritt bei seinem Hausarzt zur weiteren Behandlung melden (IV-Nr. 34 S. 4 ff.).

5.2 Im polydisziplinären (allgemein-internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen) C.____-Gutachten vom 9. September 2003 (ambulante Untersuchungen vom 4. bis 8. August 2003) stellte die Kommission für medizinische Begutachtung (Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie, Dr. med. N.____, Facharzt für Innere Medizin, und Dr. med. O.____, Facharzt für Rheumatologie) folgende Hauptdiagnose (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit): «Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung links bei leichter Chondrose der caudalen LWS-Segmente, leichter Discusprotrusion L4/5 links, kleiner paramedianer rechtsgelegener Discushernie L5/S1, ohne Wurzelkompression; Anhaltende somatoforme Schmerzstörung; Leichte bis mittelschwere depressive Episode». Die gestellten Nebendiagnosen (Nikotinabusus, Status nach Knöchelfraktur links 2002) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren wurde dargelegt, der Explorand habe im [...] eine Matur absolviert und anschliessend ein Biologiestudium begonnen. Zwischen 1981 und 1986 sei er als Tourist in die Schweiz gekommen um zu arbeiten, ab 1987 als Saisonnier, seit 1994 mit Bewilligung B. Hier habe er immer als Bauarbeiter in der gleichen Bauunternehmung gearbeitet. Seit Mai 1996 habe er infolge von Rückenbeschwerden nicht mehr gearbeitet, eine berufliche Abklärung im Jahr 1998 sei gescheitert. Vom Mai 2000 bis Mai 2001 sei er im Rahmen eines RAV-Programmes zu 50 % beschäftigt gewesen, wiederum 50 % gearbeitet habe er im Herbst 2001 beim RAV, ein Wiedereingliederungsversuch, der gescheitert sei. Im Januar 1999 sei der Explorand im C.____ begutachtet worden, damals sei er infolge seiner Rückenprobleme als Bauarbeiter als unter einem Drittel arbeitsfähig taxiert worden. Bei den aktuellen Untersuchungen liessen sich im somatischen Bereich keine Veränderungen

gegenüber den Befunden von Januar 1999 konstatieren. Rein somatisch gesehen sei der Explorand nach wie vor als Bauarbeiter unter einem Drittel arbeitsfähig, rückenbelastende Tätigkeiten schwerer Natur seien ihm nicht mehr zumutbar. Neue medizinische Vorschläge im somatischen Bereich könne man nicht machen. Es sei bereits im Jahr 1999 auf ein regelmässiges Krafttraining der Rücken- und Bauchmuskulatur hingewiesen worden. Der Explorand schone sich jedoch. Im psychischen Bereich habe sich der Verdacht einer beginnenden psychosomatischen Entwicklung, der im Jahr 1999 geäussert worden sei, in der Zwischenzeit bestätigt. Es zeige sich aktuell ein Symptomenkomplex, der von seinem Verlauf, von seiner Charakteristik und Ausprägung her diese Diagnose untermauere. Dazu sei der Explorand im Gegensatz zu 1999 aktuell auch apathisch-gehemmt depressiv, sodass im psychiatrischen Teilbereich eine Verschlechterung festgestellt werden müsse. Leider könne man über die Hintergründe dieser psychischen Verschlechterung kaum eine Aussage machen. Es bleibe offen, ob sie eine sekundäre Folge der psychosomatischen Entwicklung sei, über deren Hintergründe man ebenfalls keine Aussagen machen könne, oder eine Folge der sozialen Situation des Exploranden; er sei der Meinung, man glaube ihm seine Beschwerden nicht. Obwohl der Explorand in seiner Heimat die Hochschulreife erreicht und vier Semester studiert habe, habe er einen merkwürdigen Mangel an jeglicher psychischer Introspektionsfähigkeit gezeigt. Auch werde immer wieder beobachtet, dass gerade gutausgebildete Leute nach der Migration besonders Mühe hätten, sich in einer einfachen Tätigkeit zurecht zu finden. Es falle auch auf, dass der Explorand kurze Zeit, nachdem er die Aufenthaltsbewilligung B erhalten habe, seine Rückenbeschwerden bekommen und danach seine Arbeitstätigkeit eingestellt habe. Leider könne man auch über eine mögliche induktive Wirkung der Invalidisierung eines Sohnes des Exploranden sowie dessen Bruder keine verlässlichen Aussagen machen. Insgesamt beurteile man den Exploranden in einer dem Rückenleiden adaptierten Tätigkeit, ohne repetitives Heben schwerer Lasten, ohne Arbeiten in Zwangshaltung und mit regelmässigem Sichbückenmüssen als zu 40 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Berufliche Massnahmen könne man nach deren Scheitern nicht empfehlen. Der Explorand erlebe sich selber als vollständig arbeitsunfähig und er sei wenig motiviert, wieder zu arbeiten. Eine Willensanstrengung zur Überwindung seines psychosomatischen und psychischen Leidens sei ihm aber aus medizinischer Sicht zuzumuten. Er könne im genannten Rahmen ohne jegliche Gefährdung seiner psychischen und physischen Gesundheit arbeitstätig werden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands sei mit der psychischen Dekompensation und psychiatrischen Hospitalisation im August 2002 eingetreten. In einem Schlussgespräch mit dem Exploranden sei dieser wiederum resigniert gewesen und habe gleichzeitig seine Arbeitsunfähigkeit mit Nachdruck betont. Man habe erfahren, dass sein invalider Sohn von zu Hause ausgezogen sei, weil er eine Frau aus dem Kosovo, die demnächst in die Schweiz einreisen werde, geheiratet habe. Der Explorand sei über die Befunde orientiert und es sei ihm mitgeteilt worden, dass sich sein Rückenleiden nicht verändert habe (IV-Nr. 40 S. 16 ff.). 5.3 Gemäss dem MRI der LWS, erstellt vom P.____ vom 14. Juni 2003 liegt beim Patienten eine chronische Lumbalgie bei bekannter Diskopathie L5/S1 vor. Es seien Diskopathien der unteren LWS sowie am lumbosacralen Übergang mit foraminaler Wurzelbeeinträchtigung L5 beidseits und recessalem Wurzelkontakt S1 links festzustellen (IV-Nr. 70 S. 4). 6. Der aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sich demgegenüber wie folgt: 6.1 Gemäss dem Bericht des Hausarztes Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 7. November 2016 steht der Beschwerdeführer wegen lumbalen Rückenschmerzen in hausärztlicher Dauerbetreuung.

Die seit Jahren vorhandenen Schmerzen hätten sich im Verlauf der letzten 12 Monate ausserordentlich verstärkt. Der Patient habe Mühe, längere Gehstrecken zu bewältigen, sodass er sich aktuell höchstens während einer Stunde zu Fuss fortbewegen könne und sich dann hinlegen müsse, obgleich er seine Dauermedikation gesteigert habe. Er schildere verstärkte Schmerzen im linken Bein, insbesondere laterodorsal mit Ausstrahlung bis in die Ferse. Zusätzlich empfinde er in dieser Extremität unter Belastung ein Ameisenlaufen nebst den stechenden Schmerzen. Die bisher durchgeführte Abklärung mittels eines MRI der LWS habe neu eine leichtgradige Bandscheibenprotrusion linksbetont mit kleinem Riss im dorsalen Anulus fibrosus paramedian links sowie auf Höhe L5/S1 eine ausgeprägte Osteochondrose mit nach unten umgeschlagener kleiner Bandscheibenprotrusion mit einem Riss im dorsalen Anulus fibrosus paramedian ergeben. Die oben erwähnten Befunde dürften die seit etwa einem Jahr bestehenden andauernden Veränderungen des Gesundheitszustands des Patienten erklären. Eine neue IV-Begutachtung sei medizinisch indiziert (IV-Nr. 70 S. 2).

6.2 Laut dem MRI der LWS vom 2. November 2016 besteht beim LWK 3/4 eine leichtgradige Bandscheibenprotrusion linksbetont mit einem kleinen Riss im dorsalen Anulus fibrosus paramedian links, ein Wurzelkontakt L4 links im Ursprung sei möglich. Beim LWK 4/5 sei eine zirkuläre linksbetonte Bandscheibenprotrusion mit kleinem Riss im Anulus fibrosus links festzustellen, eine Wurzeltangierung L5 im Ursprung links sei möglich. Beim LWK 5/SWK 1 könne ein stark verschmälerter Zwischenwirbelraum und eine starke Osteochondrose festgestellt werden. Es bestehe eine nach unten umgeschlagene kleine Bandscheibenprotrusion mit einem Riss im dorsalen Anulus fibrosus paramedian, welche teilweise knöchern unterstützt sei. Ein leichtgradiger Kontakt mit der Wurzel S1 links im Ursprung sei nicht ausgeschlossen. Es sei eine Spondylarthrose beidseits festzustellen. Eine Spinalkanalstenose bestehe nicht (Bericht des H.____, Institut für Medizinische Radiologie, vom 4. November 2016, IV-Nr. 70 S. 3).

6.3 Im Hausarztbericht vom 7. März 2017 wurde dargelegt, die degenerativen Veränderungen der LWS hätten sich seit dem letzten MRI-Befund vom 14. Juni 2003 insbesondere auf dem Niveau der 5. Bandscheibe eindeutig verstärkt. Die vom Patienten neu geschilderte Schmerzzunahme sei glaubwürdig und die klinische hausärztliche Untersuchung spreche für eine vertebrogen bedingte Zustandsverschlechterung. Aus hausärztlicher Sicht sei eine neue rheumatologische Begutachtung unabdingbar, um eine allfällige Änderung des Invaliditätsgrads beurteilen zu können (IV-Nr. 80 S. 5).

E. 4

Sub-Eventualiter sei das berechnete Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten (LSE 2016, Tabelle 1, Total Kompetenzniveau 4, Männer) zusätzlich mit einem Leidensabzug von mindestens 20 % zu belegen.

E. 5

Sub-sub-Eventualiter sei die Sache zu medizinischen Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 6

6.1 Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und es sei der unterzeichnende Anwalt als sein unentgeltlicher Vertreter einzusetzen. 6.2 Dem Beschwerdeführer sei eine Nachfrist zur Einreichung der benötigten Unterlagen zu gewähren.

