

# **SO\_GERICHTE VSBES.2020.250 vom 12. Juli 2021**

SO Obergericht, 2021-07-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.250\\_d20210712](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.250_d20210712)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.250 du 12 juillet 2021

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.250 del 12 luglio 2021

## **Regeste**

Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Der 1961 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführer) meldete sich am 5. April 2012 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Er gab an, er habe sich bei seiner Tätigkeit als Pfleger im Altersheim B.\_\_\_\_, [...], im Februar 2011 verletzt (IV-Nr. 10). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) veranlasste in der Folge eine bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Rheumatologie und Innere Medizin FMH, sowie Dr. med. D.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welche am 3. und 21. Mai 2013 durchgeführt wurden (Gutachten vom 25. August und 13. September 2013, IV-Nr. 48.1 und 49.1). Mit rechtskräftiger Verfügung vom 20. Januar 2014 lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrads von 0 % ab (IV-Nr. 57).

1.2 Am 8. Mai 2019 meldete sich der Beschwerdeführer bei der IV zum Leistungsbezug neu an. Er gab an, er sei psychisch krank, habe eine Zyste neben der linken Niere und leide unter Schmerzen. Im Weiteren habe er im linken Knie eine Arthrose und dadurch Schmerzen beim Laufen. Ausserdem habe er sich im Jahr 2012 den Rücken operieren lassen (Diskushernie), auch deswegen leide er immer wieder unter Schmerzen (IV-Nr. 59). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin verschiedene medizinische Unterlagen der Krankentaggeldversichererin ein, u.a. ein psychiatrisches Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. Dezember 2018 (IV-Nr. 63 S. 9 ff.), und führte danach weitere Abklärungen in somatischer Hinsicht durch. Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens (IV-Nrn. 81 und 86) lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 0 % mit Verfügung vom 16. November 2020 ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, die Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Pflegehelfer seit Oktober 2018 aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr zumutbar sei. Spätestens ab April 2019 seien ihm aus psychiatrischer Sicht den beruflichen Kenntnissen und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeiten wieder in einem 100%-Pensum zumutbar. Auch aus somatischer Sicht bestünden keine Diagnosen, welche gegen eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leichten, adaptierten Tätigkeit sprächen. Damit sei es dem Beschwerdeführer zuzumuten, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 91, Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

## **E. 2**

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

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).

### **E. 2.1**

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die 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).

### **E. 2.2**

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

## **E. 3**

Eventualiter seien die Akten zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. - unter Kosten- und Entschädigungsfolge - 2.2 Mit Eingabe vom 1. Februar 2021 lässt der Beschwerdeführer dem Gericht den Bericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2020 als Urkunde Nr. 8 einreichen (vgl. Beschwerdebeilage [BB] 8; A.S. 16). 2.3 In ihrer Beschwerdeantwort vom 26. Februar 2021 verzichtet die

Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme zur Beschwerde und beantragt deren Abweisung (A.S. 20). 2.4 Am 9. März 2021 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 22 f.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten. 1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob seit der rechtskräftigen Verfügung vom 20. Januar 2014 (IV-Nr. 57), worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen wurde, eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung am 16. November 2020 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2.

### **E. 3.1**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86 ter – 88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). 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). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen). 3.2 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanmeldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um

eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C\_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). Analog zur erstmaligen Anspruchsbeurteilung sind zudem allfällige anspruchswirksame Veränderungen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (vgl. BGE 129 V 222).

#### **E. 4**

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

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

4.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.4 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b

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

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

8.3 Wie beim Invalideneinkommen handelt es sich auch beim Valideneinkommen um eine hypothetische Grösse, indem nicht auf den ■ unter Umständen schon länger zurückliegenden ■ zuletzt tatsächlich erzielten Verdienst abzustellen ist (BGE 114 V 310 E. 3b S. 314; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 559/04 vom 16. Februar 2005 E. 2.1), sondern darauf, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2011 IV Nr. 55 S. 163 8C\_671/2010 E. 4.5.1; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 327).

Hat eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen wie geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse oder beschränkte Anstellungsmöglichkeiten zufolge Saisonierstatus ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen bezogen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommen begnügen wollte. Praxisgemäss wird diese so genannte Parallelisierung der Vergleichseinkommen entweder beim Valideneinkommen durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Lohnes

oder durch Abstellen auf statistische Werte oder aber beim Invalideneinkommen durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes vorgenommen. Zugrunde liegt dabei die Überlegung, dass bei einer versicherten Person, welche in derjenigen Tätigkeit, die sie als Gesunde ausgeübt hat, einen deutlich unterdurchschnittlichen Lohn erzielte, weil persönliche Eigenschaften (namentlich fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse, ausländerrechtlicher Status) die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglichten, nicht anzunehmen ist, dass sie mit gesundheitlicher Beeinträchtigung einen durchschnittlichen Lohn erreichen könnte (BGE 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f. mit Hinweisen; vgl. dazu Meyer / Reichmuth, a.a.O., S. 354 ff.; Ueli Kieser: Die Parallelisierung der Vergleichseinkommen bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades, in: Ueli Kieser [Hrsg.], Validen- und Invalideneinkommen, 2013, S. 49 ff., 85; Urteil des Bundesgerichts 9C\_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.3). Dabei gilt der vor Eintritt des Gesundheitsschadens tatsächlich erzielte Verdienst erst dann im Sinne der Rechtsprechung als deutlich unterdurchschnittlich, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen Tabellenlohn abweicht. Eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen hat jedoch bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen nur in dem Umfang zu erfolgen, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_4/2014 vom 11. März 2014 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 135 V 297 E. 6.1 S. 302 ff. sowie Urteil des Bundesgerichts 8C\_902/2009 vom 1. April 2010 E. 5.1.1).

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

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

Dieser Entscheid ist zu eröffnen an:

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C\_468/2021 vom 13. Dezember 2021 aufgehoben.

**E. 5**

Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob nach einem Vergleich des medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 20. Januar 2014 mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 16. November 2020 eine anspruchswirksame Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen ist. Die Beschwerdegegnerin stützte sich beim Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 20. Januar 2014 im Wesentlichen auf die damals vorliegenden medizinischen Berichte, welche im Folgenden darzulegen sind:

5.1 Im Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Februar 2013 wurden beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) gestellt: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode; Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung; St.n. posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F33.1 – F33.2, F62.0, F43.1). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 10. Oktober 2012 bis auf weiteres (IV-Nr. 36).

5.2 Der damalige Hausarzt, Dr. med. H.\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 15. Februar 2013 die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Rückenschmerzen bei Status nach Diskushernienoperation 18.01.2012» und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 5. Januar bis 13. Mai 2012, eine solche von 50 % vom 14. Mai bis 26. August 2012 (50 % Leistung) und erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 10. bis 15. Oktober 2012. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden anamnestisch depressive Verstimmungen angegeben (IV-Nr. 37 S. 5 ff.).

5.3 Dem im Rahmen der bidisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) Begutachtung erstellten rheumatologischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 13. September 2013 (Untersuchung vom 3. Mai 2013) können folgende rheumatologische Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) entnommen werden:

1. Chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom rechts (ICD-10: M54.4) bei/mit: St. Dekompression und Spondylodese L4/5 18.01.2012 (KSO) wegen lumboradikulärem Reiz- und sensomotorischem Ausfallssyndrom L5 rechts (M51.1), deutlichem myofascialem Triggerpunktsyndrom M. piriformis rechts, WS-Fehlhaltung, -Fehlform, Fehlstatik bei Diagnose 4;
2. Beginnende mediale und femoropatelläre Gonarthrose rechts, klinisch mediales Meniskusganglion möglich; (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)
3. Klinisch AC-Gelenks-Reizung rechts, ohne radiologisches Korrelat;
4. Adipositas WHO-Klasse II (BMI 37.6 kg/m<sup>2</sup>). Im Weiteren wurden folgende psychiatrische Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) gestellt:

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4);
2. Anamnestisch v.a. andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung und St.n. posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10: F62.0, F43.1).

Im Rahmen der rheumatologischen Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, die klinische Untersuchung zeige einen 52-jährigen kräftig gebauten und adipösen Versicherten in gutem Allgemeinzustand, der gefasst und adäquat mit ordentlichem Deutsch seine Krankheitsgeschichte vortrage und dabei seine grosse Enttäuschung über die Kündigung beschreibe, die nach Realisierung einer neuerlichen 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgesprochen worden sei. Gut ein Jahr nach stabilisierendem Wirbelsäuleneingriff bestünden noch mit diesem korrelierende Bewegungseinschränkungen der LWS sowie mässiggradige segmentale Irritationen der Weichteile oberhalb der durchgeführten Stabilisation. Anhaltspunkte für eine persistierende neuromeningeale Reizung im Sinne einer Ausfallssymptomatik bestünden klinisch nicht. Als bezüglich der beklagten Symptome im Vordergrund stehend zeige sich ein organisch nachvollziehbares, deutliches myofaszielles Triggerpunktsyndrom der Gesässmuskulatur

rechts, namentlich des M. piriformis, das einer gezielten Triggerpunkttherapie mit allenfalls ergänzend Dry-Needling zugänglich sein könnte. In einer Probebehandlung während der Untersuchung seien die lokalen Symptome durch ischämische Kompression der schmerzhaften Areale linderbar gewesen. Entsprechend seien dem Exploranden diesbezüglich mögliche Selbstbehandlungstechniken instruiert worden. Zudem zeigten die klinischen und radiologischen Befunde Anhaltspunkte für eine beginnende mediale und femoropatelläre Gonarthrose rechts. Die intermittierenden Schulterbeschwerden rechts korrelierten derzeit zum klinischen Befund einer AC-Gelenksreizung, die allerdings derzeit noch ohne radiologisches Korrelat bleibe. Klinische Impingement-Zeichen als Anhaltspunkt für eine Rotatorenmanschettenproblematik seien derzeit nicht fassbar. Die chronische Rückenproblematik werde durch die deutliche Adipositas und die dadurch akzentuierte Fehlstatik begünstigt und teilweise sicher auch unterhalten. Das arbeitsmedizinische Problem bestehe aus rheumatologischer Sicht in einer verminderten Belastbarkeit des Achsenorgans für Tätigkeiten mit schwerem Heben und Tragen von Lasten, sowie für Arbeiten in wirbelsäulenbelastenden Zwangspositionen längerdauernd rein sitzend, rein stehend, in vornübergeneigten Körperhaltungen oder mit repetitiv rumpfrotierenden Stereotypien, sowie Tätigkeiten mit extendierter Wirbelsäulenhaltung beispielsweise im Überkopfbereich. Zumutbar erschienen diesen Einschränkungen gerecht werdende körperlich bis zu mittelschwer belastende Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen. Eine Tätigkeit als Pfleger in der Altenhilfe, wie zuletzt ausgeübt, erscheine bezüglich beruflicher Reintegration in einem vollen Pensum als prognostisch ungünstig. Aufgrund seiner hohen Motivation sei es dem Exploranden gelungen, sich dennoch wieder in der letzten Tätigkeit zu integrieren. Bei Reintegrationswunsch in diesem Bereich sollte die Möglichkeit bestehen, schwerere Hebe- und Tragbelastungen zu delegierten, oder diese nicht vollumfänglich alleine und selbstständig ausüben zu müssen. Gemäss allgemeiner Erfahrung sei dem Versicherten mit einer Rückenanamnese, wie in diesem Fall, längerfristig in einer rückenbelastenden Tätigkeit zumeist nur eine 50 oder maximal 60%ige Tätigkeit zuzumuten. In Anbetracht der vom Exploranden realisierten Reintegrationsleistung mit angeblich wieder 100%iger Tätigkeit wäre in einer EFL-Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit zu überprüfen, wie weit er bei diesen Belastungen noch in einem für ihn längerfristig ausführbaren Belastungsbereich ergonomisch richtig arbeite. Medizinisch-theoretisch sei er in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu etwa 60 % arbeitsfähig. Die bislang für den Exploranden nie die Arbeitsfähigkeit limitierende beginnende Gonarthrose rechts könnte längerfristig zusätzlich zur Rückenproblematik noch Limitierungen bezüglich dem Gehen grösserer Strecken sowie insbesondere in unebenem Gelände oder dem Treppensteigen mit Lastentragen bedingen und zusätzlich Limitierungen für Arbeiten in kniender oder hockender Körperposition rechtfertigen. Derzeit werde ein rentenrelevantes Ausmass der Beeinträchtigung jedoch nicht erreicht, sollte aber bei Reintegrationsplänen Berücksichtigung finden. Zur psychiatrischen Beurteilung (gemäss dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_) wurde im Wesentlichen dargelegt, der Explorand sei während des Balkankrieges im Jahr 1995 in die Schweiz gekommen, wobei er aufgrund der psychischen Symptomatik als Folge der Kriegswirren zwischen 1996 und 1999 in ambulanter psychiatrischer Behandlung gestanden sei. Danach habe er den Psychiater gewechselt und sei bei diesem noch einmal während drei Jahren in ambulanter psychiatrischer Therapie gewesen. Gemäss dem Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2013 habe der Explorand an psychischen Problemen seit der Teilnahme am Bürgerkrieg im ehemaligen Jugoslawien in den 90er Jahren gelitten,

