

SO_GERICHTE VSBES.2020.61 vom 11. Februar 2020

SO Obergericht, 2020-02-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.61

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.61 du 11 février 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.61 del 11 febbraio 2020

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1957, [...], meldete sich erstmals am 10. Dezember 2013 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an. Bei den Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung gab er «Rückenschmerzen, mit Ausstrahlung li. Bein» an (IV-Stelle Beleg [IV-]Nr. 2). 1.2 Dr. med. B.____, FMH Radiologie, C.____, [...], erstellte am 28. und 30. August 2013 je einen Bericht über die MRT der LWS und des linken Kniegelenks des Beschwerdeführers (IV-Nr. 40.8, S. 11 ff.). 1.3 Am 16. Oktober 2013 beantwortete med. prakt. D.____, [...], die durch die Coop OE Versicherungen, SWICA Krankenversicherung AG, [...], gestellten Fragen (IV-Nr. 5). Diese Stellungnahme und weitere medizinische Unterlagen stellte der Krankenversicherer am 16. Januar 2014 der Beschwerdegegnerin zu (IV-Nr. 6.1 ff.). 1.4 Mit Verfügung vom 21. März 2014 wies die Beschwerdegegnerin die Leistungsbegehren bezüglich beruflicher Massnahmen und Invalidenrente ab (IV-Nr. 9). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20). 2.2 Seit der 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). 3. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (resp. der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente im Falle einer Revision, Urteil des Bundesgerichts 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1) massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

E. 4

4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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 geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E.

E. 4.1

und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1). 4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). 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 Rechtsanspruchs 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 Darlegung der medizinischen

Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 110 f. E. 7.2.2). In diesem Sinne vermag die Beurteilung der behandelnden Ärzte ein Administrativgutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben, wenn wichtige Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil [des Bundesgerichts] 9C_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

4.4 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit zahlreichen Hinweisen).

E. 5

5.1 Ist eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrads bereits einmal verweigert worden, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV); dies gilt in analoger Weise auch dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3 S. 68, 117 V 198 E. 4b S. 200).

5.2 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr

eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren durch Vergleich des Sachverhalts, wie er bei Erlass der letzten auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs behandelnden Verfügung bestanden hat, mit dem diejenigen im Zeitpunkt der Neuanmeldung, wobei auch die weitere Entwicklung bis zum Erlass der Verfügung über die Neuanmeldung zu berücksichtigen ist (9C_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.1).

E. 6

6.1 Der Beschwerdeführer hat in der Neuanmeldung vom 6. November 2018 geltend gemacht, er leide seit drei Jahren unter «Rückenbeschwerden, Zuckerkrankheit, Psychische Beschwerden» (IV-Nr. 12, S. 6). Anlässlich des Intake-Gesprächs vom 15. Januar 2019 brachte er vor, «Ich habe untere Rücken- und Beinbeschwerden links. Das Knie blockiert. Kälte vertrage ich sehr schlecht. Manchmal nach 50m laufen, blockiert das Bein» (IV-Nr. 25, S. 2). In der Beschwerde vom 16. März 2020 wird zusammenfassend vorgebracht, dass es, entgegen der Behauptung der Beschwerdegegnerin, zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen sei. Diese Verschlechterung des Gesundheitszustands habe die Beschwerdegegnerin nicht korrekt abgeklärt. Das H.____-Gutachten vom 5. Juni (recte: 29. Mai) 2019 erweise sich als unverwertbar, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten sei, eine neue polydisziplinäre Begutachtung anzuordnen (A.S. 8).

6.2 Die Beschwerdegegnerin hat am 18. Mai 2020 – mit Verweis auf die Akten und die Begründung in der angefochtenen Verfügung – auf die Abgabe einer Beschwerdeantwort verzichtet (A.S. 15).

7. Hinsichtlich des relevanten medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt des letzten rechtskräftigen Entscheids der IV-Stelle vom 21. März 2014 (IV-Nr. 9) lässt sich den Akten Folgendes entnehmen:

7.1 Dr. med. B.____ kam am 28. August 2013 bezüglich der MRT der LWS des Beschwerdeführers zu folgender Beurteilung: «Linksseitige Recessus- und Foramenstenose bei Diskushernie und Osteochondrose sowie Spondylarthrose in L5/S1. Älter imponierende, linksilateral nach kaudal umgeschlagene Bandscheibenhernie in L4/5 mit zusätzlicher L5 Wurzelirritation. Hochgradige Spinalkanalstenose bei Flavum- und Facettenhypertrophie sowie angedeuteter ventraler Pseudolisthesis in L3/L4.» (IV-Nr. 40.8, S. 11). Am 30. August 2013 berichtete Dr. med. B.____ über die MRT des linken Kniegelenks wie folgt: «Fortgeschrittene retropatellare Chondropathie. Knorpelulzerationen und Chondrokalzinose im medialen Kompartiment, femoral betont (Grad III). Schräg zur tibialen Gelenkfacette gerichteter Riss des Innenmeniskus im Hinterhorn und in der Pars intermedia (Grad IIIa).» (IV-Nr. 40.8, S. 13).

7.2 In dem durch den Krankentaggeldversicherer veranlassten Bericht führte med. prakt. D.____ am 16. Oktober 2013 aus, dass beim Beschwerdeführer seit Juli 2013 linksseitige Schmerzen im ganzen Bein, verstärkt bei der körperlich strengen Arbeit, bestünden. Zu diagnostizieren seien Beinschmerzen links bei fortgeschrittener LWS-Degeneration L3/4 und L4/5 mit Wurzelkompression L3 und L4-Wurzel links, Meniskus-HH-Degeneration links medial, whs. für die Schmerzen wenig relevant. Eine Besserung der Situation mit deutlichem Schmerzurückgang sei zu erwarten, und zwar mittels der vorgesehenen Lokalinfiltration im Rücken vom 30. Oktober 2013 sowie der Physiotherapie und den Schmerzmitteln. Die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 100 % vom 13. Juli 2013 bis auf weiteres, sicher noch bis Mitte / Ende November 2013. Der Mann könne nicht länger stehen, sich drehen, bücken und vorgebeugt arbeiten.

Er könne keine Lasten über 10 kg aufheben, tragen, verschieben, ziehen oder stossen. Diese Tätigkeiten könne er zurzeit gar nicht machen. Zumutbar wären aktuell eine mehrheitlich sitzende Tätigkeit mit zwischendurch etwas Gehen oder Stehen sowie rückschonende leichte Arbeiten am Tisch, kleine Rundgänge. Diese Tätigkeiten wären wahrscheinlich bei voller Leistungsfähigkeit möglich. Aktuell bleibe der Erfolg der Infiltration und der Physiotherapie abzuwarten (IV-Nr. 5, S. 2). 8. Der angefochtenen Verfügung vom

E. 9

9.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich bei ihrer Beurteilung in erster Linie auf das Gutachten der Gutachterstelle H.____ gestützt (IV-Nr. 40.1 ff.). Es ist daher zunächst zu prüfen, ob das Gutachten als beweiswertig gelten kann. Der Beschwerdeführer hat ■ wie bereits erwähnt ■ vorbringen lassen, auf das H.____-Gutachten vom 5. Juni (recte: 29. Mai) 2019 könne mangels genügender Abklärungen nicht abgestellt werden; dabei werden einzig Vorbehalte gegenüber dem angiologischen sowie dem psychiatrischen Teilgutachten konkretisiert (A.S. 8).

E. 9.2

9.2.1 Der Beschwerdeführer macht einerseits geltend, dass im angiologischen Teilgutachten zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht Stellung genommen worden sei; dies sei insofern ein gravierender Mangel, als sich gerade auch aus den angiologischen Befunden substanzielle Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergäben, sei doch der Beschwerdeführer selbst nach Auffassung der H.____-Gutachter nicht mehr in der Lage, mehr als 200 Meter zu gehen (A.S. 7).

9.2.2 Im angiologischen Teilgutachten zum polydisziplinären Gutachten der H.____, worin vorab die Ausgangslage beschrieben und auf die Vorakten verwiesen wird, hat Dr. med. O.____, FMH Angiologie, die ausführliche Befragung des Beschwerdeführers wiedergegeben und den fachärztlichen Befund erhoben, um dann zu folgender, die Arbeitsfähigkeit beeinflussender Diagnose zu gelangen: «periphere arterielle Verschlusskrankheit im Stadium 2b links; langstreckiger Abgangverschluss der A. femoralis superficialis bis zum Adduktorenkanal; kardiovaskulärem Risikoprofil: Nikotinabusus, Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie». Im Rahmen seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hat der Gutachter angeführt, der Explorand sei in den letzten Jahren arbeitslos gewesen. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hat er dann ausgeführt, dass dem Exploranden aufgrund der linksseitigen Beinschmerzen Tätigkeiten mit einer Gehbelastung von über 200 Metern nicht zuzumuten seien. Hingegen seien für ihn sämtliche Tätigkeiten mit einer Gehbelastung von weniger als 200 Metern sowie sämtliche sitzenden Tätigkeiten zu 100 % zumutbar bzw. sei der Explorand zu 100 % arbeitsfähig. Zur Frage, ob die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen noch relevant verbessert werden könne, hat der Gutachter Folgendes ausgeführt: Die kardiovaskulären Risikofaktoren müssten gut eingestellt werden. Empfohlen werde das Durchführen eines strukturierten ambulanten Gehtrainingsprogramms (IV-Nr. 40.3, S. 1 ff.).