E. 6.4

6.4.1 Dem bidisziplinären (neurologischen, rheumatologischen) Gutachten von Dr. med. G.____, Leitende Ärztin Neurologie, H.____, vom 3. Dezember 2017 und Dr. med. F.____, Facharzt Rheumatologie FMH, vom 5. Dezember 2017 (Untersuchungen vom 24. August und 25. September 2017, Konsensbesprechung vom 4. Dezember 2017) können folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) entnommen werden: «Therapieresistentes, chronifiziertes lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit intermittierender pseudoradikulärer Ausstrahlung links, klinisch keine radikulären Symptome, bei degenerativen LWS-Veränderungen mit Diskushernien LWK3/4 und LWK5/SWK1 ohne Neurokompression sowie Osteochondrosen und deutlicher Minderung des Intervertebralraums LWK5/SWK1, v.a. Symptomausweitung mit diskreter sensibler brachioradialer Hemihypästhesie links». Im Weiteren wurde die Diagnose «Depressive Stimmungslage, DD depressive Episode, aktueller BDI (Beck Depressions Inventar 17 Punkte), aktenanamnestisch somatoforme Schmerzstörung» angegeben. Die übrigen Diagnosen (Nikotinabusus, Adipositas Grad I, Chronifizierte holokranielle Kopfschmerzen, DD chronifizierte Spannungskopfschmerzen) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 94 S. 23). Im Rahmen der Beurteilung aus neurologischer Sicht legte Dr. med. G.____ im Wesentlichen dar, beim Exploranden seien im Jahr 1995 nach knapp 15-jähriger Arbeit als Maurer erstmalig auf konservative Therapie komplett regrediente Lumbalgien aufgetreten. Ohne vorangehendes Trauma hätten sich ab Mai 1996 chronische Lumbalgien entwickelt mit intermittierender Schmerzausstrahlung ins linke Bein, die weder durch physiotherapeutische Massnahmen, Analgetika, intramuskuläre Injektionen oder peridurale Infiltrationen noch durch stationäre rehabilitative Massnahmen nachhaltig positiv zu beeinflussen gewesen seien. Die lumbalen Rückenschmerzen hätten ungeachtet aller erwähnter therapeutischer und reintegrativer Massnahmen de facto zu einer seit 1996 persistierenden Arbeitsunfähigkeit und nach zwei medizinischen Begutachtungen 1998 und 2003 zu einer 50%igen IV-Rente geführt. Die Invalidisierung mit Auswirkungen in Alltag und Beruf habe vorwiegend darauf beruht, dass der Explorand angegeben habe, aufgrund der lumbalen Rückenschmerzen nicht länger als 30 Minuten sitzen oder stehen und maximal 30 bis 45 Minuten gehen zu können. An diesem Umstand habe sich im Vergleich zu den Gutachten von 1998 und 2003 keine relevante Änderung ergeben. Die aktuell erhobenen klinischen Befunde zeigten im Vergleich zu 2003 unverändert eine Klopf- und Druckdolenz der gesamten LWS, Angabe starker lumbaler Schmerzen bei Prüfung des Lasègue ab 30 ° beidseits bei gleichzeitig möglichem Langsitz sowie ein Vermeidungsverhalten betreffend Rumpfbeugung mit konsekutiv deutlich erhöhtem bis de facto nicht beurteilbarem Finger-Boden-Abstand. Nach wie vor gebe es keine Hinweise auf eine radikuläre Pathologie oder auf eine Myelopathie. Vermutlich neu (DD erstmalig beschrieben) zeige sich gegenüber den beiden vorangehenden medizinischen Gutachten eine diffuse Allodynie (starke Überempfindlichkeit) bereits bei feinsten Berührung der paravertebralen Weichteile lumbal beidseits. Zudem finde sich neu eine funktionelle sensible Hemisymptomatik links mit Aussparung des Kopfes. Unverändert zu 1998 und 2003 finde man derzeit Hinweise auf eine mögliche depressive Störung, die an sich und im Kontext mit der Begutachtung auch einer psychiatrischen Mitbeurteilung bedürfe. Im MRI der LWS vom November 2016 zeige sich gegenüber 2003 eine Zunahme der degenerativen Veränderungen mit neu insbesondere deutlicher Minderung des Intervertebralraumes LWK5/SWK1 sowie neu beschriebener diskreter Diskusprotrusion auf Höhe LWK3/4 bei im Übrigen konstanten Befunden. Insbesondere ergäben sich keine

Hinweise auf eine radikuläre Kompression oder auf eine relevante Lumbalkanalstenose. Im bisherigen Krankheitsverlauf sowie in der aktuellen Anamnese und Untersuchung seien einige Diskrepanzen zu erwähnen: Physiotherapeutische und teilweise weitere rehabilitative Massnahmen hätten aufgrund einer Schmerzzunahme – soweit aus den Akten ersichtlich – nicht wie indiziert umgesetzt werden können. Sie hätten, wie alle Arbeitsversuche in rückenadaptierter Tätigkeit, im Rahmen von Reintegrationsmassnahmen zu einer Exazerbation der Rückenschmerzen mit konsekutivem Abbruch und daraus resultierender 100%iger Arbeitsunfähigkeit geführt. Es gebe auch rein klinisch eine Diskrepanz zwischen der Angabe starker lumbaler Schmerzen bei Prüfung des Lasègue ab 30 ° beidseits bei fehlender Äusserung von Schmerzen in der Langsitz-Position (Sitzen mit gestreckten Beinen), eine Diskrepanz zwischen problemlosem Hinsetzen und Sitzen auf dem Stuhl während der Anamnese ohne Angabe von Rückenschmerzen während 25 Minuten, hingegen Angabe starker Schmerzen bei jeglichen Lage- und Positionsveränderungen während der Untersuchung und eine Diskrepanz einerseits zwischen der Beobachtung, dass der Explorand anlässlich der aktuellen Untersuchung 25 Minuten ohne implizite oder explizite Hinweise auf Schmerzen auf dem Stuhl habe sitzen können und angegeben habe, dass er täglich mindestens zweimal eine Stunde spazieren gehe, Autofahren und mit dem Flugzeug in den Kosovo reisen könne, und andererseits der Angabe, dass er im Haushalt keinerlei Tätigkeiten ausüben und nicht arbeiten könne, weil er aufgrund von Rückenschmerzen kaum sitzen oder stehen könne. Schliesslich habe der Explorand aktuell finanzielle Sorgen. Die Allodynie paravertebral beidseits, die sensible Hemisymptomatik links und das teils demonstrative Schmerzverhalten in Diskrepanz zu diskreten objektivierbaren klinischen Befunden seien bei fehlenden Hinweisen auf eine Myelopathie oder auf radikuläre Defizite auf eine wahrscheinliche Symptomausweitung bei chronifizierten lumbovertebralen Schmerzen zu interpretieren (IV-Nr. 94 S. 14 f.).

6.4.2 Dr. med. F.____ hielt im Rahmen seiner Beurteilung aus rheumatologischer Sicht fest, bei der Untersuchung vom 24. August 2017 habe der Explorand über Schmerzen im unteren lumbalen Bereich mit Ausstrahlung links über das Gesäss bis zur Aussenseite des Fusses links geklagt. Die Schmerzen bestünden seit Jahren mit einer Zunahme seit ca. 1 ½ Jahren. Die klinische Untersuchung sei durch Schmerzverhalten bzw. Schonhaltung des Exploranden erschwert gewesen. Die Befunde hätten Hinweise für eine Inkonsistenz, z.B. mit einer Diskrepanz zwischen Funktionsprüfung des Rückens im Sitzen oder im Stehen, die medizinisch-somatisch nicht erklärbar seien, ergeben. Rein somatisch handle es sich um subjektive Rückenschmerzen mit Ausstrahlung links ohne Hinweise für ein radikuläres Reizsyndrom bei nachgewiesenen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule. Die Beurteilung der Funktionseinschränkung der Wirbelsäule werde wegen Schmerz- und Schonverhalten erschwert und sei trotzdem gering. Die Röntgenbilder zeigten keine wesentliche Zunahme der degenerativen Veränderungen gegenüber einer früheren Untersuchung im Jahr 2003. Es gebe auch eine gewisse Diskrepanz zwischen der Selbstbeschreibung der Funktionseinschränkung und den medizinischen Unterlagen. Im Gutachten aus dem Jahr 2003 sei die maximale Gehstrecke mit 30 Minuten vom Exploranden gemeldet worden, aktuell sei er in der Lage, mindestens zweimal täglich eine Stunde spazieren zu gehen, was gegen eine Verschlechterung des Zustandes spreche. Aus rheumatologischer Sicht sei der gesundheitliche Zustand des Exploranden unwesentlich verändert gegenüber dem Jahr 2003 (IV-Nr. 93 S. 7).

6.4.3 Die gemeinsame rheumatologisch-neurologische Beurteilung (gemäss Konsensbesprechung vom 4. Dezember 2017) lautete wie folgt: Beim Exploranden habe sich ausgehend von

leichtgradigen degenerativen Lendenwirbelsäulenveränderungen und einer akuten Lumbago ab 1996 ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit intermittierender pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein entwickelt. Gemäss medizinischen Gutachten von 1998 und 2003 bestünden nur diskrete objektivierbare klinische Befunde und leichtgradige degenerative LWS-Veränderungen. Bei in der aktuellen Untersuchung – bis auf eine diffuse lumbale Allodynie und eine funktionelle sensible brachiocrurale Hemihypästhesie links – stationären objektiven klinischen Befunden, MR-tomographisch leichter Zunahme der degenerativen LWS-Veränderungen ohne Hinweise auf eine Neurokompression und unverändert zu 2003 diskrepanz ausgeprägter funktioneller Beeinträchtigung im Vergleich zu den objektivierbaren Befunden gehe man aktuell im Kontext mit diskrepanz Befunden in der klinischen Untersuchung sowie Diskrepanzen zwischen Anamnese und Verhalten von einer chronifizierten Schmerzproblematik mit Symptomausweitung aus. Eine aktenanamnestisch dokumentierte somatoforme Schmerzstörung müsse zudem aus psychiatrischer Sicht mitbeurteilt werden. Bei seit 20 Jahren chronifiziertem lumbalem Schmerzsyndrom, fixiertem Vermeidungsverhalten und aufgrund desselben gescheiterten, respektive teils frühzeitig abgebrochenen Rehabilitations- und Reintegrationsversuchen bestehe unabhängig von jeglichen weiteren therapeutischen Bemühungen eine schlechte Prognose betreffend berufliche Reintegration. Da sich die objektivierbaren Befunde und der funktionelle Zustand gegenüber 2003 nicht relevant geändert hätten, sei der Explorand in einer rückenadaptierten Tätigkeit aus somatischer, neurologisch-rheumatologischer Sicht arbeitsfähig. Aufgrund des chronifizierten Leidens und der mehrschichtig bedingten Negativressourcen sowie der wahrscheinlichen erwähnten psychiatrischen Komorbidität seien ein Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit und eine berufliche Reintegration mit grosser Wahrscheinlichkeit unrealistisch. Eine psychiatrische Mitbeurteilung sei deshalb auch unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs zu empfehlen (IV-Nr. 94 S. 17). Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde festgehalten, in der bisherigen Tätigkeit als Maurer / Polier betrage die Arbeitsfähigkeit derzeit 0 % unter Berücksichtigung der Tatsache, dass zum aktuellen Zeitpunkt keine Therapie lege artis bestehe. In einer dem Rückenleiden angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit aus rein neurologischer Sicht 100 %; auch aus rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit uneingeschränkt. Aufgrund der im Vordergrund stehenden konfundierenden Faktoren sei zur abschliessenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit eine psychiatrische Mitbeurteilung notwendig. Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der letzten materiellen Prüfung vom 9. September 2003 (C.____-Gutachten) wesentlich verändert habe, wurde dahingehend beantwortet, auf apparativ fassbarer Ebene hätten die degenerativen Veränderungen der LWS zugenommen mit MR-tomographisch im November 2016 insbesondere progredienter Verminderung des Intervertebralraums LWK5/SWK1 und neu leichter Diskusprotrusion auf Höhe LWK3/4 im Vergleich zu 2003, wobei sich keine Neurokompression darstellen lasse. Klinisch seien die objektivierbaren Befunde mit leichtgradiger Einschränkung der Beweglichkeit der LWS im Vergleich zu 2003 stationär. Die neu vorhandene Allodynie paravertebral beidseits im Bereich der gesamten LWS und die sensible Hemihypästhesie links seien im Rahmen einer möglichen und wahrscheinlichen Symptomausweitung zu erklären und entsprächen nicht einer progredienten somatischen Erkrankung. Die resultierenden funktionellen Einschränkungen mit Limitation der Sitz- und Stehdauer auf 30 Minuten seien stationär im Vergleich zum Jahr 2003, die Gehdauer habe sich basierend auf den aktuellen