wobei auffalle, dass in diesem Bericht dazu keine genauen Angaben vorhanden seien. Auch anlässlich der aktuellen psychiatrischen Exploration bleibe der Explorand in der Beschreibung seiner damaligen psychischen Symptome vage und scheine diese zu meiden. Möglicherweise wehre er die unangenehmen Erlebnisse auf diese Weise ab. Aufgrund der erlebten psychischen Traumata in dieser Zeit sei dieses Verhalten aus emotionaler Sicht durchaus verständlich und einfühlbar. Aufgrund der Besserung und möglicherweise einer Remission des psychischen Leidens habe der Explorand während neun Jahren die ambulante psychiatrische Therapie sistiert. Im Rahmen einer konflikthaften Situation am Arbeitsplatz hätten sich abermals psychische Symptome bei ihm eingestellt. Offenbar sei der Explorand Opfer einer Mobbing-situation im Pflegeheim in [...] gewesen, was bei ihm Ängste ausgelöst habe. Plötzlich habe er Angst gehabt, alleine zu sein, sei von Suizidgedanken geplagt worden und habe unter Brustschmerzen, Ein- und Durchschlafstörungen und plötzlichem Schweissausbruch gelitten. Er habe nur noch das Bedürfnis gehabt, tagsüber zu schlafen. Er habe sich am 29. Mai 2011 notfallmässig in die Notfallstation des Spitals F.\_\_\_\_ begeben, wo gemäss Bericht vom 29. Mai 2011 eine Panikstörung festgestellt worden sei. Aus der Lebensgeschichte sei die abermalige psychische Dekompensation durchaus verständlich und einfühlbar. Nachdem der Explorand in den 90er Jahren den Balkankrieg hautnah miterlebt und dadurch ein psychisches Trauma erlitten habe, habe dem fleissigen und motivierten Hilfspfleger, der vorher bereits mehrere verschiedene berufliche Tätigkeiten ausgeübt habe, gedroht, die berufliche und finanzielle Existenz zu entgleiten und abhanden zu kommen. Es habe sich quasi ein Déjà-vu-Erlebnis eingestellt, was bei ihm Horrorvisionen und Todesängste ausgelöst habe. Es sei einleuchtend, dass unter diesen Umständen mit grösster Wahrscheinlichkeit auch die kognitiven Funktionen wie Konzentrationsfähigkeit, Auffassungsvermögen sowie die Erinnerungsfähigkeit zu leiden begonnen hätten und der Explorand somit krankheitshalber nicht mehr arbeitsfähig gewesen sei. Die ausgesprochene Kündigung sowie die fehlende berufliche Perspektive hätten eine weiterführende intensive ambulante psychiatrische Therapie notwendig gemacht, welche seit dem Jahr 2011 von Dr. med. G.\_\_\_\_ durchgeführt werde. In der Therapie gehe es um die Aufarbeitung der traumatischen Erlebnisse, gepaart mit der Einnahme einer adäquaten Dosis eines potenten Antidepressivums. Parallel zur psychiatrischen Krankheitsgeschichte leide der Explorand unter Rückenschmerzen bei Status nach Diskushernienoperation L4/L5 am 18. Januar 2012. Die Heftigkeit und Intensität der diesbezüglichen Schmerzen sowie deren Andauern dürften beim Exploranden zudem die Persistenz der beschriebenen psychischen Symptomatik beeinflusst haben. In der aktuellen psychiatrischen Untersuchung zeige sich der Explorand in seiner Grundstimmung durchaus euthym, nicht mehr traurig, einigermaßen hoffnungsvoll und zuversichtlich. Insbesondere äussere er den Wunsch, in Zukunft wieder beruflich aktiv werden zu können. Während der gesamten Exploration seien, rein klinisch beurteilt, keine kognitiven Defizite in Form von Konzentrationsschwächen, Auffassungsdefiziten und Gedächtnisstörungen festzustellen. Die akute psychische Dekompensation, welche der Explorand im Jahr 2011 im Rahmen des Arbeitsplatzkonfliktes und der Kündigung erlitten habe, habe sich aufgrund der intensiven und fachgerechten psychiatrischen ambulanten Therapie zurückgebildet. Mit seiner psychischen Krankheitsgeschichte könne aufgrund der beschriebenen Symptomatik seit dem Jahr 1996 sowie aufgrund der traumatischen Lebensereignisse anlässlich des Balkankrieges in den 90er Jahren von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden, welche zum aktuellen Zeitpunkt sich in Remission befinde. Mit grösster Wahrscheinlichkeit handle es sich bei dieser psychischen Störung um eine

chronische Erkrankung, welche sich wellenförmig in unterschiedlichen Intervallen ausprägen. Es sei davon auszugehen, dass sich beim Exploranden durch den bisherigen psychischen Krankheitsverlauf sowie mit grösster Wahrscheinlichkeit durch die komorbide körperliche Erkrankung eine verminderte Belastungsfähigkeit eingestellt habe und die Erholungszeit zudem verlängert sei. Die Möglichkeit, bei entsprechenden traumatischen Erlebnissen abermals an depressiven und angstgeprägten Symptomen zu erkranken, sei relativ hoch, jedoch durch eine weiterführende psychiatrische Therapie einigermaßen eindämmbar. Zu den vorhandenen Ressourcen wurde dargelegt, beim Exploranden handle es sich um einen intelligenten Mann, welcher bisher verschiedene berufliche Tätigkeiten ausgeübt und sich darin auch bewährt habe. Er habe immer wieder seine körperliche, insbesondere auch seine geistige Flexibilität, auch in schwierigen und neuen Situationen, bewiesen. Diese Fähigkeiten könnten ihm allenfalls bei einer allfälligen künftigen beruflichen Wiederintegration helfen. Allerdings sei aus psychiatrischer Sicht die Prognose für dieses Gelingen vorsichtig einzuschätzen, da durch die chronische psychische Erkrankung, welche sich aktuell in Remission befinde, die Belastungsfähigkeit vermindert und die Erholungszeit verlängert sei. Aus psychiatrischer Sicht seien keine abweichenden ärztlichen Einschätzungen ersichtlich. Eine rezidivierende depressive Störung verlaufe in Schüben und sei wellenförmig. Die sich in den Akten befindlichen psychiatrischen Befunde sowie diejenige der aktuellen psychiatrischen Exploration ergänzten sich. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht lautete dahingehend, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Krankenpfleger sei nur noch zu etwa 60 % zumutbar. In Anbetracht der angeblich erbrachten Reintegration in vollem Pensum (Schonarbeitsplatz?) könnte eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit über allenfalls höher liegende Funktionsreserven Auskunft geben. Körperlich leichtbelastende Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen gehend-stehend-sitzend, ohne Überbelastung des rechten Kniegelenks dagegen erschienen medizinisch-theoretisch in einem vollen Pensum zumutbar. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht lautete wie folgt: Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe rein theoretisch für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit aufgrund der Remission einer rezidivierenden depressiven Störung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Diese sei jedoch aus psychiatrischer Sicht unpragmatisch und unrealistisch. Aufgrund der verminderten Belastungsfähigkeit, der verlängerten Erholungszeit sowie aufgrund der erhöhten Bereitschaft, bei geringen psychischen Traumata abermals an einer depressiven Episode zu erkranken, sei die verbleibende Restarbeitsfähigkeit zurzeit auf maximal 50 % einzuschätzen. Aus psychiatrischer Sicht wäre es für den Exploranden am einfachsten, in einem möglichst belastungsfreien Umfeld wieder in den Pflegeberuf einzusteigen. Dies sollte jedoch stufenweise und in langsamen Schritten erfolgen. Inwiefern ein solches Vorgehen jedoch gelingen werde, bleibe abzuwarten. Insbesondere dürfte die Limitierung diesbezüglich im somatischen Zustand begründet sein, wobei der weitere Heilungsverlauf abzuwarten wäre. Ein angepasster Arbeitsplatz müsste aus psychiatrischer Sicht möglichst belastungsfrei und konfliktfrei sein. Aus bidisziplinärer Perspektive bestehe in einer beschwerdeadaptierten, körperlich leicht belastenden Tätigkeit in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen, die rein somatisch gesehen in einem vollen Pensum möglich wäre, aufgrund der verminderten Belastungstoleranz und verlängerten Erholungszeit im psychischen Bereich derzeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Aus psychiatrischer Sicht ideal wäre eine Realisierung dieser Restarbeitsfähigkeit in einem möglichst belastungsfreien Umfeld im Pflegebereich (IV-Nr. 49.1; vgl. psychiatrisches Teilgutachten von Dr. med. D. \_\_\_ vom 25. August 2013,