9.2.3 Entgegen der Darstellung in der Beschwerde ist der angiologische Gutachter nicht der Auffassung, dass der Beschwerdeführer grundsätzlich ausserstande sei, mehr als 200 Meter zu gehen (A.S. 7). Vielmehr hält der Gutachter, der sich in diesem Punkt auf die Aussagen des Beschwerdeführers stützt, Gehbelastungen von mehr als 200 Metern im Zusammenhang mit dem Ausüben einer Arbeitstätigkeit für nicht mehr zumutbar (IV-Nr. 40.3, S. 4). Dazu

lässt sich dem Untersuchungsbefund von Dr. med. O.____ entnehmen, während ein kleiner Teil der beschriebenen belastungsabhängigen Schmerzen im linken Bein durch diese Befunde (periphere arterielle Verschlusskrankheit) erklärt werden könne, sei dies zum grössten Teil und vor allem bezüglich der Ruhebeschwerden nicht erklärbar. Hingegen sind dem Beschwerdeführer ■ nach Einschätzung des Gutachters ■ kürzere Gehstrecken oder sitzende Tätigkeiten ganztägig zuzumuten. Folglich geht er mit dem Vorhalt, der angiologische Gutachter habe zur Leistungsfähigkeit keine Stellung genommen, fehl. Soweit der RAD-Arzt bei den durch den Gutachter empfohlenen medizinischen Massnahmen den Einschluss eines Nikotin-Stopps vermisst hat (IV-Nr. 42, S. 6), lässt sich in der Aussage von Dr. med. O.____, die kardiovaskulären Risikofaktoren ■ wozu bekanntlich das Rauchen gehört ■ müssten gut eingestellt sein (IV-Nr. 40.3, S. 15), immerhin ein Hinweis auf diese Thematik erblicken. Was schliesslich die mangelnde Dosierungsliste der durch den Beschwerdeführer eingenommenen Medikamente anbelangt, finden sich zwar im angiologischen Teilgutachten keine konkreten Angaben, jedoch in jenem des psychiatrischen Gutachters; ihm habe der Beschwerdeführer angegeben, 60 mg Duloxetin sowie je eine Tablette Stilnox und Redormin einzunehmen. Im Übrigen habe sich der Explorand nicht erklären können, wieso im Serum trotz regelmässiger Einnahme Duloxetin nicht nachgewiesen werden können (IV-Nr. 40.4, S. 3). Im Weiteren ist festzustellen, dass es bei diesen Medikamenten um solche handelt, die das Fachgebiet der Gefässerkrankungen nicht betreffen. Dazu kommt, dass der angiologische Gutachter das Hauptgutachten mitunterzeichnet hat, wozu nebst seinem Teilgutachten auch jenes des psychiatrischen Gutachters gehört.

9.2.4 Die Ausführungen von Dr. med. O.____ basieren auf den vollständigen Vorakten und der persönlichen Untersuchung und Befragung des Beschwerdeführers. Auf dieser Basis ist der Gutachter zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, die er widerspruchsfrei und in nachvollziehbarer Weise hergeleitet und begründet hat. Er hat zu den Angaben des Beschwerdeführers Stellung genommen und sich damit auseinandergesetzt, insbesondere auch, was die nicht erklärbaren Beschwerden angeht. Im Übrigen vermag das durch den RAD-Arzt gerügte Unterbleiben der Angabe über die Einnahme von Medikamenten an den gut begründeten Schlussfolgerungen des Gutachters nichts zu ändern. Aus angiologischer Sicht, so wird im Hauptgutachten schliesslich festgestellt, bestünden keine Inkonsistenzen (IV-Nr. 40.1, S. 11). Das angiologische Teilgutachten wird damit den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E II 4.2 hiervor) gerecht.