anamnestischen Angaben sicherlich nicht verschlechtert, sondern von 30 bis 45 Minuten auf 60 Minuten verbessert. Die Folgen dieser Einschränkungen – und ein auf Essen, Spazieren, Liegen, Einkaufen und Lesen beschränkter Tagesablauf mit ausserhalb der Familie wenigen sozialen Kontakten – habe sich gegenüber dem Jahr 2003 nicht verändert. Auch das Spektrum von noch realisierbaren Möglichkeiten wie Autofahren für kurze Strecken oder die jährliche Reise in den [...] per Flugzeug sei unverändert. Bei insgesamt stationären funktionellen Einschränkungen und stationären objektivierbaren klinischen Befunden ändere sich daher nichts an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Vergleich zum Gutachten aus dem Jahr 2003. Aus rheumatologischer Sicht gebe es keine relevante Veränderung seit dem Jahr 2003, weder bezüglich des Gesundheitszustands noch in Bezug auf die Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 93 S. 10 f. und 94 S. 27 f.). 6.5 Dem von der Beschwerdegegnerin zusätzlich veranlassten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. I. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. August 2018 (Untersuchung vom 15. Juni 2018) können folgende psychiatrische Diagnosen entnommen werden: «Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41); mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11)». Der aktuelle Befund zeige ein depressives Zustandsbild, welches sich als mittelgradig einstufen lasse (gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Antriebsminderung, Verminderung der Konzentration und Aufmerksamkeit, Gefühle der Wertlosigkeit, pessimistische Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen, Gedankendrehen). Dazu bestehe ein somatisches Syndrom mit v.a. psychomotorischer Verlangsamung. Verglichen mit den Untersuchungsbefunden von Dr. med. M. ____ im C. ____-Gutachten vom 9. September 2003 sei das Zustandsbild in seiner Ausgestaltung weitgehend unverändert, habe sich aber in der Zwischenzeit leicht verschlimmert, sodass aktuell von einer mittelgradigen depressiven Episode gesprochen werden müsse. Das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung müsse auch aktuell bestätigt werden. An dieser Diagnose habe sich in den vergangenen Jahren nichts geändert. Der Explorand sei in seinem Denken fixiert auf seine somatischen Beschwerden, leide an diesen und sei überzeugt, sie nicht überwinden zu können. Insgesamt überschneiden sich die Beschwerdebilder der Depression und der somatoformen Störung, indem ein Anteil der depressiven Symptomatik durch die somatoformen Beschwerden larviert (maskiert) werde. Die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters lautete dahingehend, seine aktuelle psychiatrische Untersuchung vom 15. Juni 2018 habe im Vergleich zur psychiatrischen Vorbegutachtung durch Dr. med. M. ____ ebenfalls weitgehend stationäre Befunde ergeben. Einzig der Schweregrad der depressiven Episode habe sich etwas erhöht, sodass aktuell von einer mittelgradigen depressiven Episode gesprochen werden müsse (Dr. med. M. ____ 2003: leichte bis mittelschwere depressive Episode). Somatischerseits werde das Lumbovertebralsyndrom wie erwähnt als therapieresistent und chronifiziert beschrieben, dieselbe Einschätzung gelte auch für die psychiatrischen Affektionen (depressive Episode, anhaltende somatoforme Schmerzstörung). Obwohl seither keine vertiefte psychiatrische Behandlung erfolgt sei, könne nach nun mehr als 20jährigem Verlauf und bei weiterhin fehlender Introspektionsfähigkeit und Fixierung auf «das Somatische» von psychiatrisch-psychotherapeutischen Massnahmen keine Verbesserung mehr erwartet werden. Der vom Hausarzt initiierte Einsatz von Duloxetin (Cymbalta) sei bei der vorliegenden psychosomatischen Affektion sicher richtig und diene der Stabilisierung. Die Dosierung könne allenfalls erhöht werden, eine wesentliche und anhaltende Verbesserung

sei aber durch diese Medikation nicht mehr zu erwarten. Eingliederungsmassnahmen machten aus psychiatrischer Sicht keinen Sinn, da diese – wie allen früheren Massnahmen – nur zur subjektiven Beschwerdeexazerbation führen würden. Aus psychiatrischer Sicht seien die Angaben im Rahmen der diagnostizierten psychiatrischen Affektionen konsistent und plausibel. Hinweise für Aggravation oder Simulation hätten sich nicht ergeben. Obwohl der Explorand über gute intellektuelle Ressourcen und angelernte berufliche Fähigkeiten verfüge, schränkten die depressive Symptomatik, die eingetretene Chronifizierung und das dysfunktionale Krankheitsmodell des Exploranden die Verwertung der gemäss somatischer Beurteilung bestehenden Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer dem Rückenleiden angepassten Tätigkeit ein. Zur Arbeitsfähigkeit wurde dargelegt, der Explorand sei aus somatischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit als Maurer / Polier arbeitsunfähig, weshalb eine Beurteilung aus psychiatrischer Sicht entfalle. In einer dem Rückenleiden angepassten Verweistätigkeit sei der Explorand somatisch zu 100 % arbeitsfähig. Die mittelgradige depressive Episode und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung schränkten die Arbeitsfähigkeit in einer solchen angepassten Tätigkeit zu etwa 50 % ein. Bezüglich der depressiven Symptomatik habe sich eine leichte Verschlechterung ergeben, sodass aktuell eine mittelgradige depressive Episode vorliege. Die Veränderung dürfte sich schleichend über die Jahre ergeben haben, ein fixer Zeitpunkt lasse sich nicht bestimmen. Der Ausprägungsgrad «mittelgradig» sei aber spätestens ab Einreichung des Revisionsgesuches im Jahr 2016 erreicht worden. Die Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit habe leicht zugenommen und betrage aus psychiatrischer Sicht 50 % (IV-Nr. 105).

6.6 RAD-Ärztin Dr. med. Q. ____, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 4. Dezember 2018 im Wesentlichen fest, das Gutachten von Dr. med. I. ____, sei schlüssig und nachvollziehbar. Der Gesundheitszustand habe sich leicht verschlechtert, indem aktuell eine mittelgradige depressive Episode bestehe gegenüber einer leicht bis mittelschweren Episode gemäss dem C. ____-Gutachten aus dem Jahr 2003. Diese Verschlimmerung führe zu einer Zunahme der Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Diese Zunahme sei mit 10 % zu veranschlagen, sodass die Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus psychischen Gründen aktuell auf 50 % geschätzt werden müsse. Die Veränderung dürfte sich schleichend über die Jahre ergeben haben, ein fixer Zeitpunkt lasse sich nicht bestimmen. Der Ausprägungsgrad «mittelgradig» sei aber spätestens ab Einreichung des Revisionsgesuches 2016 erreicht worden (IV-Nr. 108).

6.7 Vom 13. bis 17. Dezember 2018 war der Beschwerdeführer im H. ____ hospitalisiert. Die Hauptdiagnose lautete auf «Unklare, subakute Belastungsdyspnoe DD bei Belastungshypertonie, DD Dekonditionierung». Als Nebendiagnosen wurden ein Aneurysma Aorta ascendens und ein chronisch lumbospondylogenes Syndrom angegeben. Zur Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, Hinweise für eine obstruktive Pneumopathie hätten sich nicht ergeben. Die Dyspnoe sei aktuell am ehesten im Rahmen einer diastolischen Belastungshypertonie und Dekonditionierung gewertet worden. Der Patient habe am 17. Dezember 2018 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (Bericht vom 17. Dezember 2018, IV-Nr. 111 S. 12 ff.).

6.8 Der Hausarzt Dr. med. L. ____ hielt in seinem ärztlichen Attest vom 28. Januar 2019 fest, der Beschwerdeführer stehe seit dem 20. November 2018 wegen neu aufgetretener Herz-Kreislauf-Beschwerden (hoher Blutdruck, Aortenaneurysma) und einer Atemstörung in spezialärztlicher Abklärung. Diese neue Symptomatik dürfte die Arbeitsfähigkeit des Patienten weiter einschränken. Entsprechende Abklärungen seien im Gange (IV-Nr. 111 S. 10).

6.9 RAD-Ärztin Dr. med. Q. ____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 19. Februar

2019 fest, an der Ablehnung der Rentenerhöhung könne aus medizinischer Sicht nicht festgehalten werden. Es seien neue cardiopulmonale Diagnosen erwähnt worden, die vorab für die Arbeitsunfähigkeit nicht relevant gewesen seien. Es sei daher eine neue polydisziplinäre Begutachtung durchführen zu lassen (IV-Nr. 113 S. 2). 6.10 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten interdisziplinären (allgemein-internistischen, neurologischen, rheumatologischen und psychiatrischen) MEDAS-Gutachten der J. ____ vom 4. Juli 2019 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dort am 22. Mai 2019 durch Dr. med. R.____, Facharzt FMH für Neurologie, und am 29. Mai 2019 durch Dr. med. S.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin (Fallführung), Dr. med. T.____, Fachärztin für Rheumatologie, und Dr. med. U.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht und begutachtet wurde. Die im Rahmen der Konsensbeurteilung gestellten relevanten Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) lauteten wie folgt: «Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (ICD-10 M54.5), myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen, klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik, radio-logisch und kernspintomographisch Osteochondrose L5/S1 (RX 05/19, MRI 11/16)». Die weiteren Diagnosen (1. Undifferenzierte Somatisierungsstörung [ICD-10 F45.1]; 2. Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom [ICD-10 M53.1], Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur, klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik; 3. Adipositas, BMI 34 kg/m² [ICD-10 E66.8]; 4. Arterielle Hypertonie [ICD-10 I10], 5. Hyperlipidämie [ICD-10 E78.0]; 6. Aneurysma der Aorta ascendens [ICD-10 I71.2] gemäss Unterlagen; 7. Anamnestisch, unklare subjektive Dyspnoe [ICD-10 R06.0], unauffällige klinische Befunde, DD funktionell, bei Adipositas, bei Dekonditionierung) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die interdisziplinäre medizinische Beurteilung lautete dahingehend, aus rheumatologischer Sicht beeinflusse das chronisch lumbospondylogene Schmerzsyndrom die Arbeitsfähigkeit des Exploranden. In der angestammten Tätigkeit als Maurer könne aufgrund der objektivierbaren Befunde weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen, bestehe hingegen aus rheumatologischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Weder aus neurologischer noch aus allgemeininternistischer Sicht könne eine weitere somatische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Auch die psychiatrische Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung schränke die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht relevant ein. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maurer festgestellt werden. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Bis auf eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule stünden dem Exploranden sämtliche Fähigkeiten und Ressourcen zur Verfügung, die zur Ausübung einer adaptierten Tätigkeit erforderlich seien. Die Konsistenzprüfung lautete dahingehend, für die von Seiten des Bewegungsapparates her geklagten Schmerzen und Funktionseinschränkungen finde sich nur zum Teil ein entsprechendes morphologisches Korrelat. Die gesamte Untersuchung sei geprägt durch ausgeprägte Inkonsistenzen und ein demonstratives Schmerzverhalten, das in deutlichem Gegensatz zu den objektivierbaren Befunden stehe. Die geschilderten Atembeschwerden könnten aufgrund der früheren cardiopulmonalen Untersuchungen und der aktuellen klinischen Befunde nicht nachvollzogen werden. Der Explorand fahre selbst kurze Strecken