IV-Nr. 48.1). 5.4 RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 2013 fest, aufgrund der nach der Diskushernienoperation wiedererlangten vollen Arbeitsfähigkeit am 26. September 2012 sei die Eingliederung abgeschlossen worden. Danach sei eine erneute Arbeitsunfähigkeit ab dem 10. Oktober 2012 aus psychischen Gründen eingetreten (vgl. E. II. 5.1 hiervor). Zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ wurde als Fazit festgehalten, sowohl aus den Äusserungen von Dr. med. G.\_\_\_\_ gegenüber dem Gutachter als auch aus den klaren Befunden des Gutachters sei auf eine Arbeitsfähigkeit von 100 % zu schliessen, geltend ab dem 12. Juli 2013, als Dr. med. G.\_\_\_\_ den Versicherten zuletzt gesehen habe. Die Relativierung der Arbeitsfähigkeit von 100 % (wie sie ja der Teilgutachter Dr. med. D.\_\_\_\_ selbst zum aktuellen Zeitpunkt festhalte) auf nur 50 % sei nicht nachvollziehbar. Im Weiteren wurde dargelegt, der Gutachter nenne unter den Diagnosen mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eine Verdachtsdiagnose (Persönlichkeitsstörung und Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung). Es werde wiederholt von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz ab 2011 berichtet, obschon der Beschwerdeführer laut Intake-Protokoll vom 29. März 2012 zu diesem Zeitpunkt noch zu 100 % angestellt gewesen sei. Erst bei der Wiederaufnahme der Arbeit nach der Diskushernien-Operation hätten sich angeblich Mobbing-Probleme eingestellt. Es sei nicht ersichtlich, weshalb bei einer remittierten Depression eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. Zum Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ äusserte sich der RAD-Arzt wie folgt: Dieses Teilgutachten sei schlüssig und nachvollziehbar. Die Beurteilung einer maximalen 60%igen Arbeitsfähigkeit im Pflegeberuf wegen des Rückenleidens sei folgerichtig, ebenso die volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit mit leichter körperlicher Belastung und mit Wechselpositionen. In der Konsensbeurteilung sei dann die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen übernommen worden, d.h. der Versicherte sei auch in rückenadaptierten Tätigkeiten aus psychischen Gründen nur zu 50 % arbeitsfähig. Nach dem Gesagten sei in der angestammten Tätigkeit als Pflegehelfer von einer Arbeitsfähigkeit von 0 % vom 10. Oktober 2012 bis 11. Juli 2013 und von einer solchen von 60 % ab dem 12. Juli 2013 auszugehen. In einer Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % vom 10. Oktober 2012 bis 11. Juli 2013 und eine solche von 100 % ab dem 12. Juli 2013. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig (IV-Nr. 54). 6. Zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt: 6.1 Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, gab in seinem psychiatrischen Gutachten zu Händen der Krankentaggeldversichererin (J.\_\_\_\_) vom 31. Dezember 2018 zur aktuellen Situation an, der Explorand teile mit, weiterhin Mühe damit zu haben, sich zu konzentrieren. Er sei nervös und leide unter nächtlichen Durchschlafstörungen. Tagsüber spaziere er und lese die Zeitung. Mit Blick auf seine Situation nach der Kündigung des langjährigen beruflichen Beschäftigungsverhältnisses durch den Arbeitgeber per Ende Dezember 2018 habe er gesagt, er sei verloren und kaputt. Er sei seriös und schätze in Ausübung seiner Tätigkeit die Qualität. An seinem Arbeitsplatz sei es jedoch nur auf die Quantität angekommen. Der Explorand gebe an, er werde langsam alt, sei schon am Rücken operiert worden und er habe Beschwerden von Seiten des linken Knies; er sei auch psychisch krank. Im Weiteren wurde dargelegt, der psychopathologische Befund sei durch eine leichte Verschiebung der Stimmungslage zum depressiven Pol gekennzeichnet. Die affektive Auslenkbarkeit sei leicht eingeschränkt gewesen. Im Affekt habe der Explorand immer noch beträchtlich gekränkt mit Blick auf die Kündigung des langjährigen Beschäftigungsverhältnisses durch den Arbeitgeber gewirkt. Das Auftreten sei

zurückhaltend gewesen und der Ton klagsam. Der Explorand habe mit weitgehend fester, etwas monotoner Stimme gesprochen und sei nur teilweise in der Lage gewesen, Blickkontakt zu halten. Psychomotorisch sei er ausgeglichen gewesen. Die kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Auffassung, Merkfähigkeit und Erinnerung seien im Rahmen des Gesprächs, das am frühen Nachmittag stattgefunden habe, intakt gewesen. Die gedankliche Umstellung bei Themenwechsel sei prompt gelungen. Der Gesprächsverlauf sei durchgehend flüssig gewesen. Im äusseren Erscheinen sei der mitteilende Explorand, der von einem Kollegen zum Termin chauffiert worden sei, gepflegt gewesen. Das formale Denken sei weitschweifig gewesen, insgesamt jedoch geordnet nachzuvollziehen. Das inhaltliche Denken sei im Rahmen der Evaluation anlassbezogen auf die Schilderung von Biographie und Beschwerdeentwicklung gerichtet gewesen. Breiten Raum in seinen Ausführungen hätten die Umstände der Kündigung des langjährigen beruflichen Beschäftigungsverhältnisses durch den Arbeitgeber eingenommen. Zeichen psychotischen Denkens, Erlebens, Wahrnehmens oder Verhaltens hätten sich nicht gefunden. Hinweise auf Eigen- oder Fremdgefährdung hätten ebenfalls nicht vorgelegen. Zusammengefasst liege mittlerweile ein teilweise rückläufiger Befund vor. Das klinische Bild sei mit einer mittelgradigen Depression vereinbar, die inzwischen am Zurückgehen und aktuell partiell remittiert sei. Die affektiven Kernsymptome der Depression seien noch leicht ausgeprägt. Vorherrschend sei nach wie vor eine beträchtliche Kränkung. Dr. med. E. \_\_\_ gab im Weiteren an, diagnostisch handle es sich um eine rezidivierende depressive Störung, aktuell um eine mittelgradige Episode (ICD-10: F32.1), die teilweise remittiert sei. Es sei offensichtlich, dass das Krankheitsbild auch zum aktuellen Zeitpunkt – wie offensichtlich bereits früher – in Zusammenhang mit einer psychosozialen Belastungssituation stehe, konkret mit der Kündigung des Anstellungsverhältnisses durch den Arbeitgeber. Die früher genannten Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung stünden gegenwärtig nicht im Vordergrund. Eine fachärztliche Behandlung sei vorläufig weiterhin indiziert, vor allem mit Blick auf die vollständige Genesung bzw. Rückfallvorbeugung. Weitere Therapiemassnahmen, z.B. eine wesentliche Umstellung bzw. Erweiterung der Psychopharmakotherapie bzw. eine (teil-)stationäre psychiatrische Behandlung, kämen in Anbetracht eines partiell rückläufigen Befundes gegenwärtig nicht mehr in Betracht. Das Resümee lautete wie folgt: dem 57-jährigen Exploranden, Pflegehelfer SRK, in gekündigtem Anstellungsverhältnis mit der Stiftung K. \_\_\_, [...], werde seit Mitte September 2018 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert, zuletzt weiterhin zu 100 %. Hintergrund sei das Rezidiv einer Depression, wobei der zeitliche Zusammenhang mit der Kündigung der Anstellung durch den Arbeitgeber offensichtlich sei. Angesichts des teilweise rückläufigen klinischen Befundes sei die Arbeitsunfähigkeit nur noch vorübergehend bis längstens Ende März 2019 ausgewiesen. Spätestens mit Beginn des darauffolgenden Monats, April 2019, sei wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit umsetzbar, die dem letzten, inzwischen aufgelösten Arbeitsplatz vergleichbar bzw. ähnlich sei. Grundsätzliche Einschränkungen beruflicher Aktivität, die weitergehende Abklärungen bzw. Massnahmen notwendig machen würden, bestünden von Seiten des psychiatrischen Fachgebietes nicht. Angepasste Beschäftigungen entfielen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Explorand somit spätestens ab Anfang April 2019 für jede Aufgabe geeignet, die seinen beruflichen Kenntnissen und Fähigkeiten entspreche. Er wäre gebeten, sich eine Tätigkeit zu suchen, die seinen beruflichen Voraussetzungen sowie seinen individuellen Ansprüchen bzw. Bedürfnissen am ehesten gerecht werde. Man könne die schwierige Ausgangslage, in der sich der Explorand

in Anbetracht der Kündigung des langjährigen beruflichen Beschäftigungsverhältnisses durch den Arbeitgeber gegenwärtig befinde, persönlich gut verstehen. Allerdings sei es das aktive Bemühen um eine neue berufliche oder persönliche Herausforderung, die an die Kompetenz eines Betroffenen appelliere und damit wieder zu gewohnter Normalität und üblichen Abläufen bzw. Strukturen im Alltag beitrage. Arbeitsdispens über einen längeren Zeitraum hinweg laufe solchen Bestrebungen eher zuwider und sollte deswegen zeitlich möglichst begrenzt werden, sobald das akute Krankheitsgeschehen zurückgehe (IV-Nr. 63 S. 9 ff.).

6.2 Aus dem Bericht des Spitals F.\_\_\_\_, Urologisches Kompetenzzentrum, vom 22. Februar 2019, gehen folgende Diagnosen hervor: 1. Unterpolzyste links 10 x 10 cm mit Verdacht auf Obstruktion des proximalen Harnleiters, DD Nierenbeckenabgangsenge; 2. Verdacht auf abakterielle chronische Prostatitis; 3. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Sensibilitätsstörung im rechten Bein, Diskushernie L4/5 mit Peronäusparesis rechts, Sequesterektomie L4/5 am 19.01.2012; 4. Adipositas; 5. Beginnende mediale femoropatellare Gonarthrose rechts; 6. Depression. Die Beurteilung lautete wie folgt: Es zeige sich beim Patienten als Zufallsbefund eine grosse Nierenzyste und Obstruktion des proximalen Harnleiters, wobei es sich auch um eine Ureterabgangsenge handeln könne. Eine Funktionsaussage zur Niere könne nicht gemacht werden. Um hier weiterzukommen, sei der Patient für eine zusätzliche CT-Untersuchung mit Kontrastmittel angemeldet worden. Zusätzlich werde eine Nierenfunktionsszintigraphie durchgeführt. Nach Erhalt der Befunde werde der Patient nochmals aufgeboten. Bezüglich der Blasenstörung, die er temporär gehabt habe, sei von einer prostatistischen Irritation im Sinne einer chronischen abakteriellen Prostatitis auszugehen. Derzeit sei der Patient beschwerdefrei. Auch zeigten sich laborchemisch keine Zeichen für einen Infekt im Urogenitaltrakt (IV-Nr. 67 S. 8 f.)

6.3 Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Bericht an die Krankentaggeldversichererin vom 18. März 2019 fest, der Patient leide an einer mittel- bis schwergradigen rezidivierenden depressiven Störung. Es fänden eine supportive Einzelpsychotherapie, eine Behandlung mit Psychopharmaka sowie eine verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie statt. Der Abstand der Sitzungen betrage in der Regel zwei bis drei Wochen, entsprechend dem aktuellen Zustand bzw. den Bedürfnissen des Patienten, wobei der Abstand von zwei Wochen überwiege. Zur Prognose und zum weiteren Prozedere legte der behandelnde Arzt dar, der Patient sei seit dem 14. September 2018 aufgrund einer schweren depressiven Episode nach der Kündigung der Arbeitsstelle zu 100 % krankgeschrieben. Der Verlauf sei durch Schwankungen bzw. immer wieder auftretende Krisen gekennzeichnet. In geringen Belastungssituationen reagiere er mit psychischen Dekompensationen, mit verstärkt depressiven Symptomen. In solchen Situationen seien u.a. folgende Symptome berichtet und beobachtet worden: Suizidgedanken, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Schlafstörungen mit Albträumen, Verspannung, innere Unruhe und Nervosität. Bei der aktuellen Exploration mit drei Hauptsymptomen (gedrückt, depressive Stimmung mit Antriebsmangel, Interessenverlust, Freudlosigkeit) sowie vier und mehr Zusatzsymptomen (vermindertes Selbstvertrauen, Schlafstörungen, verminderte Konzentration, Gefühle von Schuld und pessimistischen Zukunftsperspektiven) sei die Diagnose einer schwergradigen Episode nach ICD-10 zu stellen. Die ängstlich-depressive Symptomatik habe sich mittlerweile von den auslösenden (reaktiven) Faktoren entkoppelt und eine Eigendynamik entwickelt, die nicht in einem direkten sozialen Kontext angesiedelt sei. Die depressive Störung und die Angststörung schränken die für die angestammte Tätigkeit notwendigen Fähigkeiten derart ein, wie im Mini-ICF dargelegt, dass weiterhin ein 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch in

einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe. Der zeitliche Verlauf der Zustandsverbesserung und das Wiedererlangen einer Teil- oder vollen Arbeitsfähigkeit seien zum aktuellen Zeitpunkt nicht mit genügender Zuverlässigkeit abzuschätzen. Aus therapeutischer Sicht werde die Weiterführung der bestehenden Gesprächstherapie mit vor allem auch verhaltenstherapeutischen Ansätzen zur Veränderung der dysfunktionalen Bewältigungsstrategien empfohlen sowie die psycho-pharmakologische Medikation. Die Prognose sei ungünstig bis offen. Es sei zu hoffen, dass durch die Therapie die depressive Symptomatik in den Hintergrund gedrängt werde, wodurch die soziale Kompetenz gestärkt werden könnte. Dann wäre eventuell mit Hilfe beruflicher Massnahmen ein Wiedereinstieg zu versuchen. Zurzeit seien jedoch berufliche Massnahmen nicht durchführbar (IV-Nr. 61 S. 1 f.).