E. 9.3

9.3.1 Andererseits rügt der Beschwerdeführer, die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters stehe im Widerspruch zu den Einschätzungen des behandelnden Facharztes (A.S. 8).

9.3.2 Im psychiatrischen Gutachten zum polydisziplinären Gutachten der H.____, worin vorab auf die Vorakten verwiesen und der fachspezifische Aktenauszug (Bericht von Dr. med. E.____ vom 27. November 2018) angeführt wird, hat Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zuerst die Angaben des Beschwerdeführers während einer vertiefenden Befragung im Beisein eines albanischen Dolmetschers beschrieben, dann eine Anamnese vorgenommen und den psychiatrischen Befund erhoben, um schliesslich zu den Diagnosen und zur Beurteilung zu gelangen (IV-Nr. 40.4, S.1 ff.). In seiner Beurteilung hat der psychiatrische Gutachter einleitend eine Zusammenfassung der Anamnese erstellt. Seinen weiteren Ausführungen lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen

(IV-Nr. 40.4, S. 11 ff.): Zusammenfassend sei festzuhalten, dass der Explorand wegen körperlicher Erkrankungen in einer schwierigen Situation stehe und aus dem Arbeitsprozess herausgefallen sei, was auch dazu führe, dass die Zukunftsperspektiven ungewiss seien. Es sei denkbar, dass er im Rahmen dieser Belastungen mit Anpassungsschwierigkeiten oder allenfalls depressiver Störung reagiert habe. Es könne allenfalls eine etwas gedrückte Stimmung angenommen werden, doch scheine diese nicht durchgehend vorhanden zu sein. Er könne sich durchaus auch freuen. Auch in der Untersuchung habe sich gezeigt, dass er lachen könne. Es bestehe ein gewisser Interessenverlust, wobei der Explorand zeitlebens nie wesentlichen Interessen nachgegangen sei. Eine ausgesprochene Verminderung des Antriebs könne ebenfalls nicht bestätigt werden. Es sei deshalb fraglich, inwieweit tatsächlich eine relevante affektive Störung oder eher eine prolongierte Anpassungsstörung vorliege. Aufgrund des mittlerweile prolongierten Verlaufs müsste eine mögliche subdepressive Störung in Betracht gezogen werden. Die Kriterien für eine mittelschwere depressive Störung seien nicht erfüllt. Der Explorand habe aufgrund des psychischen Zustands im Alltag keine Mühe und Schwierigkeiten. Im Vordergrund stehe die körperliche Problematik. Die Persönlichkeitsstruktur scheine eher etwas einfach zu sein. Der Explorand habe auch Mühe, die gesamte Problematik erfassen zu können. Er empfinde sich als Versager, was sicher Auswirkungen auf den psychischen Zustand habe. Hinweise darauf, dass eine Persönlichkeitsproblematik vorliege, könnten nicht gefunden werden. Im Weiteren hätten sich auch keine Hinweise auf eine anderweitige psychiatrisch relevante Störung gezeigt. Aufgrund des psychischen Zustands sei der Explorand durchaus in der Lage, sich an Termine zu halten oder in einen Ablauf einzufügen. Er könne auch Aufgaben strukturieren, sich verschiedenen Begebenheiten anpassen und die fachliche Kompetenz anwenden. Er sei fähig, sich ein Urteil zu bilden und Entscheide zu fällen. Die Durchhaltetätigkeit sei durch den psychischen Zustand nicht beeinträchtigt. Er könne sich auch selbst behaupten und scheine zudem Kontakte zu Dritten zu pflegen. In der Gruppenfähigkeit sei er leicht beeinträchtigt, insbesondere, weil er lärmige Situationen nicht mehr gut aushalte. Er pflege familiäre Beziehungen, auch eine Beziehung zur Ehefrau, wobei die Sexualität beeinträchtigt sei. Er gehe kaum irgendwelchen Aktivitäten nach, wobei er zeitlebens nie wesentlichen Interessen nachgegangen sei. Die Selbstpflege sei nicht beeinträchtigt. Die Verkehrs- und Wegfähigkeit sei nicht durch den psychischen Zustand beeinträchtigt, sondern aufgrund der körperlichen Problematik, da er nicht mehr längere Strecken gehen könne. In diesem Sinne lasse sich aufgrund des psychischen Zustands nicht eine wesentliche Beeinträchtigung im Alltag ableiten, wodurch auch die vom behandelnden Psychiater angegebene Einschränkung relativiert werden müsse. Im Weiteren müsse bedacht werden, dass keine antidepressive Behandlung durchgeführt werde, obwohl der Explorand beteuert habe, dass er die Medikation einnehme; im Blut hätten keine Medikamente nachgewiesen werden können. Die Compliance scheine demnach nicht gegeben zu sein (IV-Nr. 40.4, S. 9 f.).