Auto, was gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsschwächen spreche. Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, die Arbeitsunfähigkeit als Maurer bestehe seit vielen Jahren. Bei einer angepassten Tätigkeit müsste es sich um eine leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen handeln. Eine solche Tätigkeit wäre 8 bis 8.5 Stunden pro Tag zuzumuten. Dabei bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Zum zeitlichen Verlauf wurde dargelegt, bei nicht mehr vorliegender depressiver Störung, was sich aufgrund der Akten nicht zurückdatieren lasse, sei die aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sicher spätestens ab Mai 2019 zu bestätigen. Die Gesamtarbeitsfähigkeit begründe sich durch die rheumatologische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Da keine quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten bestünden, ergebe sich keine Diskussion hinsichtlich additivem oder ergänzendem Effekt von Einschränkungen. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnten keine vorgeschlagen werden. Beruflichen Massnahmen seien aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung kaum durchführbar und könnten deshalb nicht empfohlen werden. Die fallspezifischen Fragen wurden dahingehend beantwortet, aus somatischer Sicht finde sich keine Veränderung des Gesundheitszustandes. Aus psychiatrischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand verbessert, eine depressive Störung sei nicht mehr nachweisbar. Die Veränderung sei seit mindestens der aktuellen Untersuchung anzunehmen. In angepasster Tätigkeit bestehe ab Mai 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-Nr. 123.1).

6.11 RAD-Ärztin Dr. med. Q.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 13. August 2019 fest, in der angestammten Tätigkeit bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit sei der Versicherte dagegen ab Mai 2019 zu 100 % arbeitsfähig (IV-Nr. 126).

6.12 Im Bericht des K.____, Klinik für Kardiologie, vom 30. August 2019 über die gleichentags durchgeführte ambulante Herzkatheteruntersuchung wurden eine formal koronare Eingefässerkrankung sowie ein Aneurysma der Aorta ascendens diagnostiziert. Zur Indikation wurde angegeben, es bestehe der Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit (IV-Nr. 130 S. 5 ff.).

6.13 Aus dem Bericht der V.____ vom 19. September 2019 gehen die Diagnosen einer «Dyspnoe unklarer Ätiologie» sowie eines «Aneurysma der Aorta ascendens» hervor. Es wurde dargelegt, es habe wie geplant eine Links- und Rechtsherzkatheteruntersuchung zur definitiven kardiologischen Klärung der Beschwerden des Patienten stattgefunden. Eine erklärende oder prognostisch relevante koronare Kardiopathie finde sich nicht. Die distale Stenose im RIVA-Gebiet sei prognostisch nicht relevant und die Klinik nicht erklärend. Sie sei somit auch nicht angegangen worden. Diesbezüglich empfehle sich Aspirin (ASS) zur bereits eingeleiteten Statin-Therapie. Auch in der Rechtsherzkatheteruntersuchung hätten sich normale Sättigungen, Widerstände und Druckgradienten gefunden. Somit sei eine kardiale Ursache der auffälligen Klinik definitiv ausgeschlossen (IV-Nr. 130 S. 2 ff.).

6.14 RAD-Ärztin Dr. med. Q.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 12. November 2019 fest, der Wegfall der Depression begründe in der Zusammenschau mit der aktuellen Gesamtsituation eine Verbesserung der medizinischen Situation. Trotz der neuen medizinischen Unterlagen könne am Gutachten festgehalten werden. Der nachgereichte Bericht von Dr. med. L.____ vom 25. Juli 2019 (vgl. IV-Nr. 130 S. 8) bestätige die RAD-Beurteilung vom 13. August 2019, nämlich, dass der Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Maurer zu 100 % arbeitsunfähig sei. Die RAD-Beurteilung vom 13. August 2019 sowie die gutachterliche Beurteilung vom 19. Juli 2019 (100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, 100 % Arbeitsfähigkeit für eine

angepasste Tätigkeit: leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen) werde zudem durch die weiteren vom Rechtsvertreter eingereichten Unterlagen bestätigt, worin sich am 24. Januar 2019 in der Stressechokardiographie keine Hinweise für eine Koronarischämie (Minderversorgung des Herzens mit Blut) ergeben hätten und in der aktuellen Koronarangiographie vom 30. August 2019 neben der bekannten Sklerose und grenzwertigen Stenosen «normale Sättigungen, Widerstände und Druckgradienten im grossen und kleinen Kreislauf» festgestellt worden seien. Ebenfalls bestätigt worden seien die Beurteilungen des RAD und der Gutachter durch den aktuellen Bericht der V. ___ vom 19. September 2019, wonach eine erklärende oder prognostisch relevante Kardiopathie sich nicht finden lasse.

Zusammengefasst bestätigten alle nachträglich eingereichten medizinischen Befunde die bereits erfolgten Beurteilungen. Eine Verbesserung der medizinischen Situation sei somit gegeben. Es bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Verweistätigkeit (IV-Nr. 132 S. 2 f.). 6.15 Im Sprechstundenbericht des H. ___, Angiologie, vom 21. Januar 2020 wurden die Hauptdiagnosen «1. Chronisch venöse Insuffizienz beidseits Stadium C3» und «2. Dyspnoe unklarer Ätiologie» und «3. Aneurysma der Aorta ascendens» gestellt. Zur Anamnese wurde dargelegt, der Patient stelle sich aktuell in der angiologischen Sprechstunde zwecks Beurteilung der Durchblutungssituation der unteren Extremitäten sowie weiteren Abklärungen wegen eines leichten Ödems am Unterschenkel vor. Der Patient berichte über eine allgemeine Leistungsreduktion, beim Gehen bekomme er schnell Atemnot, sodass er stehen bleiben müsse. Zudem klage er über Schmerzen im Bereich der unteren Extremitäten beidseits beim Gehen mit gleichzeitig auftretender Schwellung. Die Beurteilung lautete wie folgt: Beim Patienten zeigten sich keine Hinweise auf eine peripher arterielle Verschlusskrankheit bei vollständig palpablen peripheren Pulsen der unteren Extremitäten beidseits sowie normalem Oszillogramm und normaler Ruheperfusion. Duplexsonographisch finde sich das Bild einer chronisch venösen Insuffizienz mit Stammvarikose der V. saphena parva im Stadium Hach III rechts sowie mit Stammvarikose der V. saphena magna im Stadium Hach IV links. Therapeutisch wäre beim Patienten zwar beidseits eine Intervention im Sinne einer endovenösen Thermoablation der genannten Venen möglich, aufgrund der aktuellen Beschwerden des Patienten mit Dyspnoe und Hyperventilation erscheine eine solche Intervention im Rahmen eines ambulanten Settings jedoch unrealistisch. Es werde primär das Tragen von Kompressionstrümpfen der Klasse 2 knielang beidseits zur Linderung der abendlichen Ödeme empfohlen, gegebenenfalls müsste der Patient in einem späteren Zeitpunkt nach der Besserung der Dyspnoe- bzw. Hyperventilationsproblematik reevaluiert werden (IV-Nr. 147 S. 83 ff.). 6.16 Dr. med. W. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seiner Beurteilung im Bericht vom 14. Februar 2020 im Wesentlichen fest, er habe den Patienten bereits im August und November 1999 sowie im Dezember 2004 gesehen. Er habe damals die Diagnose einer Anpassungsproblematik mit Somatisierungscharakter (F45.4) gestellt. Nach einer Neubegutachtung im September 2003 habe man den Patienten im Gegensatz zu 1999 auch als apathisch-gehemmt und depressiv beschrieben und ihm im Februar 2004 ein halbe IV-Rente zugesprochen. Schon damals habe er die Indikation zu einer Psychotherapie nicht stellen können. Als Möglichkeit habe er eine Betreuung durch einen albanisch sprechenden Psychiater oder einen stationären psychiatrischen Rehabilitationsversuch vorgeschlagen. Die Situation habe sich seither nur noch mehr chronifiziert. Der Patient sei weiterhin davon überzeugt, dass ihm Unrecht widerfahre. Durch den Alterungsprozess in den letzten 20 Jahren sei sein