6.4 Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_, Urologisches Kompetenzzentrum, vom 25. März 2019 wurde u.a. die Diagnose «Unterpolzyste links 10 x 10 cm ohne Harnabflussstörung links» angegeben. Es wurde dargelegt, zur Beurteilung der linken Niere sei zusätzlich eine MRT-Untersuchung sowie eine Nierenfunktionsuntersuchung veranlasst worden. Hier zeige sich die bekannte Unterpolzyste sowie eine zusätzliche akzessorische Nierenarterie links, ohne jedoch eine Harnabflussstörung zu verursachen. Dies bestätige auch die Nierenfunktionsszintigraphie. Da der Patient keine Beschwerden habe, werde diesbezüglich keine Behandlung empfohlen. Bezüglich der chronischen Prostatitis habe der Patient regelmässig Prostataplan eingenommen. Darunter verspüre er eine Verbesserung (IV-Nr. 67 S. 6 f.).

6.5 Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 2. Juli 2019, wurde angegeben, die ambulante Behandlung habe vom 22. Dezember 2016 bis 24. April 2019 gedauert. Der Patient stelle sich alle drei bis sechs Monate in der Sprechstunde vor. Arbeitsunfähigkeiten seien bisher nicht attestiert worden. Die Behandlung erfolge des Weiteren über die Physiotherapie. Beim Patienten bestehe ein drittgradiger Knorpelschaden am medialen Femurcondylus mit subchondralem Ödem bei medialem Meniscus-Unterflächenriss des Hinterhorns. Bei konservativer Therapie mit Physiotherapie sei es zu einer Schmerzlinderung gekommen, sodass der Patient aktuell bei leichten Arbeiten und beim Übergang vom Stehen ins Sitzen arbeitsfähig sei. Die vorgeschlagene Infiltrationstherapie sei von ihm bisher nicht gewünscht worden. Beim aktuellen Verlauf sehe man den Wiedereinstieg des Patienten in die Arbeitswelt bei entlastender Tätigkeit für das linke Knie als gegeben an. Man empfehle weiterhin Analgesie nach Massgabe der Beschwerden sowie eine Fortsetzung der Physiotherapie zur muskulären Stärkung und gegebenenfalls eine Infiltrationstherapie. Die letzte Tätigkeit des Patienten als Anästhesiepfleger sei ihm gekündigt worden. Aktuell sei er arbeitssuchend. Es werde daher bei Wiedereingliederung des Patienten in den Arbeitsalltag eine Tätigkeit mit Entlastung des Kniegelenks empfohlen, sodass eine längerfristige Ausübung der Tätigkeit erfolgen könne (IV-Nr. 68 S. 2 f.).

6.6 Die neue Hausärztin, Dr. med. M.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, ab Februar 2019 Nachfolgerin von Dr. med. H.\_\_\_\_, hielt in ihrem Bericht vom 16. Juli 2019 folgende Arbeitsunfähigkeiten des Beschwerdeführers fest: 100 % vom 14. September 2018 bis 30. Juni 2019 und 80 % vom 1. Juli bis 31. August 2019. Zur medizinischen Situation legte sie dar, nach der unerwarteten, plötzlichen Kündigung am 14. September 2018 habe der Patient psychisch dekompenziert. Er habe bis dahin zu 100 % gearbeitet trotz Schmerzen an der Schulter rechts, im Rücken, im linken Knie sowie an den Handgelenken. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden Schulterschmerzen rechts (EM 2017), Rückenschmerzen (Sequestrektomie L4/L5 2012), Handgelenksschmerzen beidseits im Mai 2019, eine Gonarthrose rechts im Oktober 2018 sowie ein Verdacht auf eine Leistenhernie rechts im Juli 2019 angegeben. Als

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Colon irritabile, eine Polypektomie im Juli 2019 sowie eine Nierenzyste links angegeben. Die Motivation des Patienten sei aufgrund verschiedener Schmerzen und ausgeprägtem Leidensdruck eher gering. Zur Eingliederung wurde erwähnt, die bisherige Tätigkeit als Pflegehelfer sei mit einem Pensum von zweimal zwei Stunden pro Woche (?) und eine dem Leiden angepasste Tätigkeit mit einem Pensum von zweimal vier Stunden pro Woche zumutbar. Die Prognose zur Eingliederung sei eher schlecht. Generalisierte Schmerzen sowie die psychische Instabilität stünden einer Eingliederung im Weg (IV-Nr. 69). 6.7 Der behandelnde Psychiater Dr. med. G. \_\_\_ gab in seinem Arztbericht vom 12. September 2019 an, die ambulante Behandlung erfolge seit dem 22. Februar 2012 bis auf weiteres. Der Patient sei gegenwärtig ein- bis zweimal pro Monat in Behandlung. Es bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Pflegehelfer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 17. September 2018 bis 30. Juni 2019 und eine solche von 80 % vom 1. Juli 2019 bis auf weiteres. Zur medizinischen Situation legte der behandelnde Psychiater dar, nach der Ablehnung seines Leistungsgesuchs Ende 2013 habe der Patient eine neue Stelle gesucht. Nach erfolglosen Bewerbungen für 50%-Stellen habe er begonnen, sich für 100%-Stellen zu bewerben. Er habe dann eine neue 100%-Stelle als Pflegehelfer mit Stellenantritt am 1. Dezember 2013 gefunden. Anfänglich sei er temporär angestellt gewesen, nach drei Monaten habe er eine Festanstellung bekommen. Aufgrund der Erfahrungen am vorherigen Arbeitsplatz habe er sich in seinem neuen Arbeitsumfeld im Team anfänglich zurückhaltend verhalten, es sei aber mit der Zeit zu zwischenmenschlichen Problemen und Konflikten an der Arbeit gekommen. Aufgrund dieser Entwicklung sei es zu einer erneuten depressiven Krise Ende Oktober 2015 gekommen. Er sei für zwei Wochen krankgeschrieben worden. Anfangs April 2016 sei seine Mutter in Bosnien gestorben, worauf eine erneute depressive Krise mit Gewichtsverlust von 5 kg eingetreten sei. In dieser Situation habe man sich ihm gegenüber an der Arbeit wenig rücksichtsvoll gezeigt. Man habe ihm nach der Rückkehr an die Arbeit die schwierigsten Patienten zugeteilt. In der Folge habe er sich Mitte 2016 mehr über Rücken- und Beinschmerzen beschwert und sei nach erneuter Abklärung der Wirbelsäule anfangs Oktober 2016 wieder zur Physiotherapie gegangen. Gleichzeitig habe sich eine psychische Belastung wegen gesundheitlicher und beruflicher Probleme der Tochter eingestellt. Ende 2016/anfangs 2017 sei es zu einer Häufung von somatischen Beschwerden in Form von Bein- und Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, erhöhtem Blutdruck, gleichzeitig Verdacht auf Panikattacken oder Epilepsieanfälle gekommen. Er sei damals auch neurologisch abgeklärt worden, ein Hirnleiden habe ausgeschlossen werden können. Anfangs 2017 habe er weiter an Gewicht verloren. Die Probleme an der Arbeit hätten angehalten. Seine Kritik und Vorschläge für Verbesserungen am Arbeitsplatz seien nicht akzeptiert worden. Die Probleme am Arbeitsplatz hätten ihn immer mehr belastet. Im September 2017, bei einem Gespräch mit der unmittelbar Vorgesetzten, habe er geweint. Im September 2018 sei ihm die Stelle gekündigt worden. Er habe darauf mit einer anhaltenden starken Depression und Zunahme der Schmerzen im Bewegungsapparat reagiert, worauf er krankgeschrieben worden sei. Vor einer stationären psychiatrischen Behandlung habe er Angst geäußert und habe sich dazu nicht fähig gefühlt. Anfangs 2019 habe die urologische Abklärung den Befund einer Nierenzyste links ergeben. Seit dem 1. Juli 2019 sei er beim RAV als 20 % arbeitsfähig angemeldet worden. Anfangs Juli 2019 seien bei einer Colonoscopie 3 Polypen entfernt worden. Aus psychiatrischer Sicht stünden depressionsbedingte Beschwerden und die psychische Belastung durch chronische Schmerzen im Bewegungsapparat und Probleme an der letzten Arbeitsstelle im

Vordergrund. Es bestehe auch eine lange Liste von somatischen Problemen. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, ein Status nach posttraumatischer Belastungsstörung und differentialdiagnostisch eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F33.11, F43.1, F62.0; Diagnosestellung zumindest seit Behandlungsbeginn im 2012) angegeben. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Verdacht auf eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) seit 2016/2017 angegeben. Zur Prognose wurde erwähnt, eine teilweise Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erscheine möglich. Die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit Psychopharmaka sei weiterzuführen. Zurzeit erscheine der Patient zu 20 % arbeitsfähig für leichte Arbeiten ohne besondere körperliche oder geistige Anstrengung. Zu den Funktionseinschränkungen wurde dargelegt, aus psychiatrischer Sicht stünden im Vordergrund depressionsbedingte Einschränkungen wie Antriebsschwäche, schnelle Ermüdbarkeit und Konzentrationsstörungen. Limitierend auf die psychische und körperliche Belastbarkeit wirke sich auch die chronische Schmerzproblematik aus. In sozialen Kontakten sei der Beschwerdeführer auch reduziert belastbar, er sei leicht reizbar, vertrage keine Kritik, in einem für ihn ungünstig verlaufenden Gespräch könne es schnell zu einem verbalen Konflikt kommen. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei aktuell höchstens zwei Stunden pro Tag zuzumuten. Es müsse der weitere Behandlungsverlauf abgewartet werden, eine definitive Prognose sei noch nicht möglich. Der aktuell noch immer labile Gesundheitszustand stehe einer Eingliederung im Weg (IV-Nr. 71).

6.8 RAD-Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 25. November 2019 fest, es sei beim Spital F.\_\_\_\_, Orthopädie (Dr. med. O.\_\_\_\_), nachzufragen, seit wann der drittgradige Knorpelschaden am medialen Femurcondylus, der laut dem Bericht vom 2. Juli 2019 eine kniebelastende Tätigkeit als Anästhesiepfleger verunmögliche, bestehe. Aus medizinischer Sicht sei der Versicherte als Anästhesiepfleger zu 100 % arbeitsunfähig. Seit wann dies gelte, könne nach Eingang der Antwort von Dr. med. O.\_\_\_\_ gesagt werden. In einer Verweistätigkeit sei der Versicherte ab April 2019 zu 100 % arbeitsfähig; davor sei er gemäss dem Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 76).