Im Rahmen der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung ist der psychiatrische Gutachter zu folgenden Erkenntnissen gekommen (IV-Nr. 40.4, S. 11 ff.): Hinweise auf Persönlichkeitsauffälligkeiten hätten nicht gefunden werden können. Der Explorand sei zeitlebens an verschiedenen Orten berufstätig gewesen. Er scheine sich auch in den verschiedenen Betrieben gut eingepasst zu haben. Er habe eine Familie mit fünf Kindern. Es bestehe ein gewisses soziales Umfeld. Es könne demnach davon ausgegangen werden, dass Ressourcen vorhanden seien, die er ausnützen könnte. Es würden eher oberflächliche Therapiemaßnahmen mit einmal pro Monat stattfindenden Konsultationen

durchgeführt. Zudem werde, wie Abklärungen ergäben hätten, die angegebene antidepressive Behandlung nicht befolgt, so dass die Compliance hinterfragt werden müsse. Unter den gegebenen Umständen sei es daher fraglich, inwieweit diese Behandlungsmassnahmen sinnvoll seien und weitergeführt werden sollten. Der Explorand habe eine Beeinträchtigung im Alltag, vorwiegend aufgrund der körperlichen Problematik, angegeben. Aufgrund des Lärmempfindens meide er Situationen, die eher lärmig seien, weswegen er sich teilweise zurückziehe. Die Funktionseinbussen seien nicht alleine aufgrund des psychischen Zustands zu begründen. Die Angaben deckten sich nicht mit einer relevanten psychischen Störung und seien somit nicht mit den Angaben in den Unterlagen zu vergleichen, wo eine mittelschwere depressive Störung angenommen werde. Bei einer mittelschweren depressiven Störung sei mit einer stärkeren Beeinträchtigung zu rechnen, zumindest auch mit einer dauernden Beeinträchtigung der Stimmung, mit Freudlosigkeit und Rückzug, was aber beim Exploranden nicht konsequent der Fall sei. Es bestünden demnach deutliche Inkonsistenzen. Der Explorand sei aufgrund des psychischen Zustands durchaus in der Lage, auf seine Fähigkeiten zurückzugreifen und diese auszunützen. Er verhalte sich allgemein allerdings passiv und zurückhaltend; der Grund sei nicht ganz klar. Aufgrund des psychischen Zustands könne die subjektiv angegebene Einschränkung nicht nachvollzogen werden. Was die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit anbelange, sei der Explorand aufgrund des psychischen Zustands allenfalls als vermindert belastbar einzustufen. Er sollte demnach keine Verantwortung übernehmen und nicht unter Zeitdruck arbeiten müssen. Eine wesentliche Beeinträchtigung lasse sich aber nicht ableiten. Die vom behandelnden Psychiater angegebene 50%ige Einschränkung lasse sich nicht nachvollziehen; insbesondere könne nicht eine derart starke depressive Störung angenommen werden, wie er diese geschildert habe. Es sei demnach entweder davon auszugehen, dass sich die depressive Störung gebessert habe oder sich der behandelnde Psychiater eher auf die subjektiven Angaben des Exploranden abgestützt habe. Es sei demnach auch nicht möglich, einen Verlauf der Arbeitsfähigkeit anzugeben. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei anzuführen, dass keine Tätigkeit genannt werden könne, wo der Explorand eine höhere Leistung erbringen könnte (IV-Nr. 40.4, S. 11 ff.).