Gesundheitszustand insgesamt sicher schlechter geworden. So sei es für den Patienten nicht nachvollziehbar, wie sein Invaliditätsgrad von 50 % auf 2 % habe sinken können. Er könne dem Patienten leider keine Hilfe anbieten (IV-Nr. 147 S. 77 ff.). 6.17 Im Bericht des H.____, Klinik für Kardiologie, vom 6. Mai 2020 wurden folgende Hauptdiagnosen angegeben: «1. Dyspnoe unklarer Ätiologie; 2. Chronisch venöse Insuffizienz beidseits Stadium C3; 3. Aneurysma der Aorta ascendens (max 49 mm); 4. Adipositas WHO Grad II»». Zur Anamnese wurde festgehalten, der Patient berichte, dass er seit ca. 2 Jahren an progredienter Dyspnoe leide, welche sich bei Belastung akzentuiere. Andere Beschwerden, welche er auf das Herz zurückführen könnte, habe er keine, insbesondere keine Thoraxschmerzen, Synkopen oder eine Palpitation. Er berichte über abendlich geschwollene Füße, was durch die Kollegen der Angiologie auf eine chronisch venöse Insuffizienz zurückgeführt worden sei. Der Patient habe einen hohen Leidensdruck. Die Anstrengungsdyspnoe habe dazu geführt, dass er aus der Wohnung im dritten Stock in das Parterre gewechselt habe, um nicht mehr Treppensteigen zu müssen. Zur Beurteilung wurde angegeben, es sei eine Zuweisung zur Zweitbeurteilung bei persistierender Dyspnoe mit Frage nach einer kardialen Ätiologie erfolgt. Echokardiographisch bestehe weitgehend ein altersentsprechender Normalbefund bis auf das vorbekannte Aneurysma der Aorta ascendens. Auch für seltenere Ursachen von Dyspnoe wie eine infiltrative Kardiopathie oder eine konstriktive Perikarditis habe man bei normaler Diastologie echokardiographisch keine Hinweise. Unter moderater Belastung im Liegen liessen sich keine Klappenvitien oder eine pulmonale Hypertonie provozieren bzw. nachweisen. Man sehe damit keinerlei Hinweis auf eine kardiale Genese der Dyspnoe. Differentialdiagnostisch sei an eine chronische, möglicherweise psychogene Hyperventilation zu denken oder an ein Adipositas Hypoventilationssyndrom. Aufgrund der Dekonditionierung habe man mit dem Patienten die individuelle Physiotherapie zur Verbesserung der Atemmechanik besprochen. Es sei eine Ernährungsberatung zu diskutieren, sofern der Patient zu einer Reduktion des Gewichts bereit sei. Weitergehende kardiologische Abklärungen wie ein Ausschluss einer relevant stenosierenden koronaren Herzkrankheit oder normale pulmonale Druckwerte und Sättigungen seien bereits in der Rechts- / Linksherzkatheteruntersuchung im August 2019 durchgeführt worden. Von der kardiologischen Seite her seien aktuell keine weiteren Abklärungen geplant. Aufgrund des hohen Leidensdrucks sowie der prolongierten Geschichte müsste auch eine psychosomatische Abklärung erwogen werden (IV-Nr. 147 S. 79 ff.). 6.18 Im ärztlichen Attest vom 29. Mai 2020 hielt der Hausarzt Dr. med. L.____ schliesslich fest, sein Patient klage weiterhin über eine starke Anstrengungsdyspnoe. Schon bei wenigen Schritten habe er Atemnot und ein thorakales Engegefühl. Die klinische Untersuchung falle normal aus. Man finde normale Herztöne, kein Herzgeräusch und es bestehe eine vesikuläre Atmung. Aufgrund von rezidivierendem Aufstossen und auch gastralen Schmerzen sei der Patient dem K.____ zugewiesen worden, wo eine weitere gastroenterologische Abklärung des Magens stattfinden werde. Eine Verlaufskontrolle in der V.____ vom 14. April 2020 habe eine stabile kardiale Situation gezeigt. Weiterhin sei eine kardiale Ursache der Dyspnoe auszuschliessen. Zudem beschreibe der Patient gegen Abend eine Schwellung beider Knöchel. Er habe auf der Angiologie im H.____ eine mögliche Intervention der unteren Extremitäten im Sinne einer endovenösen Thermoablation besprochen. Von einer Intervention sei vorerst abgesehen worden. Zudem beschreibe der Patient rezidivierende, lumbale Schmerzen (IV-Nr. 147 S. 86).

7.1 Die Beschwerdegegnerin hob mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 20. Mai 2020 die dem Beschwerdeführer bisher gewährte halbe Invalidenrente auf Ende Juni 2020 im Wesentlichen mit der Begründung auf, gemäss dem Gutachten der J.____ vom 4. Juli 2019 sowie der neuen kardiologischen Berichte habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht nicht verändert. Aus psychiatrischer Sicht habe sich die gesundheitliche Situation verbessert, da keine depressive Störung mehr habe nachgewiesen werden können. Aus kardiologischer Sicht gebe es keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die angestammte Tätigkeit als Maurer / Vorarbeiter könne dem Beschwerdeführer nicht mehr zugemutet werden. Eine angepasste Verweistätigkeit sei ihm jedoch zu 100 % zuzumuten. Der neu errechnete Invaliditätsgrad betrage 2 %. Somit werde die halbe Rente aufgehoben (IV-Nr. 141; A.S. 1 ff.).

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, er sei über den 30. Juni 2020 hinaus weiter zu berenten. Dies begründet er im Wesentlichen damit, sein psychischer Gesundheitszustand habe sich keineswegs verbessert. Dem Bericht von Dr. med. W.____ vom 14. Februar 2020 sei zu entnehmen, dass sich die Situation noch mehr chronifiziert habe. Es sei daher von einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands auszugehen. Auch der Sprechstundenbericht des H.____ vom 6. Mai 2020 attestiere dem Beschwerdeführer psychische Beeinträchtigungen und einen hohen Leidensdruck, sodass weitere psychosomatische Abklärungen zu erwägen seien. Im Weiteren gehe aus dem Sprechstundenbericht des H.____, Angiologie, vom 21. Januar 2020 hervor, dass der Beschwerdeführer zusätzlich zu den bekannten Beschwerden an einer chronisch venösen Insuffizienz leide. Diese führe zu einer Schwellung der Beine beim Gehen oder Stehen und verursache Schmerzen. Gehen oder längeres Stehen seien ihm daher nicht zumutbar. Auf eine Intervention aufgrund der Dyspnoe sei vorerst verzichtet worden. Der Hausarzt, Dr. med. L.____, habe den Beschwerdeführer für weitere gastroenterologische Abklärungen an das K.____ verwiesen; ein entsprechender Untersuchungsbericht werde nachgereicht. Es sei davon auszugehen, dass sich sein Gesundheitszustand auch aus somatischer Sicht verschlechtert habe (vgl. Beschwerde, S. 5 ff., Ziff. II. 2).

7.2 Zunächst ist festzuhalten, dass das von der Beschwerdegegnerin am 21. Februar 2019 veranlasste interdisziplinäre (allgemein-internistische, rheumatologische, neurologische und psychiatrische) MEDAS-Gutachten der J.____ vom 4. Juli 2019 (IV-Nr. 123) in Kenntnis der Vorakten erstellt wurde und auf allseitigen fachärztlichen Untersuchungen vom 22. und 29. Mai 2019 beruht. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden durch die Gutachter berücksichtigt und in ihre Beurteilung einbezogen. Die Expertise konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurde ■ soweit möglich ■ Stellung genommen. Schliesslich wird eine Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung aller involvierten Disziplinen vorgenommen und am Schluss werden die gestellten Fragen beantwortet. Sowohl das Gesamt- als auch die Teilgutachten tragen die Unterschriften der beteiligten Teilgutachter. Inhaltlich gelangen diese und das Gesamtgutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das MEDAS-Gutachten der J.____ wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht.

7.3 Im Weiteren ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin ■ nachdem sie bereits Begutachtungen bei den Dres. med. G.____, F.____ und I.____ veranlasst hatte ■ berechtigt war, eine weitere (interdisziplinäre) Begutachtung bei der J.____ in Auftrag zu geben:

Der Versicherungsträger hat den rechtserheblichen Sachverhalt nach den allgemeinen Regeln des Sozialversicherungsrechts abzuklären. Er ist laut dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG statuierten Untersuchungsgrundsatz verpflichtet, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Die Verfahrensleitung liegt dabei beim Versicherungsträger, dessen Ermessensspielraum in Bezug auf Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen gross ist. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann. Die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs von Amtes wegen durchzuführenden Abklärungen im Sinne von Art. 43 ATSG beinhalten indessen rechtsprechungsgemäss nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine «second opinion» zu dem bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn dieser nicht seinen Vorstellungen entspricht. Entscheidend für die Frage, ob weitere Abklärungen angeordnet werden können und müssen, ist, inwieweit die bereits vorliegenden Gutachten die praxismässigen inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen erfüllen (Urteile des Bundesgerichts 9C_57/2019 vom 7. März 2019 E. 3.2 und U 571/06 vom 29. Mai 2007 E. 4.2, je mit Hinweisen; Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., 2020, Art. 44 S. 833 N. 81; Susanne Bollinger, AHVG/IVG-Kommentar, 2018, Nr. 3 ATSG Art. 43, S. 592 Rz. 10, je mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall liess der Beschwerdeführer nach Erlass des Vorbescheids vom 14. Dezember 2018, worin keine Erhöhung der bisher gewährten halben Invalidenrente in Aussicht gestellt worden war (IV-Nr. 109 S. 2 ff.), mit dagegen gerichtetem Einwand vom 18. Februar 2018 der Beschwerdegegnerin einen Bericht des Hausarztes Dr. med. L.____ vom 28. Januar 2019, eine Verordnung zur Physiotherapie sowie den Austrittsbericht des H.____ vom 17. Dezember 2018 einreichen (IV-Nr. 111; E. II. 6.7 und 6.8 hiervor). Dazu hielt die RAD-Ärztin Dr. med. Q.____ in ihrer Stellungnahme vom 19. Februar 2019 fest, aufgrund der neu eingegangenen medizinischen Unterlagen könne an der Ablehnung des Erhöhungsgesuchs nicht festgehalten werden, da in den Arztberichten neue cardiopulmonale Diagnosen angegeben worden seien, die für die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung bisher nicht relevant gewesen seien. Es gehe um eine neue Belastungsdyspnoe bzw. Herz- / Kreislaufbeschwerden. Es sei eine polydisziplinäre Begutachtung unter Einschluss der Disziplinen «Innere Medizin», «Neurologie», «Rheumatologie» und «Psychiatrie» durchzuführen (IV-Nr. 113; vgl. E. II. 6.9 hiervor). Der RAD-Ärztin ist zuzustimmen, dass die im Austrittsbericht des H.____ vom 17. Dezember 2018 angegebene Hauptdiagnose einer unklaren, subakuten Belastungsdyspnoe sowie die vom Hausarzt erwähnten neu aufgetretenen Herz- / Kreislaufbeschwerden bis dahin nicht fachärztlich beurteilt worden waren und damit noch abzuklären war, ob diese neuen Diagnosen die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers allenfalls relevant einschränkten. Gegenstand der vorliegenden bisherigen Abklärungen durch die Gutachter Dr. med. G.____, F.____ und I.____ waren im Wesentlichen das therapieresistente, chronifizierte lumbovertbrale Schmerzsyndrom sowie psychische Beschwerden (allfällige anhaltende somatoforme Schmerzstörung, depressive Episode). Angesichts dieser neuen medizinischen Situation waren weitere medizinische

Abklärungen erforderlich, um beurteilen zu können, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Referenzzeitpunkt allenfalls relevant verschlechtert hatte. Die bereits vorliegenden Gutachten erfüllten die inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen hierfür nicht, da die medizinische Sachlage mit verschiedenen Beschwerdebereichen noch nicht umfassend abgeklärt und damit noch unklar war. Dementsprechend war eine interdisziplinäre Begutachtung mit den erwähnten Disziplinen erforderlich, welche insbesondere auch eine umfassende allgemeininternistische Begutachtung mit einer Würdigung der Auswirkungen der neu geltend gemachten Leiden auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus internistischer und psychiatrischer Sicht umfasst. Eine erneute rheumatologische und neurologische Begutachtung war angesichts der bestehenden degenerativen Veränderungen im Rückenbereich ebenfalls angezeigt. Die von der Beschwerdegegnerin veranlasste interdisziplinäre Begutachtung in der J.____ kann nach dem Gesagten nicht als unzulässige «second opinion» angesehen werden. Dies wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht.