6.9 Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 12. Dezember 2019 stellte Dr. med. O.\_\_\_\_, Leitender Arzt, folgende Hauptdiagnosen: Drittgradiger Knorpelschaden medialer Femurcondylus mit subchondralem Ödem sowie Status nach medialem Meniscus Unterflächenriss Hinterhorn vom Oktober 2018. Seit April 2016 beständen beim Patienten, ohne erinnerliches Trauma, die Schmerzen an der Innenseite des linken Kniegelenkes, die dem drittgradigen Knorpelulkus entsprächen (IV-Nr. 78).

6.10 In ihrer Stellungnahme vom 13. Februar 2020 wies die RAD-Ärztin darauf hin, für die angestammte Tätigkeit als Anästhesiepfleger bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auf Dauer ab der Erstdiagnose des Knorpelschadens im linken Knie gemäss dem Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_, d.h. seit Oktober 2018. Für eine Verweistätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit ab April 2019, davor eine vollständige Arbeitsunfähigkeit gemäss dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ (IV-Nr. 80).

6.11 Aus der im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingeholten Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2020 geht Folgendes hervor: Die Beurteilung des behandelnden Psychiaters überzeuge aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht. Es seien IV-fremde Faktoren als arbeitsfähigkeitsrelevant beschrieben worden, allerdings werde nicht klar, ob und wenn ja,

wieviel diese bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung eine Rolle gespielt hätten. Die Beurteilung des behandelnden Psychiaters sei widersprüchlich: Als Diagnose werde eine mittelgradige Depression gestellt, die hohe Arbeitsunfähigkeit von 80 % entspreche tendenziell einer schwerstgradigen Depression. Der Psychiater benenne demnach auch keine objektiven Testergebnisse, die diese Klassifikation objektivierten oder nachvollziehbar erscheinen liessen. Eine psychiatrische Begutachtung ohne Fremdanamnese deklassifiziere kein psychiatrisches Gutachten. Es sei vielmehr als Norm anzusehen. Ebenfalls sei ein fast einstündiges Gespräch mit zusätzlichem Aktenstudium aus medizinischer Sicht nicht als deklassifizierend für eine medizinische Beurteilung anzusehen. Sodann seien keine objektivierbaren depressionsspezifischen Testergebnisse oder Ähnliches vorgelegt worden. Es seien somit keine neuen medizinischen Erkenntnisse durch den Rechtsvertreter des Versicherten hervorgebracht worden. Aus Sicht des RAD könne weiterhin auf die vorerwähnten Stellungnahmen abgestellt werden. Eine Begutachtung sei aus Sicht des RAD nicht notwendig (IV-Nr. 88).

6.12 Dem Bericht des Spitals F.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 20. Oktober 2020 können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden: 1. Drittgradiger Knorpelschaden medialer Femurcondylus mit subchondralem Ödem sowie Status nach medialem Meniscus Unterflächenriss Hinterhorn vom Oktober 2018; 2. Metatarsalgie Dig. I-V beidseits. Zum Verlauf wurde angegeben, der Patient stelle sich zur geplanten Verlaufskontrolle in der Sprechstunde vor. Seine Beschwerden hätten vor zwei Jahren begonnen. Der Patient berichte, dass er weiterhin gelegentliche dumpf stechende Schmerzen über dem medialen Kniekompartiment sowie gelegentlich lateral angebe. Dafür gehe er regelmässig in die Physiotherapie. Aktuell sei er durch Schmerzen über die Fussballen beidseits beeinträchtigt. Diese Schmerzen, berichte der Patient, bestünden seit ungefähr einem Jahr, träten immer beim Laufen auf und es seien beidseits begleitende Kribbelparästhesien vorhanden. Unter dem Titel «Beurteilung und Procedere» wurde angegeben, der Patient sei weiterhin mit der Durchführung der ambulanten Physiotherapieübungen bezüglich des linken Kniegelenks schmerz kompensiert. Aktuell stehe die Metatarsalgie beidseits im Vordergrund. Es werde eine Abklärung für eine Polyneuropathie mit HbA1-Bestimmung und die Durchführung des ganzen Polyneuropathie-Laborpanels empfohlen. Wenn diese unauffällig seien, werde um Zuweisung des Patienten in die Fussprechstunde gebeten (IV-Nr. 93 S. 22 f.).

6.13 Die Hausärztin Dr. med. M.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 7. Dezember 2020 folgende Diagnosen: 1. Chronifiziertes lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom mit Sensibilitätsstörungen im rechten Bein; 2. Diskushernie L4/L5 mit Peronäusparese rechts, Sequestrektomie L4/L5 am 19. Januar 2012; 3. Adipositas; 4. Mediale und femoropatelläre Gonarthrose rechts, drittgradiger Knorpelschaden medialer Femurcondylus mit subchondralem Ödem sowie Status nach medialem Meniscus Unterflächenriss Hinterhorn vom Oktober 2018; 5. Drittgradiger Knorpelschaden medialer Femurcondylus mit subchondralem Ödem, medialer Meniscusunterflächenriss Hinterhorn, VKB Ganglion Knie links MRI 09/2018; 6. leichte sensible axonale Polyneuropathie der unteren Extremitäten (Elektrophysiologie vom 26.11.2013), Verdacht auf unilaterales Restless leg-Syndrom rechts; 7. Anamnestisch bekannte Angst- und Panikstörung ; 8. Verdacht auf CTS beidseits, HG-Manschette seit Mai 2019, Patient möchte aktuell keine Abklärung; 9. Polypektomie (Koloskopie 07/2019), insgesamt 5 Polypen, histologisch Tubuläres Kolonschleimhautadenom mit low grade Dysplasie; 10. Verdacht auf Colon irritabile mit Stuhlunregelmässigkeiten und wechselnden Bauchbeschwerden; 11. Ulkuskrankheit mit Status nach kleinen oberflächlichen Ulcera ventriculi unmittelbar präpylorisch, Status nach

HP-Eradikationstherapie bei positivem Urease-Schnelltest im November 1997;

12. Unterpolzyste links (10 x 10 cm) ohne Harnabflussstörung links; 13. Abakterielle chronische Prostatitis, unter Prostatplatt forte 1-0-1, Status nach Hamatospermie. Gemäss KG-Eintrag vom 26. Oktober 2020 bestünden nach langem Laufen Schmerzen in den Zehen und im Fussrücken beidseits, in der Nacht seien Schmerzen in den Füßen beim Beugen und Strecken vorhanden. Es bestehe ein Fusssohlenbrennen, der Patient habe aber gleichzeitig kalt. Es sei eine Dysästhesie in den Dig. II, III und IV des rechten Fusses seit der Rückenoperation im Jahr 2012 vorhanden. Es bestehe sodann ein Kältegefühl in der Wade rechts, nun aber anders (IV-Nr. 93 S. 18 f.). 6.14 Im Schreiben vom 9. Dezember 2020 stellte die Hausärztin folgende Diagnosen: 1. Metatarsalgie Dig I bis V beidseits erneut seit ca. 02/2020; 2. Fussbrennen bds. a.e. bei Polyneuropathie; 3. leichte sensible axonale Polyneuropathie der unteren Extremitäten (Elektrophysiologie vom 26.11.2013); 4. Verdacht auf unilaterales Restless leg-Syndrom rechts (2013); 5. Drittgradiger Knorpelschaden medialer Femurkondylus mit subchondralem Ödem, medialer Meniskusunterflächenriss Hinterhorn, VKB Ganglion Knie links; 6. Beginnende mediale Gonarthrose rechts, ED 12/2013». Im Weiteren wurde angegeben, falls der Anspruch auf eine IV-Rente trotz der vorbestehenden Rückenbeschwerden und der psychischen Erkrankung (schwere psychosoziale Vorgeschichte) abgelehnt werde, sei eine andauernde Arbeits- und Leistungsfähigkeitseinschränkung aufgrund der Beschwerden der unteren Extremitäten nicht anzunehmen. An die Spezialisten sei die Frage zu stellen, ob die Therapieoptionen ausgeschöpft seien. Bei dem hochgradigen Knorpelschaden im Knie links sei im November 2018 z.B. eine Infiltration empfohlen worden, eine solche sei jedoch nicht durchgeführt worden. Allenfalls müsste dies bei Beschwerdepersistenz noch nachgeholt werden (IV-Nr. 93 S. 20 f.). 6.15 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. G. \_\_\_\_, hielt in seinem Bericht an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vom 14. Dezember 2020 fest, die Behauptung, dass der Patient spätestens ab April 2019 wieder zu 100 % arbeitsfähig sei, stütze sich auf das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_ vom 31. Dezember 2018 (Untersuchung vom 4. Dezember 2018). Der von ihm erstellte Bericht vom 12. September 2019 enthalte gemäss den Angaben des RAD eine nicht nachvollziehbare Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, da eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit nicht im Einklang mit der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sei und tendenziell einer schweren Depression entspreche, die nicht diagnostiziert worden sei. Im RAD-Bericht werde nicht erwähnt, dass beim Patienten auch weitere psychiatrische Diagnosen bestünden, die Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. So sei aus psychiatrischer Sicht die Situation etwas komplizierter, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dürfe in so einem Fall nicht nur vom Schweregrad der Depression abhängig gemacht werden. Übrigens habe zeitnah zum vorerwähnten Bericht auch der Psychiater Dr. med. L. \_\_\_\_ in seinem Bericht vom 23. Juli 2019 die Arbeitsunfähigkeit des Patienten mit 80 % beurteilt. Die Unterschiede in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch ihn und Dr. med. L. \_\_\_\_ im Vergleich zur Beurteilung von Dr. med. E. \_\_\_\_ seien entstanden, weil die von Dr. med. E. \_\_\_\_ vorausgesagte Besserung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nicht eingetreten sei. Vielmehr habe sich der psychische Zustand des Patienten durch die Zunahme der depressiven und die Reaktivierung der posttraumatischen Beschwerden wieder verschlechtert, es seien auch neue somatische Probleme dazu gekommen, die noch weiter abzuklären seien. Um die gesundheitliche Situation, die Arbeitsfähigkeit und die Invalidität korrekt beurteilen zu können, sei eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig (IV-Nr. 93 S. 16 f.). 6.16 Dem im vorliegenden Beschwerdeverfahren nachgereichten (vgl. E. I. 2.2 hiervor) Bericht des

Spitals F.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 22. Dezember 2020 (Sprechstundenbericht vom 21. Dezember 2020) können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden: 1. Verdacht auf symptomatische beginnende CC- und Talonaviculararthrose bds.; 2. Metatarsalgie beidseits mit/bei Digitus superductus IV rechts, Spreizfuss, DD neuropathischer Schmerz bei Polyneuropathie. Sodann wurden folgende Nebendiagnosen angegeben: 3. Sensible axonale Polyneuropathie der unteren Extremitäten (Elektrophysiologie vom 26.11.2013), Verdacht auf unilaterales Restless leg-Syndrom rechts, Vibrationssinn 5/8 (November 2020); 4. Drittgradiger Knorpelschaden medialer Femurkondylus mit subchondralem Ödem, medialer Meniskusunterflächenriss Hinterhorn, VKB Ganglion Knie links, MRI vom 12.09.2018: Mit Zunahme Knorpelschaden mit viertgradigem Riss medialer Femurkondylus, Extrusion medialer Meniskus, Zunahme mediale Osteophyten, St.n. Kontusion Knie rechts ca. 13.03.2017; 5. Lumbalgie untere LWS seit 27.09.2017, St.n. Sequestrektomie L4/5 01/2012; 6. Unterpolzyste links (10 x 10 cm) ohne Harnabflussstörung links, MRT vom 14.03.2019: Bei akzessorischer Unterpolarterie links und einer grossen Unterpolzyste liegt kein Harnaufstau vor. Alle kortikalen Nierenzysten sind unauffällig. Nierenfunktionszintigraphie vom 06.03.2019: Kein Hinweis auf eine urodynamisch relevante Abflussbehinderung beidseits. Nierenfunktion im Seitenvergleich: linke Niere 41 %, rechte Niere 49 %.; 7. Adipositas; 8. Depression. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, einerseits bestehe bei klinisch verminderter Sensibilität mit reduziertem Vibrationssinn am ehesten ein Fortschreiten einer bereits im Jahr 2013 elektrophysiologisch dokumentierten Polyneuropathie. Bei der Metatarsalgie könnten daher neuropathische Schmerzen bei berichteter brennender Sensation nicht ausgeschlossen werden. Beim Spreizfuss sei zur Entlastung eine weiche Fussbettung mit retrokapitaler Abstützung zu empfehlen. In Kombination mit dem klinischen Verdacht auf eine symptomatische CC- und Talonavicularfrüharthrose beidseits werde die Anwendung von Schuhen mit steifer Sohle und Abrollrampe empfohlen. In Kombination mit Spreizfuss, Arthrose und Polyneuropathie mache die Versorgung mit einem orthopädischen Serienschuh mit Fussbettung Sinn. Sollten die Vorfusschmerzen nicht ausreichend gelindert werden durch die Schuhversorgung, sei gegebenenfalls eine neurologische Reevaluation der Polyneuropathie zu erwägen. Als Procedere wurde die Versorgung mit orthopädischen Serienschuhen angegeben (BB 8).

## **E. 7.1**

7.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente (sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen) mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 16. November 2020 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss ihren Abklärungen sei dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Pflegehelfer seit Oktober 2018 aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr zuzumuten. Spätestens ab April 2019 seien ihm aus psychiatrischer Sicht den beruflichen Kenntnissen und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeiten wieder in einem 100%-Pensum zumutbar. Auch aus somatischer Sicht bestünden keine Diagnosen, die gegen eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leichten, adaptierten Tätigkeit sprechen würden. Damit sei es ihm weiterhin zumutbar, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. Der Invaliditätsgrad betrage 0 %. Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 31. Dezember 2018 gebe hinsichtlich Anamnese, Befund und Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie hinsichtlich der Begründung der daraus gezogenen Schlussfolgerungen hinreichend Auskunft. Darauf könne abgestellt werden. Es bestehe kein Indiz für eine bisher noch nicht bekannte, möglicherweise die

Arbeitsfähigkeit tangierende Gesundheitsbeeinträchtigung und es könne auch nicht glaubhaft gemacht werden, dass die bereits bekannten Gesundheitsbeeinträchtigungen noch nicht ausreichend abgeklärt worden seien. Von weiteren beweismässigen Vorkehren könne daher abgesehen werden (IV-Nr. 91; A.S. 1 ff.). 7.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, zur Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit und des Invaliditätsgrades sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten anzuordnen; eventualiter seien die Akten zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung wird im Wesentlichen dargelegt, gemäss dem aktuellsten Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. G. \_\_\_\_, vom 14. Dezember 2020 bestünden beim Beschwerdeführer psychiatrische Erkrankungen, welche in der RAD-Stellungnahme vom 6. Juli 2020 nicht erwähnt worden seien. Diese seien jedoch zu berücksichtigen, weil sie Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit hätten. So werde in der RAD-Stellungnahme nur die mittelgradige Depression erwähnt, ohne dabei auf die diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung und die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung einzugehen. Dies wäre jedoch in Anbetracht der Tatsache, dass der Beschwerdeführer seit seiner Einreise in die Schweiz aufgrund der kriegsbedingten psychischen Symptomatik unregelmässig in psychiatrischer Behandlung stehe, zwingend zu berücksichtigen. Gemäss der Beurteilung des behandelnden Psychiaters dürfe aufgrund der Komplexität des Beschwerdebildes für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht nur auf den Schweregrad der Depression abgestellt werden. Der behandelnde Psychiater komme zum Schluss, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers unter Einbezug sämtlicher Diagnosen nur noch 20 % betrage. Zudem habe Dr. med. L. \_\_\_\_ in seinem Bericht vom 23. Juli 2019 zeitnah eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % attestiert. Gemäss den Angaben von Dr. med. G. \_\_\_\_ sei die von Dr. med. E. \_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 31. Dezember 2018 vorausgesagte Besserung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nicht eingetreten. Vielmehr habe sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers durch die Zunahme der depressiven und die Reaktivierung der posttraumatischen Beschwerden erheblich verschlechtert. Bei der psychischen Störung des Beschwerdeführers handle es sich um eine chronische Erkrankung, welche sich wellenförmig und in unterschiedlichen Intervallen auswirke. Im Weiteren bestünden nach den Angaben der Hausärztin, Dr. med. M. \_\_\_\_, verschiedene somatische Diagnosen, aufgrund welcher davon auszugehen sei, dass die Beschwerden in den unteren Extremitäten (Beine, Füsse) weiter zunähmen. Auf Empfehlung der Ärzte sei der Beschwerdeführer für die ambulante Sprechstunde Fusschirurgie angemeldet worden. Auch unter diesem Aspekt erscheine es fragwürdig, dass die Beschwerdegegnerin eine verfahrensabschliessende Verfügung erlassen habe. Der medizinische Endzustand scheine offensichtlich noch nicht erreicht. Es sei offensichtlich unzulässig, bei der Beurteilung der Rentenfrage auf ein Gutachten aus dem Jahr 2018 abzustellen, wenn sich die gesundheitliche Situation nicht stabilisiert habe und der Beschwerdeführer noch in medizinischer Behandlung stehe. Eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung sei für die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zwingend nötig. Sei dies in Form eines Gerichtsgutachtens, sei dies in Form einer Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Neubeurteilung (A.S. 6 ff.). 7.2 Im Rahmen des vom Beschwerdeführer am 8. Mai 2019 eingeleiteten Neuanmeldungsverfahrens holte die Beschwerdegegnerin bei dessen Krankentaggeldversicherung (J. \_\_\_\_ ) verschiedene Unterlagen ein, u.a. das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_ vom 31. Dezember 2018, und führte hernach weitere Abklärungen in somatischer Hinsicht durch. Im Folgenden ist zu prüfen, ob der relevante

medizinische Sachverhalte von der Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt wurde. 7.2.1 In psychiatrischer Hinsicht stellt die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ ab, weshalb zunächst dessen Beweiswert zu prüfen ist. Hierzu ist festzuhalten, dass es sich nicht um ein von der Beschwerdegegnerin eingeholtes Administrativgutachten handelt, vielmehr wurde dieses von der Krankentaggeldversicherung des Beschwerdeführers in Auftrag gegeben. Insofern kommt dieser Beurteilung der Beweiswert einer versicherungsinternen ärztlichen Feststellung zu. Ein förmlicher Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung besteht zwar nicht. Eine solche ist dann anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2018 vom 14. November 2018 E. 4.1; BGE 135 V 465 E. 4 S. 467 ff., jeweils mit Hinweisen). Sollten demnach vorliegend geringe Zweifel bestehen, kann im IV-Verfahren nicht auf die genannte Expertise abgestellt werden. Allgemein kann zum Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ gesagt werden, dass dieses in Kenntnis der vorhandenen Aktenlage (insbesondere lag das bidisziplinäre Gutachten aus dem Jahr 2013 von Dr. med. C. \_\_\_ und Dr. med. D. \_\_\_ vor), nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der subjektiven Angaben desselben und von einem ausgewiesenen Facharzt auf dem entsprechenden Gebiet erstellt wurde. Insofern sind die Voraussetzungen an eine beweiskräftige Expertise erfüllt. Inhaltlich legt der Gutachter gestützt auf die anamnestischen Angaben und den von ihm erhobenen klinischen Befund nachvollziehbar dar, dass beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung (aktuell mittelgradige Episode) zu diagnostizieren, diese aber teilweise remittiert sei. Dies steht im Einklang mit der Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. med. G. \_\_\_, der ebenfalls eine mittelgradige depressive Episode diagnostizierte (vgl. E. II. 6.7 hiervor), und dem klinischen Befund (leichte Verschiebung der Stimmungslage zum depressiven Pol, affektive Auslenkbarkeit leicht eingeschränkt, im Affekt beträchtliche Kränkung mit Blick auf die Kündigung des langjährigen Beschäftigungsverhältnisses, zurückhaltendes Auftreten, Ton klagsam, psychomotorisch ausgeglichen, Konzentration, Auffassung, Merkfähigkeit und Erinnerung im Rahmen des Gesprächs intakt, formales Denken weitschweifig, insgesamt jedoch geordnet nachzuvollziehen, inhaltliches Denken anlassbezogen auf die Schilderung von Biographie und Beschwerdeentwicklung gerichtet). Zusammengefasst liegt aus gutachterlicher Sicht ein teilweise rückläufiger Befund vor, weil die affektiven Kernsymptome der Depression noch leicht ausgeprägt seien, aber nach wie vor eine beträchtliche Kränkung vorherrsche. Ebenfalls plausibel ist die Feststellung des Gutachters, dass das Krankheitsbild aktuell wie früher in Zusammenhang mit einer psychosozialen Belastungssituation stehe, konkret mit der Kündigung des Anstellungsverhältnisses durch den Arbeitgeber. Der Gutachter hält weiter fest, dass die früher genannten Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung gegenwärtig nicht im Vordergrund stünden. Auch dies ist mit Blick auf die vom erneuten Verlust der Arbeitsstelle geprägte Befunderhebung nachvollziehbar. Der Gutachter schlussfolgert aus dem teilweise rückläufigen klinischen Befund, dass nur vorübergehend bis längstens Ende März 2019 eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei. Spätestens mit Beginn des darauffolgenden Monats, d.h. April 2019, sei wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit umsetzbar, die dem letzten, inzwischen aufgelösten Arbeitsplatz vergleichbar bzw. ähnlich sei. Aus psychiatrischer Sicht sei der Explorand somit spätestens ab Anfang April 2019 für jede Aufgabe geeignet, die seinen beruflichen Kenntnissen und