7.4 Zum Einwand des Beschwerdeführers, sein psychischer Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert, sondern verschlechtert (vgl. Beschwerde, S. 6 Ziff. 2.2), ist Folgendes festzuhalten: Der psychiatrische Teilgutachter der J.____, Dr. med. U.____, konnte aufgrund seiner Untersuchungsergebnisse vom 29. Mai 2019 keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihm diagnostizierte «undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)» hat gemäss seinen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Facharzt wies darauf hin, der Beschwerdeführer klage über somatische Beschwerden mit Schmerzen im Bewegungsapparat, die er als ausstrahlend vom Rücken im mittleren Bereich nach unten ins linke Bein beschrieben habe, sowie Schmerzen im Herzbereich mit Atemnot. Da er sich auch in einer somatisch angepassten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig fühle, müsse eine psychische Überlagerung angenommen werden. Diagnostisch handle es sich um eine undifferenzierte Somatisierungsstörung. Im Gegensatz zu einer eigentlichen Somatisierungsstörung seien dabei die somatischen Beschwerden nicht so multipel und wechselnd ausgeprägt. Eine zusätzliche psychiatrische Diagnose könne sonst nicht gestellt werden. Der Experte hielt ausdrücklich fest, der Beschwerdeführer leide nicht unter deutlichen depressiven Verstimmungen und sei nicht suizidal, könne sich durchaus konzentrieren, sein Selbstwert sei erhalten und er leide auch nicht unter Schuldgedanken oder allumfassenden negativen Zukunftsperspektiven. Es bestünden psychosoziale Faktoren, die eine Rolle spielen könnten, vor allem mit einer angespannten finanziellen Situation bei bereits bestehender Abhängigkeit von einer halben IV-Rente. Dr. med. U.____ führte im Weiteren aus, eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bestehe nicht. Der Beschwerdeführer erhalte auch keine psychopharmakologische Medikation; eine solche Behandlung wünsche er sich auch nicht unbedingt und sie sei nicht zwingend notwendig. Der psychiatrische Teilgutachter stellte sodann fest, im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. I.____ vom 7. August 2018 sei zwar eine somatoforme Schmerzstörung neben einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Syndrom bereits aufgeführt und es sei eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer dem Rückenleiden angepassten Verweistätigkeit attestiert worden (vgl. IV-Nr. 105 S. 9 und 12), aktuell könne eine Depression jedoch nicht (mehr) bestätigt werden. Im C.____-Gutachten vom 9. September 2003 sei seitens der Psychiatrie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine leichte bis mittelschwere depressive Episode diagnostiziert und in einer rückenadaptierten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % attestiert worden sei (vgl. IV-Nr. 40 S. 16 ff.). Diese Arbeitsunfähigkeit sei bei den damals

gestellten psychiatrischen Diagnosen jedoch zu hoch eingeschätzt worden und könne rückwirkend beurteilt nicht nachvollzogen werden. Es sei im Verlauf zwar zu einer Besserung der Depression gekommen, es handle sich aber um eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei der heutigen Untersuchung gegenüber der Untersuchung von damals (IV-Nr. 123.4 S. 5 ff.). Dr. med. U.____ stellte schliesslich fest, der Beschwerdeführer verfüge über Ressourcen bezüglich angelernter Arbeit. Er habe in einem körperlich anspruchsvollen Beruf gearbeitet, der ihm aktuell kaum mehr zugemutet werden könne. Er könne es sich aber nicht vorstellen, auch mit Beschwerden in einer körperlich angepassten Tätigkeit zu arbeiten. Er habe Kontakte innerhalb der Familie. Er unternehme Spaziergänge, gehe auch kleinere Sachen selber einkaufen und sei mit den öffentlichen Verkehrsmitteln mobil. Er fahre auch mit dem Auto, wenn auch nur noch kurze Strecken. Ferienreisen in die Heimat nach Kosovo zusammen mit der Ehefrau seien ihm auch möglich. Eine Arbeitsunfähigkeit allein aus psychischen Gründen könne nicht begründet werden. Zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit gab der psychiatrische Teilgutachter schliesslich an, aus psychiatrischer Sicht könne sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer optimal angepassten Verweistätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit spätestens seit der aktuellen Untersuchung ausgegangen werden, seitdem keine depressive Episode mehr festgestellt werden könne und noch im Jahr 2018 eine depressive Episode in den Akten aufgeführt worden sei (IV-Nr. 123.4 S. 7 f.).

Angesichts dieser schlüssigen Abklärungsergebnisse im psychiatrischen Teilgutachten ist davon auszugehen, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers insoweit verbessert hat, als eine depressive Störung spätestens seit der aktuellen Untersuchung vom 29. Mai 2019 nicht mehr besteht. Die an den psychiatrischen Teilgutachter gestellte Frage, ob sich der Gesundheitszustand seit dem Referenzzeitpunkt verbessert habe, wurde von Dr. med. U.____ bejaht; eine depressive Störung sei aktuell nicht mehr manifest (IV-Nr. 123.4 S. 9). Diese Auffassung vertritt auch die RAD-Ärztin Dr. med. Q.____ in ihrer Stellungnahme vom 12. November 2019, wonach der Wegfall der Depression in der Zusammenschau mit der aktuellen Gesamtsituation eine Verbesserung der medizinischen Situation begründe. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Verweistätigkeit sei aus medizinischer Sicht gegeben (IV-Nr. 132 S. 2; vgl. E. II. 6.14 hiervor). Der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. W.____ vom 14. Februar 2020, worin angegeben wurde, die Situation habe sich seither nur noch mehr chronifiziert und in den letzten 20 Jahren sei sein Gesundheitszustand durch den Alterungsprozess insgesamt schlechter geworden (vgl. IV-Nr. 147 S. 78; E. II. 6.16 hiervor), vermag den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. U.____ nicht zu schmälern. Dr. med. W.____ legt in seinem Bericht vom 14. Februar 2020 nicht detailliert und nachvollziehbar dar, wie er zu einer angeblichen Chronifizierung der psychischen Situation gelangt und inwiefern sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ■ entgegen den nachvollziehbaren und überzeugenden Darlegungen im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. U.____ ■ verschlechtert haben soll. Er weist im Wesentlichen darauf hin, grundsätzlich sei davon auszugehen, dass die Wiedereingliederungschance nach einer 12-monatigen Arbeitsunfähigkeit nur noch 5 % betrage, der Alterungsprozess den Gesundheitszustand insgesamt verschlechtert habe und für den Patienten nicht nachvollziehbar sei, dass sein Invaliditätsgrad von 50 % auf 2 % gesunken sei. Es sei Sache des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, ein privates Gegengutachten in Auftrag zu geben. Er, Dr. med. W.____, habe weder Einsicht in das Gutachten noch Einsicht in die IV-Akten gehabt (vgl. IV-Nr. 147 S. 78). Mit diesen

allgemein gehaltenen Einwänden vermag der behandelnde Psychiater, der den Beschwerdeführer lediglich in einer Einzelkonsultation gesehen hat, keine wichtigen Aspekte zu nennen, die bei der Begutachtung vom Mai 2019 unerkannt oder ungewürdigt geblieben worden wären (vgl. E. II. 4.4 hiervor). Auch der Sprechstundenbericht des H. ___ vom 6. Mai 2020, worin u.a. ausgeführt wurde, es sei «aufgrund des hohen Leidensdrucks sowie der prolongierten Geschichte auch eine psychosomatische Abklärung» zu erwägen (IV-Nr. 147 S. 81; E. II. 6.17 hiervor), führt zu keinem anderen Ergebnis. Wie erwähnt diagnostizierte Dr. med. U. ___ eine die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussende «undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)» und kam zum Schluss, eine zusätzliche psychiatrische Diagnose könne sonst nicht gestellt werden (IV-Nr. 123.4 S. 5). Das Bestehen einer eigentlichen Somatisierungsstörung wurde von ihm mit der Begründung verneint, die somatischen Beschwerden seien nicht so multipel und wechselnd ausgeprägt. Dementsprechend kommt der psychiatrische Teilgutachter zur Erkenntnis, angesichts des Fehlens einer eigentlichen Somatisierungsstörung und des Wegfalls einer depressiven Störung habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Referenzzeitpunkt verbessert (IV-Nr. 123.4 S. 9). Darauf ist abzustellen. Diese Einschätzung steht auch insoweit in Einklang mit der Beurteilung von Dr. med. I. ___ vom 15. Juni 2018, als dieser die von ihm angegebene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer dem Rückenleiden angepassten Tätigkeit von ca. 50 % (neben der von ihm diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) auch mit der damals noch bestehenden und aktuell nicht mehr festzustellenden mittelgradigen depressiven Episode begründete (vgl. IV-Nr. 105 S. 9 und 12). Nach dem Gesagten erübrigen sich weitere psychiatrische und / oder psychosomatische Abklärungen.

7.5 Der Beschwerdeführer lässt im Weiteren geltend machen, sein Gesundheitszustand habe sich auch in somatischer Hinsicht verschlechtert. Er begründet dies damit, gemäss dem Sprechstundenbericht Angiologie vom 21. Januar 2020 leide er zusätzlich zu den bekannten Beschwerden an einer chronisch venösen Insuffizienz und der Hausarzt habe ihn für weitere gastroenterologische Abklärungen dem K. ___ zugewiesen (Beschwerde, S. 6 f. Ziff. 2.3). Dazu ist festzuhalten, dass die Gutachter der J. ___ in ihrem interdisziplinären Gutachten ausschliesslich die Diagnose (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms linksbetont (ICD-10 M54.5) stellen konnten und im Rahmen der Konsensbeurteilung zum Schluss kamen, aus somatischer Sicht finde sich keine Veränderung des Gesundheitszustands. Bis auf eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule stünden dem Beschwerdeführer sämtliche Fähigkeiten und Ressourcen zur Verfügung, die zur Ausübung einer adaptierten Tätigkeit erforderlich seien (IV-Nr. 123.1 S. 8 ff.; E. II. 6.10 hiervor). Dementsprechend hielt der internistische Teilgutachter Dr. med. S. ___ fest, die vom Exploranden demonstrierte Hyperventilation während der Anamneseerhebung der Atembeschwerden könne durch die klinischen Befunde nicht erklärt werden. Die im Alltag geschilderten Atembeschwerden könnten aufgrund der früheren kardiopulmonalen Untersuchungen und der aktuellen klinischen Befunde nicht nachvollzogen werden. Retrospektiv gesehen finde man keine Hinweise für eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit aufgrund allgemeininternistischer Diagnosen. Es bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 123.3 S. 5 f.). Demnach konnte der Dr. med. S. ___ keine Verschlechterung des Gesundheitszustands, insbesondere auch keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund einer chronisch venösen Insuffizienz oder einer Problematik im gastroenterologischen Bereich, feststellen.

Die im Sprechstundenbericht Angiologie vom 21. Januar 2020 (Bericht des H.____ vom 23. Januar 2020) gestellten Hauptdiagnosen (1. Chronisch venöse Insuffizienz beidseits Stadium C3; 2. Dyspnoe unklarer Ätiologie; 3. Aneurysma der Aorta ascendens) vermag die Untersuchungsergebnisse der MEDAS-Gutachter nicht in Frage zu stellen. Der leitende Arzt II Medizin / Angiologie hielt im Rahmen der Beurteilung fest, beim Patienten zeigten sich keine Hinweise auf eine periphere arterielle Verschlusskrankheit.