Fähigkeiten entspreche. Es wird somit ab April 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit postuliert (IV-Nr. 63 S. 13; vgl. E. II. 6.1 hiervor). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 143 V 418) sind sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Was die Kategorie «funktioneller Schweregrad» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz, Komorbiditäten, Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, sozialer Kontext) betrifft, so lässt sich dem Gutachten entnehmen und anhand der erhobenen Befunde auch nachvollziehen, dass der Schweregrad der bestehenden depressiven Störung mittelgradig ausgeprägt, aber sich in Remission befindend ist. Die vom behandelnden Psychiater ebenfalls erwähnten, früher genannten Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. einer andauernden Persönlichkeitsänderung des Beschwerdeführers nach Extrembelastung sieht der Gutachter zum Begutachtungszeitpunkt nicht im Vordergrund stehend, es wurden offensichtlich auch keine typischen Befunde wie Nachhallerrinnerungen, Flashbacks, (Alb-)träume, Betäubtsein oder emotionale Stumpfheit gefunden. Die stattfindende fachärztliche Behandlung wird gutachterlich gesehen als vorläufig weiterhin indiziert erachtet, vor allem mit Blick auf die vollständige Genesung bzw. Rückfallvorbeugung. Weitere Therapiemassnahmen wie zum Beispiel eine Erweiterung der Psychopharmakotherapie oder eine (teil-)stationäre psychiatrische Behandlung kämen gegenwärtig, in Anbetracht eines partiell rückläufigen Befundes, nicht mehr in Betracht. In Bezug auf den Komplex «Persönlichkeit» lässt sich den Akten entnehmen, dass nie eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert oder in Betracht gezogen wurde. Der behandelnde Psychiater spricht (wie bereits im Jahr 2012) differentialdiagnostisch von einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung und äussert insofern eine Verdachtsdiagnose (vgl. E. II. 5.1 und 6.7 hiervor), wobei auch zu beachten ist, dass der Beschwerdeführer trotz traumatisierender Kriegserfahrungen über viele Jahre hinweg in der Lage war, einer Beschäftigung nachzugehen, nachdem er in die Schweiz geflüchtet war und hier quasi einen neuen Beruf erlernt und danach lange Zeit ausgeübt hatte. So hat er auch nach der ersten Kündigung einer langjährigen Stelle, die zu einer Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin führte, im Anschluss an den ablehnenden Rentenentscheid wieder im Beruf Fuss fassen können. Nachdem es nach erneuter Kündigung nach mehreren Jahren Beschäftigung wieder zur Neuanmeldung gekommen ist, zeigt sich auch, dass der Umstand des Verlusts der Arbeitsstelle für den Beschwerdeführer beide Male zu einer Akzentuierung der psychischen Beschwerden geführt hat. So wird gutachterlich in der Befunderhebung auch dargelegt, dass im Affekt eine beträchtliche Kränkung mit Blick auf die Kündigung des langjährigen Beschäftigungsverhältnisses bestehe. Das Krankheitsbild stehe klar in Zusammenhang mit einer psychosozialen Belastungssituation (IV-Nr. 63 S. 12 f.). Im Übrigen hat der Beschwerdeführer nur wenig Angaben zu seiner sozialen Situation gemacht. Nicht zu erkennen ist ein sozialer Rückzug bei vorbestehender höherer Teilnahme am sozialen Leben. Seit seiner Einreise in die Schweiz scheint der Beschwerdeführer offenbar nicht viele soziale Kontakte gehabt zu haben. Das Familienleben ist intakt und erscheint in diesem Zusammenhang als vorhandene Ressource. Aufgrund der geringen Angaben zum sonstigen Aktivitätenniveau lässt sich nicht viel darüber sagen, inwiefern in allen vergleichbaren Lebensbereichen eine gleichmässige Einschränkung besteht. Zum behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer therapeutische Optionen annimmt, sich insbesondere seit vielen Jahren einer psychotherapeutischen Behandlung unterzieht,

allerdings einen stationären Aufenthalt nicht antreten wollte (vgl. Arztbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 12. September 2019, IV-Nr. 71; E. II. 6.7 hiervor). Insgesamt bestehen auch unter dem Gesichtspunkt der Indikatorenprüfung keine Zweifel an der Schlüssigkeit der gutachterlichen Feststellung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Hiervon ging auch der RAD in seiner Stellungnahme vom 25. November 2019 aus (IV-Nr. 76; E. II. 6.8 hiervor).

7.2.2 Der Beschwerdeführer lässt verschiedene Einwände gegen die RAD-Beurteilung und das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ erheben. So würden in der RAD-Stellungnahme die diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung und die andauernde Persönlichkeitsänderung des Beschwerdeführers nach Extrembelastung nicht berücksichtigt. Der behandelnde Psychiater schliesse auf eine Leistungsfähigkeit von nur noch 20 %. Die von Dr. med. E.\_\_\_\_ vorausgesagte Besserung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sei nicht eingetreten. Vielmehr habe sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers durch die Zunahme der depressiven und die Reaktivierung der posttraumatischen Beschwerden erheblich verschlechtert (vgl. Beschwerde, S. 3 f., Art. 2 und 3). In der Stellungnahme vom 6. Juli 2020 (IV-Nr. 88) führte der RAD (Dr. med. N.\_\_\_\_) aus, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den behandelnden Psychiater sei widersprüchlich (Arbeitsunfähigkeit von 80 % bei einer mittelgradigen Depression). Eine solche Arbeitsunfähigkeit entspreche tendenziell einer schwergradigen Depression. Der behandelnde Psychiater benenne auch keine objektiven Testergebnisse, die diese Klassifikation objektivieren würden. Tatsächlich entsprechen die Befunde, die der behandelnde Psychiater, Dr. med. G.\_\_\_\_, in seinem Bericht vom 12. September 2019 erhob (IV-Nr. 71), eher einem leicht- als einem mittelgradigen depressiven Bild: die Stimmung sei gedrückt, der Beschwerdeführer affektiv reduziert schwingungsfähig und inhaltlich fokussiert auf die Probleme an der letzten Arbeitsstelle. Dies entspricht den Befunden, die auch der Gutachter, Dr. med. E.\_\_\_\_, erhoben hatte, und der gestützt darauf auf eine sich in Remission befindende mittelgradige depressive Episode schloss. Eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation gegenüber der Begutachtung im Dezember 2018 ist aus dem Bericht vom 12. September 2019 nicht ersichtlich. Insgesamt geht aus seinen neueren Arztberichten nichts Anderes hervor als aus denjenigen vor der stattgehabten Begutachtung. Es handelt es sich bei der Einschätzung des behandelnden Arztes um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts, wobei hier der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden muss, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Der RAD führte in seiner Stellungnahme vom 25. November 2019 eine mittelgradige depressive Episode, teilweise remittiert, als psychiatrische Diagnose auf. Nicht erwähnt werden eine posttraumatische Belastungsstörung und eine andauernde Persönlichkeitsänderung des Beschwerdeführers nach Extrembelastung. Der RAD stellt dabei auf das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ ab, der das Vorhandensein dieser Diagnose(n) plausibel verneint hat (vgl. Ausführungen zur Indikatorenprüfung, E. II. 7.2.1 hiervor). Insgesamt hat die Beschwerdegegnerin bei der Frage des psychischen Zustandes zu Recht auf das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ abgestellt. Eine hier relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist nicht eingetreten. Nachdem der Beschwerdeführer sich am 8. Mai 2019 (IV-Nr. 59) erneut zum Leistungsbezug angemeldet hat, ist eine allfällige, zeitweise Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab September 2018 (Verlust der Arbeitsstelle) nicht relevant, weil seit April 2019 und damit vor der Neuanschuldung aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ist.

7.2.3 In somatischer Hinsicht hat die Beschwerdegegnerin verschiedene ärztliche Berichte eingeholt und ist zum Schluss gekommen, dass aus somatischer Sicht keine Diagnosen bestünden, die gegen eine volle

Arbeitsfähigkeit in einer leichten, adaptierten Tätigkeit sprechen würden. Der Beschwerdeführer lässt hingegen geltend machen, die Beschwerden der unteren Extremitäten (Beine, Füsse) nähmen zu und der medizinische Endzustand sei in dieser Hinsicht noch nicht erreicht (Beschwerde, S. 4 Art. 4). Die Beweiskraft der eingeholten medizinischen fachärztlichen Berichte wird nicht gerügt, wobei festzustellen ist, dass diese den allgemeinen Anforderungen an einen verwertbaren Arztbericht genügen (vgl. hierzu E. II. 4.1 – 4.3). Zum Zeitpunkt der ersten materiellen Rentenprüfung im Jahr 2014 lagen gestützt auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer ein chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom rechts, eine beginnende mediale und femoropatelläre Gonarthrose rechts, eine AC-Gelenks-Reizung rechts ohne radiologisches Korrelat sowie eine Adipositas WHO-Klasse II vor. Das arbeitsmedizinische Problem aus rheumatologischer Sicht wurde in einer verminderten Belastbarkeit des Achsenorgans für Tätigkeiten mit schwerem Heben und Tragen von Lasten sowie für Arbeiten in wirbelsäulenbelastenden Zwangspositionen längerdauernd rein sitzend, rein stehend, in vornübergeneigten Körperhaltungen oder mit repetitiv rumpfrozierenden Stereotypen, sowie für Tätigkeiten mit extendierter Wirbelsäulenhaltung, beispielsweise im Überkopfbereich, gesehen. Als zumutbar wurden körperlich bis zu mittelschwer belastende Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen erachtet. Weiter wurde darauf hingewiesen, dass die beginnende Gonarthrose rechts längerfristig zusätzlich zur Rückenproblematik noch Limitierungen bezüglich dem Gehen grösserer Strecken sowie insbesondere in unebenem Gelände oder dem Treppensteigen mit Lastentragen bedingen und zusätzlich Limitierungen für Arbeiten in kniender oder hockender Körperposition rechtfertigen könnte. Es wurde eine Arbeitsfähigkeit von 60 % für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Krankenpfleger attestiert, in einer körperlich leichtbelastenden Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 49.1 S. 9 ff.; vgl. E. II. 5.3 hiervor). Gemäss den im Rahmen der aktuellen Rentenprüfung eingeholten Berichten sind die Rückenbeschwerden offensichtlich in den Hintergrund getreten. Beim Beschwerdeführer wurde neu einerseits eine Nierenzyste und Obstruktion des proximalen Harnleiters diagnostiziert. Eine diesbezüglich veranlasste MRT-Untersuchung sowie eine Nierenfunktionsuntersuchung zeigte keine Harnabflussstörung. Dies wurde durch eine durchgeführte Nierenfunktionsszintigraphie bestätigt. Der behandelnde Arzt hielt fest, dass der Beschwerdeführer keine Beschwerden habe, weshalb auch keine Behandlung empfohlen werde (IV-Nr. 67 S. 6 f.; vgl. E. II. 6.4 hiervor). Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert. Insofern haben diese (neuen) Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Im Spital F.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, wurde im Arztbericht vom 2. Juli 2019 (IV-Nr. 68 S. 2 f.) ausgeführt, es bestehe ein drittgradiger Knorpelschaden am medialen Femurcondylus mit subchondralem Ödem bei medialem Meniscus-Unterflächenriss des Hinterhorns. Es handelt sich hier ebenfalls um eine Diagnose, die bei der ersten materiellen Rentenprüfung noch nicht gestellt worden war. Im Bericht wird auch angegeben, man sehe beim aktuellen Verlauf den Wiedereinstieg in die Arbeitswelt bei entlastender Tätigkeit für das linke Knie als gegeben an (vgl. E. II. 6.5 hiervor). Die neue Hausärztin (Dr. med. M.\_\_\_\_) hielt in ihrem Bericht vom 16. Juli 2019 hingegen fest, es bestünden Schulterschmerzen rechts (EM 2017), Rückenschmerzen (Sequestrektomie L4/L5 2012), Handgelenksschmerzen beidseits im Mai 2019, eine Gonarthrose rechts im Oktober 2018 sowie ein Verdacht auf eine Leistenhernie, und attestierte zunächst eine 100%ige und danach eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit. Dies ohne zu begründen, inwiefern sich welche Diagnose auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirkt. Sie hielt lediglich fest, die generalisierten