Duplexsonographisch finde sich zwar das Bild einer chronisch venösen Insuffizienz, der Angiologe stufte eine therapeutische Intervention (im Sinne einer endovenösen Thermoablation) aufgrund der aktuellen Beschwerden (Dyspnoe und Hyperventilation) jedoch als unrealistisch ein. Vielmehr empfahl er primär das Tragen von Kompressionsstrümpfen beidseits zur Linderung der abendlichen Ödeme (IV-Nr. 147 S. 83 ff., E. II. 6.15 hiervor). Sodann wurde im Sprechstundenbericht vom 6. Mai 2020 (Bericht des H.____ vom 6. Mai 2020) zu den gestellten Hauptdiagnosen (1. Dyspnoe unklarer Ätiologie; 2. Chronisch venöse Insuffizienz beidseits Stadium C3; 3. Aneurysma der Aorta ascendens; 4. Adipositas WHO Grad II) im Rahmen der Beurteilung erklärt, echokardiographisch bestehe weitgehend ein altersentsprechender Normalbefund bis auf das vorbekannte Aneurysma der Aorta ascendens. Man sehe keinerlei Hinweis auf eine kardiale Genese der Dyspnoe. Differentialdiagnostisch sei an eine chronische, möglicherweise psychogene Hyperventilation zu denken oder an ein Adipositas Hypoventilationssyndrom. Aufgrund der Dekonditionierung sei mit dem Beschwerdeführer die individuelle Physiotherapie zur Verbesserung der Atemmechanik besprochen worden. Von kardialer Seite her wurden keine weiteren Abklärungen empfohlen (IV-Nr. 147 S. 79 ff., E. II. 6.17 hiervor). Auch im vorliegend jüngsten Bericht des Hausarztes Dr. med. L.____ vom 29. Mai 2020 wurde dargelegt, die klinische Untersuchung falle normal aus und es bestehe eine vesikuläre Atmung. Aufgrund von rezidivierendem Aufstossen und auch gastralen Schmerzen sei der Beschwerdeführer dem K.____ zugewiesen worden, wo eine gastroenterologische Abklärung des Magens stattfinden werde. Eine Verlaufskontrolle in der V.____ vom 14. April 2020 habe eine stabile kardiale Situation gezeigt. Eine kardiale Ursache der Dyspnoe sei weiterhin auszuschliessen (IV-Nr. 147 S. 86, E. II. 6.18 hiervor).

Aufgrund der Angaben der behandelnden Ärzte sowie des Hausarztes kann somit nicht von einer relevanten somatischen Gesundheitsverschlechterung ausgegangen werden. So wurde auch der vom Beschwerdeführer in Aussicht gestellte Bericht des K.____ über eine gastroenterologische Abklärung (vgl. Beschwerde, S. 7) dem Gericht nicht eingereicht. Im Weiteren kann auch den Berichten des neurologischen Teilgutachters Dr. med. R.____ über die Untersuchung vom 22. Mai 2019 sowie der rheumatologischen Teilgutachterin Dr. med. T.____ über die Untersuchung vom 29. Mai 2019 keine relevante Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit entnommen werden (vgl. IV-Nr. 123.5 und 123.6). Die rheumatologische Teilgutachterin wies darauf hin, bis auf eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule bei degenerativen Veränderungen im Lumbalbereich stünden dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht sämtliche Fähigkeiten und Ressourcen zur Verfügung. Es müsste sich um eine leichte bis selten mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen handeln. Eine solche adaptierte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer vollschichtig, d.h. in einem 100%-Pensum zumutbar (IV-Nr. 123.5 S. 6 f.). Aus neurologischer Sicht besteht ebenfalls keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers (vgl. IV-Nr. 123.6 S. 6). Nach einer Würdigung der vorliegenden medizinischen Berichte besteht angesichts der im Verwaltungsverfahren erfolgten umfassenden fachärztlichen

Abklärungen kein Anlass für die Annahme, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers könnte sich in somatischer Hinsicht relevant verschlechtert haben.

7.6 Nach dem Gesagten ist insbesondere gestützt auf das beweismässige interdisziplinäre Gutachten der J. ___ vom 4. Juli 2019 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 6. April 2004, IV-Nr. 46; vgl. E. II. 3.3 hiervor) in psychischer Hinsicht verbessert hat, da eine depressive Störung nicht mehr nachweisbar ist. Aus somatischer Sicht findet sich keine relevante Veränderung des Gesundheitszustands. Nach den Angaben der Gutachter der J. ___ besteht in einer dem Rückenleiden angepassten, d.h. leichten bis selten mittelschweren, wechselbelasteten Tätigkeit, ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen, eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit spätestens seit Mai 2019. Bis auf eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule stehen dem Beschwerdeführer sämtliche Fähigkeiten und Ressourcen zur Verfügung, die zur Ausübung einer adaptierten Tätigkeit erforderlich sind. Gegenüber dem C. ___-Gutachten vom 9. September 2003, worin neben dem Rückenleiden und der somatoformen Schmerzstörung noch eine leichte bis mittelschwere depressive Episode diagnostiziert und eine Arbeitsfähigkeit in einer dem Rückenleiden adaptierten Tätigkeit, ohne repetitives Heben schwerer Lasten, ohne Arbeiten in Zwangshaltungen und mit regelmässigem Sichbückenmüssen, von 60 % (Einschränkung von 40 %) attestiert wurde (IV-Nr. 40 S. 18; E. II. 5.2 hiervor), ist in Übereinstimmung mit der Argumentation der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung gesamthaft von einer relevanten Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auszugehen. Ein Revisionsgrund ist damit gegeben. Folglich ist der Rentenanspruch umfassend zu prüfen und der Invaliditätsgrad neu zu ermitteln (vgl. E. II. 3.2 hiervor).

E. 8

8.1 Der Beschwerdeführer lässt die Verwertbarkeit der bestehenden vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit in Frage stellen. Zur Begründung bringt er vor, er sei ■ was von ihm allerdings bestritten werde ■ nur in leichter bis mittelschwerer Tätigkeit arbeitsfähig. Gehen und längeres Stehen führe bei ihm zu Atembeschwerden und Schwellungen an den Beinen. Die möglichen Tätigkeiten würden sich wohl, falls vorhanden, auf Überwachungs- und Prüftätigkeiten in der Qualitätssicherung beschränken. Dies führe unweigerlich zu einer stressbedingten Belastung. Schon kleinste stressbedingte Belastungen wirkten sich negativ auf die Atembeschwerden aus. Somit seien selbst Überwachungs- und Prüftätigkeiten in der Qualitätssicherung nicht zu bewerkstelligen. Der Beschwerdeführer würde keinen Arbeitgeber mehr finden. Ausserdem habe er den Jahrgang 1961 und befinde sich somit in einem fortgeschrittenen Arbeitsalter (Beschwerde, S. 8 f. Ziff. 3).

8.2 Nach der Rechtsprechung ist die Unverwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit nicht leichthin anzunehmen. Die Möglichkeit einer versicherten Person, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt von den konkreten Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend sind rechtsprechungsgemäss die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch die Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang, oder die Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich. Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt

handelt es sich um eine theoretische Grösse, sodass nicht leichthin angenommen werden kann, die verbliebene Leistungsfähigkeit sei unverwertbar. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen des Arbeitgebers rechnen können (Urteil 8C_433/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 7.2 mit Hinweis). Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist insbesondere dann anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 8C_416/2020 vom 2. Dezember 2020 E. 4 mit Hinweis auf das Urteil 9C_766/2019 vom 11. September 2020 E. 4.1 und Christoph Frey / Nathalie Lang, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, N. 72 zu Art. 16 ATSG).

8.3 Dem Beschwerdeführer sind nach der Beurteilung der Gutachter der J.____ vom 4. Juli 2019 körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen, uneingeschränkt zuzumuten, wobei eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht. Weitere Einschränkungen sind in einer im vorerwähnten Sinne angepassten Tätigkeit nicht ersichtlich. Damit ist das medizinische Anforderungsprofil nicht derart restriktiv umschrieben, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt keine solche Tätigkeiten kennen würde. Dem Einwand des Beschwerdeführers, Überwachungs- und Prüftätigkeiten in der Qualitätssicherung würden unweigerlich zu einer stressbedingten Belastung führen und schon kleinste stressbedingte Belastungen würden sich negativ auf seine Atembeschwerden auswirken, kann angesichts der von der Beschwerdegegnerin getätigten medizinischen Abklärungen nicht gefolgt werden. Im Weiteren ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer über gewisse kognitive Ressourcen verfügt, konnte er doch gemäss seinen Angaben in seiner Heimat im Kosovo während vier Jahren das Gymnasium besuchen und anschliessend während fast zwei Jahren Biologie studieren. Nach seiner Einreise in die Schweiz arbeitete er stets als Maurer, wobei er zum Vorarbeiter aufstieg (vgl. auch Lebenslauf, IV-Nr. 55 S. 3). Ferner verfügt er über gute Deutschkenntnisse. Bis zum Eintritt der Rückenbeschwerden im Mai 1996 arbeitete er in einer kleineren Firma mit 13 bis 14 Mitarbeitern, wobei er stets zufrieden gewesen sei. Auch wenn diese berufliche Tätigkeit längere Zeit zurückliegt und aufgrund der seit Mai 1996 bestehenden Rückenbeschwerden nicht mehr in Frage kommt, ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer früher über eine gute Arbeitsmoral verfügt hat und auch aktuell noch eine gewisse berufliche Erfahrung vorhanden ist. Zum Aktivitätsniveau weist der Beschwerdeführer darauf hin, er stehe um 06:00 Uhr auf und gehe eine halbe Stunde spazieren, wobei er auch in ein Café gehe. Am Nachmittag und nach dem Abendessen gehe er erneut spazieren. Kleine Sachen gehe er selber einkaufen. Er habe in der Familie Kontakt zu den Kindern und zum Bruder. Im letzten Sommer sei er zusammen mit seiner Ehefrau mit dem Flugzeug in den Kosovo gereist. Er besitze den Führerausweis und fahre mit dem Auto kurze Strecken selber, so z.B. zum Arzt (IV-Nr. 123.4 S. 2 ff.; vgl. auch Gesprächsprotokoll Revision vom 6. Dezember 2016, IV-Nr. 72). Wie erwähnt, ist die Unverwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit nicht leichthin anzunehmen. Die von den Gutachtern der J.____ als zumutbar erachteten Tätigkeiten (leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen) sind auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt vorhanden und können vom Beschwerdeführer uneingeschränkt ausgeübt

werden. Der im Zeitpunkt des Gutachtens der J.____ vom 4. Juli 2019 58-jährige Beschwerdeführer hatte noch eine 7-jährige Aktivitätsdauer bis zum ordentlichen AHV-Rentenalter vor sich. Er wird aufgrund seines fortgeschrittenen Alters nicht an der Verwertung seiner Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit gehindert. Es kann somit nicht gesagt werden, eine zumutbare Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nur unter derart eingeschränkten Bedingungen möglich, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt und das Finden einer entsprechenden Stelle zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint. Im Folgenden ist der Einkommensvergleich vorzunehmen. Hierfür massgebend ist grundsätzlich der Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 20. Mai 2020.

E. 9

9.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.).

Der Beschwerdeführer war seit dem 9. März 1994 als angelernter Maurer / Vorarbeiter (100 %) im Baugeschäft B.____, [...], tätig, wobei er gemäss den Angaben seines Arbeitgeberseine angestammte Arbeitstätigkeit am 20. Mai 1996 krankheitsbedingt einstellte (vgl. Fragebogen für den Arbeitgeber vom 27. August 1996 [IV-Nr. 1.7]; vgl. auch IV-Anmeldung vom 19. August 1996 [IV-Nr. 1.17]). Das Arbeitsverhältnis wurde in der Folge per 30. Mai 1998 aufgelöst (vgl. IV-Nr. 9). Vom 29. Mai 2000 bis 28. Mai 2001 war er in einem Qualifizierungsprogramm in der X.____ als Projektteilnehmer (Pensum von 100 %, Leistungsfähigkeit von 50 %) tätig (vgl. IV-Nr. 6 S. 4, 55 S. 5 und 60). Im August 2002 wurde der Beschwerdeführer in den E.____, [...], hospitalisiert (vgl. E. II. 5.1 hiervor). Ab diesem Zeitpunkt begann das Wartejahr zu laufen (E. II. 2.1 hiervor). Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen anhand der Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016, wobei sie das Valideneinkommen unter Berücksichtigung der Teuerung und der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit auf CHF 68'609.00 festsetzte. Unter Berücksichtigung des im Baugewerbe (Ziff. 41 bis 43) für das Jahr 2018 geltenden Nominallohnindex von 103.8 (statt 103.2) und der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.3 Stunden (statt 41.4 Stunden) führt dies zu einem Valideneinkommen von CHF 68'841.00 pro Jahr. Dieses Vorgehen lässt sich mit Blick darauf, dass die letzte Erwerbstätigkeit sehr lange zurückliegt, nicht beanstanden. Das Valideneinkommen wird in der Beschwerde denn auch nicht bestritten.

9.2 Da der Beschwerdeführer seither keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt hat, sind zur Bestimmung des Invalideneinkommens ebenfalls die Tabellenwerte der LSE 2016 heranzuziehen (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Nach den hier massgebenden Angaben der Gutachter der J.____ ist der Beschwerdeführer in der Lage, eine seinem Rückenleiden optimal angepasste Verweistätigkeit, d.h. eine körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit, ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen, uneingeschränkt (mit einem Pensum von 100 %) auszuüben. Demnach

ist er in der Lage, ein Einkommen von CHF 5'340.00 (vgl. LSE 2016, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 [einfache Tätigkeiten körperlicher Art]) zu erzielen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.7 Std. und die Nominallohnentwicklung (2016: 104.1; 2018: 105.1) ergibt dies ein Invalideneinkommen von CHF 5'620.40 pro Monat bzw. CHF 67'445.00 pro Jahr.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einem invaliden Versicherten, der wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten auszuüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als Invaliden zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 126 V 75 ff.). Weil gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und daher in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen, sind die statistischen Tabellenlöhne gegebenenfalls zu kürzen. Daher ist zwar nicht automatisch und in jedem Fall, aber doch in aller Regel bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und / oder behinderungsbedingten zusätzlichen Limitierungen ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen (Meyer / Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, Art. 28a N 100).

Die Beschwerdegegnerin gewährte keinen leidensbedingten Abzug. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer nur noch körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende und rückenadaptierte Verweistätigkeiten uneingeschränkt auszuüben kann, rechtfertigt keinen Abzug vom Tabellenlohn. Es bestehen aufgrund der fachärztlichen Angaben keine Hinweise, dass er nicht in der Lage wäre, angepasste Verweistätigkeiten, insbesondere auch Überwachungs- und Prüftätigkeiten in der Qualitätssicherung, auszuüben. Im Lichte des herangezogenen Tabellenlohns besteht kein Anlass für einen leidensbedingten Abzug, weil jener im hier anwendbaren Kompetenzniveau bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2 mit Hinweisen). Die langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, die Nationalität und das fortgeschrittene Arbeitsalter von knapp 59 Jahren im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung begründen bezogen auf das Kompetenzniveau 1 keinen Abzug. Entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers kann hier nicht von einer erheblichen Chancenbeeinträchtigung auf dem Arbeitsmarkt ausgegangen werden. Damit bleibt es bei einem Invalideneinkommen von CHF 67'445.00 pro Jahr. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 68'841.00 pro Jahr resultiert ein Invaliditätsgrad von 2 %. Demnach besteht kein Rentenanspruch mehr (vgl. E. II. 2.2 hiervor). Selbst die Berücksichtigung des geltend gemachten leidensbedingten Abzuges von 20 % würde einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad ergeben (22 %). Der Umstand, dass beide Vergleichseinkommen für das Jahr 2018 berechnet wurden, wirkt sich höchstens geringfügig aus, so dass auf eine Korrektur (massgebend wäre das Jahr 2020) verzichtet werden kann, zumal die entsprechenden Zahlen bei Erlass der angefochtenen Verfügung

noch nicht vorlagen.

E. 10

10.1 Eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ist grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Es kann daraus in aller Regel unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden. Als grundsätzlich («vermutungsweise») unzumutbar gilt die Eingliederung indessen, wenn die versicherte Person bei der wiedererwägungs- oder revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente das 55. Altersjahr überschritten oder seit mehr als 15 Jahren eine Rente bezogen hat. Es sind Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, sofern nicht Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Selbsteingliederung objektiv dennoch möglich sei. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotential auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts 8C_597/2019 vom 12. Dezember 2019 E. 8.1 mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall bezieht der 1961 geborene Beschwerdeführer seit dem 1. August 2003 eine halbe Invalidenrente, im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen, rentenaufhebenden Verfügung vom 20. Mai 2020 somit seit mehr als 15 Jahren; ausserdem stand er zu diesem Zeitpunkt im 59. Lebensjahr. Deshalb ist im Sinne der vorerwähnten Rechtsprechung vor einer Rentenaufhebung zu prüfen, ob Eingliederungsmassnahmen erforderlich sind. Die Beschwerdegegnerin hob die bisher gewährte halbe Invalidenrente mit vorliegend angefochtener Verfügung auf Ende Juni 2020 auf, ohne berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren. Sie begründete dies damit, der Beschwerdeführer beziehe seit dem Jahr 2003 eine halbe Invalidenrente und sei in der Lage gewesen, die bestehende (Rest-)Arbeitsfähigkeit zu verwerten. Aus diesem Grund sei ihm eine Selbsteingliederung zumutbar (IV-Nr. 141 S. 2). Der Beschwerdeführer beantragt keine Eingliederungsmassnahmen; er weist darauf hin, er sei vollständig erwerbsunfähig (Beschwerde, S. 9 Ziff. 3.3).

Der Beschwerdeführer äusserte sich anlässlich des Revisionsgesprächs vom 6. Dezember 2016 dahingehend, er könne nicht mehr arbeiten, da es ihm immer schlechter gehe. Die Motivation, eine Arbeit aufzunehmen, sei nicht vorhanden. Berufliche Perspektiven wolle er keine (vgl. IV-Nr. 72 S. 2). Im Rahmen der interdisziplinären Begutachtung bei der J.____ gab er an, mit seinen chronischen Beschwerden könne er sich keinerlei Arbeitstätigkeit mehr vorstellen. Er habe seit 23 Jahren nicht mehr gearbeitet und sei auch viel zu alt für eine Wiedereingliederung (IV-Nr. 123.1 S. 8). Abschliessend wurde im Gutachten zu beruflichen Massnahmen erklärt, solche seien aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung des Beschwerdeführers kaum durchführbar und könnten deshalb nicht empfohlen werden (IV-Nr. 123.1 S. 10; vgl. auch IV-Nr. 123.4 S. 8). Nach dem Gesagten besteht kein Hinweis, dass sich am fehlenden Eingliederungswillen des Beschwerdeführers etwas geändert hätte. Der Beschwerdeführer bezieht seit dem 1. August 2003 eine halbe Invalidenrente, wobei mit rechtskräftiger Verfügung vom 6. April 2004 aufgrund des damaligen medizinischen Abklärungsergebnisses festgestellt wurde, es sei ihm zuzumuten, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in Wechselbelastung im Rahmen von 60 % auszuüben (IV-Nr. 46 S. 4). Dennoch hat der Beschwerdeführer ■ auch in Kenntnis des Zumutbarkeitsprofils gemäss dem C.____-Gutachten vom 9. September 2003, womit die Ausschöpfung der medizinisch-theoretisch attestierten Restarbeitsfähigkeit erwartet werden

durfte ■ weder Anstrengungen unternommen, wieder eine Teilzeitstelle aufzunehmen, noch hat er die Beschwerdegegnerin um Gewährung von Eingliederungsmassnahmen ersucht. Mit Blick darauf ist die langjährige Abstinenz vom Arbeitsmarkt nicht invaliditätsbedingt. Die Beschwerdegegnerin hat unter den gegebenen Umständen einen Anspruch auf Abklärung bzw. Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen vor der Rentenaufhebung somit zu Recht verneint (vgl. vorerwähnte Urteile des Bundesgerichts 9C_819/2014 vom 19. Juni 2015 E. 4 und 9C_752/2013 vom 27. Juni 2014 E. 4.3, je mit Hinweisen).

11. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung vom 20. Mai 2020, worin die dem Beschwerdeführer seit 1. August 2003 ausgerichtete halbe Invalidenrente unter Berücksichtigung von Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV ohne Gewährung von Eingliederungsmassnahmen auf Ende Juni 2020 aufgehoben wurde, nicht zu beanstanden. Für eine Rückweisung der Angelegenheit zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen, insbesondere der vom Beschwerdeführer erwähnten psychosomatischen, angiologischen, cardiopulmonalen und gastroenterologischen Abklärungen, besteht nach dem Gesagten kein Anlass. Da von weiteren medizinischen Abklärungen keine entscheiderelevanten Ergebnisse zu erwarten sind, ist auf solche zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_30/2020 vom 6. Mai 2020 E. 5.3 mit Hinweis u.a. auf BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368 f.). Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 12

12.1 Ausgangsgemäss besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf Zusprechung einer Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

12.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 22. September 2020, A.S. 38 f.; vgl. E. I. 2.3 hiervor). 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). Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 12. Oktober 2020 seine Kostennote eingereicht (A.S. 41 ff.). Darin macht er einen Zeitaufwand von 11 Stunden und 50 Minuten bzw. 11.83 Stunden sowie Auslagen von insgesamt CHF 93.50 geltend.

Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. sind im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach kann der unter dem Datum vom 25. August 2020 angegebene Aufwand von 10 Minuten für ein Schreiben an den Klienten nicht berücksichtigt werden, da hier von einer Orientierungskopie auszugehen ist, welche Kanzleiaufwand darstellt und nicht separat zu vergüten ist. Dies führt zu einem zu entschädigenden Aufwand von 11 Stunden und 40 Minuten bzw. 11.66 Stunden. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT; BGS 615.11) CHF 180.00. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 2'361.10 (Honorar von CHF 2'098.80 [11.66 Std. à CHF 180.00] zuzüglich Auslagen von CHF 93.50 und MwSt von CHF 168.80). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, sobald der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

12.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, 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 10 Jahren, sobald der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Stefan Galligani, [...], wird auf CHF 2'361.10 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, sobald der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, sobald der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tageseit 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 Zwischenentscheidungen (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.