Schmerzen hinderten den Beschwerdeführer an der Wiedereingliederung (IV-Nr. 69; vgl. E. II. 6.6 hiervor). In einem weiteren Bericht des Spitals F.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 12. Dezember 2019, wurden als Hauptdiagnosen ein drittgradiger Knorpelschaden des medialen Femurcondylus mit subchondralem Ödem sowie ein Status nach medialem Meniscus Unterflächenriss Hinterhorn vom Oktober 2018 diagnostiziert. Seit April 2016 bestünden beim Patienten, ohne erinnerliches Trauma, die Schmerzen an der Innenseite des linken Kniegelenkes, die dem drittgradigen Knorpelulkus entsprächen (IV-Nr. 78; E. II. 6.9 hiervor). Der RAD hat in der Stellungnahme vom 13. Februar 2020 (IV-Nr. 80) darauf Bezug genommen und festgehalten, dass die bisherige Tätigkeit als Anästhesiepfleger ab Erstdiagnose im Oktober 2018 nicht mehr zumutbar sei (100%ige Arbeitsunfähigkeit). Dies erscheint mit Blick auf die gestellte Diagnose nachvollziehbar. Für eine Verweistätigkeit wurde indessen eine vollständige Arbeitsfähigkeit gesehen. Auch dies erscheint plausibel (vgl. E. II. 6.10 hiervor). Kurz vor Verfügungserlass, am 20. Oktober 2020, berichtete das Spital F.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, noch einmal über diese Diagnose und stellte weiter fest, es bestehe eine Metatarsalgie Dig. I-V beidseits. Es wurde angegeben, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Durchführung der ambulanten Physiotherapieübungen bezüglich des linken Kniegelenks weiterhin schmerz kompensiert sei. Aktuell stehe die Metatarsalgie beidseits im Vordergrund. Es werde die Abklärung für eine Polyneuropathie mit HbA1-Bestimmung und die Durchführung des ganzen Polyneuropathie-Laborpanels empfohlen. Wenn diese unauffällig seien, werde um Zuweisung des Patienten in die Fussprechstunde gebeten (IV-Nr. 93 S. 22 f.). Eine Arbeitsunfähigkeit wurde jedoch nicht attestiert (vgl. E. II. 6.12 hiervor). Insofern lagen der Beschwerdegegnerin zum Verfügungszeitpunkt auch in somatischer Hinsicht Unterlagen zum medizinischen Sachverhalt vor. Demgemäss ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustands insofern eingetreten, als dass sich die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers als Krankenpfleger aus somatischen Gründen als nicht mehr zumutbar erweist. Für eine körperlich leichte Verweistätigkeit besteht gemäss den Stellungnahmen des RAD (IV-Nrn. 76 und 80) indessen nach wie vor und trotz neuer Diagnosen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. E. II. 6.8 und 6.10 hiervor), was mit Blick auf die vorhandenen Berichte, insbesondere der Tatsache, dass aus fachärztlicher Sicht keine Arbeitsunfähigkeiten attestiert wurden, einleuchtet. Schliesslich lassen sich auch aus den Unterlagen, die nach Erlass der angefochtenen Verfügung eingegangen sind, keine Rückschlüsse für die Zeit vor Verfügungserlass ziehen, die zu einem anderen Ergebnis führen würden. Sogar die Hausärztin berichtete am 9. Dezember 2020 (IV-Nr. 93 S. 20 f.), aufgrund der Beschwerden der unteren Extremitäten sei eine andauernde Arbeits- und Leistungsfähigkeitseinschränkung leider nicht anzunehmen. Ebenfalls führte sie aus, der Beschwerdeführer habe eine neurologische Abklärung betreffend die Schmerzen in den Füessen abgelehnt (vgl. E. II. 6.14 hiervor). Die Abklärung für eine Polyneuropathie war durch die Ärzte des Spitals F.\_\_\_\_ empfohlen worden. Wenn diese unauffällig sei, sollte der Beschwerdeführer in die Fussprechstunde aufgeboten werden (IV-Nr. 93 S. 22 f.). Der Beschwerdeführer macht in Bezug auf diese Fussprechstunde geltend, der medizinische Endzustand sei nicht erreicht und die Beschwerdegegnerin hätte (noch) keine Verfügung erlassen dürfen. Wenn er sich selber empfohlenen Abklärungen nicht unterzieht, kann er dies jedoch nicht für sich geltend machen. Das Gleiche gilt für eine bereits am 2. Juli 2019 durch das Spital F.\_\_\_\_ empfohlene Infiltration am Knie, die der Beschwerdeführer ebenfalls nicht durchführen liess (vgl. E. II. 6.5 hiervor). Im Beschwerdeverfahren wurde ein weiterer Bericht des Spitals F.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 22. Dezember

2020 (Sprechstundenbericht vom 21. Dezember 2020) nachgereicht. Darin werden als Hauptdiagnosen ein Verdacht auf eine symptomatische beginnende CC- und Talonaviculararthrose bds. sowie eine Metatarsalgie beidseits mit/bei Digitus superductus IV rechts, Spreizfuss, DD neuropathischer Schmerz bei Polyneuropathie, diagnostiziert. Auch diesem Bericht lässt sich nichts entnehmen, was zur Klärung des medizinischen Sachverhalts bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 16. November 2020 von Relevanz wäre. Es wird wiederum keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Zu den Fussbeschwerden wird erläutert, beim Spreizfuss sei zur Entlastung eine weiche Fussbettung mit retrokapitaler Abstützung zu empfehlen. In Kombination mit dem klinischen Verdacht auf eine symptomatische CC- und Talonavicularfrüharthrose beidseits werde die Anwendung von Schuhen mit steifer Sohle und Abrollrampe empfohlen. In Kombination mit Spreizfuss, Arthrose und Polyneuropathie mache die Versorgung mit einem orthopädischen Serienschuh mit Fussbettung Sinn. Sollten die Vorfusschmerzen nicht ausreichend gelindert werden durch die Schuhversorgung, sei gegebenenfalls eine neurologische Reevaluation der Polyneuropathie zu erwägen (vgl. E. II. 6.16 hiervor). Inwiefern daraus eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Verweistätigkeit resultieren sollte, ist nicht ersichtlich. Zusammengefasst ist die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zu Recht davon ausgegangen, dass in einer körperlich leichten, adaptierten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit besteht, ohne noch weitere Abklärungen tätigen zu müssen. Auch ein Gerichtsgutachten erscheint bei dieser Sachlage nicht angezeigt. Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

## **E. 8**

8.1 Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich wird vom Beschwerdeführer insofern gerügt, als er geltend macht, er habe bei seiner letzten Arbeitgeberin einen unterdurchschnittlichen Lohn erzielt, was unter dem Titel Parallelisierung der Einkommen zu berücksichtigen sei. Ausserdem sei aufgrund der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und weil die angestammte Tätigkeit eine schwere Arbeit gewesen sei, beim Invalideneinkommen ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen.

8.2 Die Beschwerdegegnerin hat für die Bemessung des Valideneinkommens auf den zuletzt erzielten Verdienst bei der Stiftung P. \_\_\_\_, [...], gemäss Krankheitsanzeige der Krankentaggeldversicherung J. \_\_\_\_, vom 21. September 2018 (IV-Nr. 63 S. 47) abgestellt. Demgemäss betrug der Grundlohn CHF 4'410.00 zuzüglich 13. Monatslohn (von ebenfalls CHF 4'410.00), das Jahreseinkommen somit CHF 57'330.00. Das Invalideneinkommen wurde aufgrund der Tatsache, dass der Beschwerdeführer keine zumutbare Tätigkeit aufgenommen hat, anhand eines Tabellenlohns der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet. Der herangezogene Tabellenlohn (LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Niveau 1, Männer, entspricht inklusive Aufrechnung der Wochenstunden [:40 x 41.7] CHF 67'767.00) erscheint angesichts des zumutbaren Tätigkeitsprofils als korrekt. Damit resultiert gegenüber dem Valideneinkommen ein höheres Invalideneinkommen.

8.3 Wie beim Invalideneinkommen handelt es sich auch beim Valideneinkommen um eine hypothetische Grösse, indem nicht auf den – unter Umständen schon länger zurückliegenden – zuletzt tatsächlich erzielten Verdienst abzustellen ist (BGE 114 V 310 E. 3b S. 314; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 559/04 vom 16. Februar 2005 E. 2.1), sondern darauf, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung

entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2011 IV Nr. 55 S. 163 8C\_671/2010 E. 4.5.1; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth : Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 327). Hat eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen wie geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse oder beschränkte Anstellungsmöglichkeiten zufolge Saisonierstatus ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen bezogen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommen begnügen wollte. Praxisgemäss wird diese so genannte Parallelisierung der Vergleichseinkommen entweder beim Valideneinkommen durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Lohnes oder durch Abstellen auf statistische Werte oder aber beim Invalideneinkommen durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes vorgenommen. Zugrunde liegt dabei die Überlegung, dass bei einer versicherten Person, welche in derjenigen Tätigkeit, die sie als Gesunde ausgeübt hat, einen deutlich unterdurchschnittlichen Lohn erzielte, weil persönliche Eigenschaften (namentlich fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse, ausländerrechtlicher Status) die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglichten, nicht anzunehmen ist, dass sie mit gesundheitlicher Beeinträchtigung einen durchschnittlichen Lohn erreichen könnte (BGE 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f. mit Hinweisen; vgl. dazu Meyer / Reichmuth , a.a.O., S. 354 ff.; Ueli Kieser : Die Parallelisierung der Vergleichseinkommen bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades, in: Ueli Kieser [Hrsg.], Validen- und Invalideneinkommen, 2013, S. 49 ff., 85; Urteil des Bundesgerichts 9C\_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.3). Dabei gilt der vor Eintritt des Gesundheitsschadens tatsächlich erzielte Verdienst erst dann im Sinne der Rechtsprechung als deutlich unterdurchschnittlich, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen Tabellenlohn abweicht. Eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen hat jedoch bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen nur in dem Umfang zu erfolgen, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_4/2014 vom 11. März 2014 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 135 V 297 E. 6.1 S. 302 ff. sowie Urteil des Bundesgerichts 8C\_902/2009 vom 1. April 2010 E. 5.1.1). Der durchschnittliche Tabellenlohn für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen beträgt gemäss der entsprechenden Tabelle (LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Ziff. 86 – 88, Kompetenzniveau 1, Männer) CHF 5'388.00. Der vom Beschwerdeführer zuletzt erzielte Verdienst (CHF 4'410.00) liegt damit 18 % unter dem durchschnittlichen Tabellenlohn. Die Erheblichkeitsgrenze von 5 % ist somit überschritten. Folglich müsste, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind, vom Invalideneinkommen ein Abzug von 13 % (Anrechnung nur im Umfang der die Erheblichkeitsgrenze von 5 % übersteigenden Abweichung) gemacht werden, womit dieses CHF 58'957.00 betragen würde. Selbst wenn auf diesem Tabellenlohn noch ein maximaler leidensbedingter Abzug von 25 % gewährt würde (was aufgrund der vorliegenden Umstände und im Vergleich mit anderen Fällen ohnehin nicht angezeigt erschiene), würde kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren. Das Invalideneinkommen würde dann CHF 44'218.00 betragen und der Invaliditätsgrad 23 %. Somit können sowohl die Frage der Parallelisierung des Einkommens als auch diejenige eines allfälligen leidensbedingten Abzugs vorliegend offengelassen werden. Es besteht ohnehin kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad und damit kein Rentenanspruch. Berufliche Massnahmen lässt der Beschwerdeführer nicht beantragen und es ist auch nicht ersichtlich, inwiefern solche angezeigt wären. Die Beschwerde ist

abzuweisen.

## **E. 9**

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteienschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). 9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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