9.3.3 Die Ausführungen von Dr. med. N.____ basieren auf den vollständigen Vorakten (vgl. IV-Nr. 40.4, S. 2) und der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers, die am 17. April 2019 im Beisein eines albanischen Dolmetschers stattgefunden hat (IV-Nr. 40.4, S. 1). Auf dieser Basis ist Dr. med. N.____ zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, die er widerspruchsfrei und in nachvollziehbarer Weise hergeleitet und begründet hat. Der Gutachter hat zu den Angaben des Beschwerdeführers Stellung genommen und sich damit auseinandergesetzt. Das psychiatrische Teilgutachten wird damit den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II 4.2 hiervor) gerecht. Der RAD-Arzt Dr. med. G.____ hat in diesem Teilgutachten einzig seine Einschätzung anlässlich des Intake-Gesprächs vermisst (IV-Nr. 42, S. 6); diesen Ausführungen lässt sich entnehmen, dass beim Versicherten (im Gegensatz zu den Angaben des behandelnden Psychiaters Dr. med. E.____) sicher keine chronifizierte Depressivität schweren Ausmasses auszumachen sei (IV-Nr. 25, S. 4). Ansonsten erscheine das Teil-Gutachten ■ so Dr. med. G.____ ■ fundiert und nachvollziehbar. Die Untersuchung sei im Beisein eines Dolmetschers erfolgt. Die gutachterlich-psychiatrische Einschätzung (vgl. dazu IV-Nr. 40.4, S. 11 f.) decke sich weitgehend mit seiner anlässlich des Intake-Gesprächs getroffenen (IV-Nr. 42, S. 6). Zwar weicht die Beurteilung von Dr. med.

N.____ von jener von Dr. med. E.____ ab, wonach der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit zu mindestens 50 % eingeschränkt sei (IV-Nr. 40.4, S. 12; 40.8, S. 4). Allerdings hat sich der psychiatrische Gutachter mit der abweichenden Beurteilung von Dr. med. E.____ im Rahmen der Aktenwürdigung befasst; es kann auf die Ausführungen in Erwägung II 9.3. hiervor (bzw. IV-Nr. 40.4, S. 12) verwiesen werden. Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang daran, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und die Rechtsprechung der begutachtenden Person deshalb praktisch einen gewissen Spielraum gewährt, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern dabei lege artis vorgegangen worden ist. Behandelnde und begutachtende Psychiater können, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und ■ invalidenversicherungsrechtlich entscheidend ■ deren Schweregrads mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen. Diese in der Natur der Sache begründete, weitgehend fehlende Validierbarkeit («Reliabilität») psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis sowie bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gemäss ICD-10, kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2009 vom 29. September 2009 E. 3.2). In Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 in fine, mit Hinweisen) kann eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn diese objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2010 vom 27. Dezember 2010 E. 2.2.2, 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2). Derartige Aspekte finden sich im Verlaufsbericht von Dr. med. E.____ vom 5. Dezember 2018 nicht. Vielmehr scheint er bei seiner Beurteilung vorwiegend auf die Aussagen des Beschwerdeführers abgestellt zu haben ■ was auch der psychiatrische Gutachter für möglich hält (IV-Nr. 40.4, S. 12) ■, und es fehlen im Übrigen Angaben, vor welchem medizinischen Hintergrund seine Diagnosen und Einschätzung entstanden sind. Was den Bericht des Hausarztes von Dr. med. F.____ vom 4. Januar 2019 (IV-Nr. 40.8, S. 8) anbelangt, ist festzuhalten, dass einerseits keine der im Gutachten der H.____ angeführten Disziplinen zu seinen Fachgebieten gehört, ist er doch Facharzt für Allgemeine Medizin FMH. Andererseits gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b cc, 122 V 160 E. 1c); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso ■ wie im vorliegenden Fall bezüglich Dr. med. E.____ ■ für die behandelnden Spezialärzte und erst recht für die schmerztherapeutisch tätigen Ärzte mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m. Hinw.).

9.3.4 Folglich vermag der Bericht von Dr. med. E.____ die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des psychiatrischen Administrativgutachtens nicht in Frage zu stellen.

9.4 Zu den weiteren Teilgutachten wird in der Beschwerde nichts Konkretes vorgebracht, sondern einzig auf das Einwandverfahren verwiesen. Die Beweiskraft dieser Teilgutachten ist jedoch ebenfalls zu bejahen. Es kann diesbezüglich auf die überzeugende Begründung des RAD-Arztes Dr. med. G.____ vom 9. Juli 2019 verwiesen werden: Zwar sei beim Versicherten nach Lage der medizinischen Akten eine erhebliche somatische gesundheitliche Beeinträchtigung ausgewiesen, die eine Rückkehr in die frühere Erwerbstätigkeit als Logistik-Mitarbeiter verhindere, weshalb von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit 2014 auszugehen sei. Jedoch erscheine es nachvollziehbar, dass der Versicherte eine leidensadaptierte Erwerbstätigkeit mit einem Pensum von 100 %, bei 10%iger Leistungsminderung, ebenfalls ab 2014, ausüben könne. Die Frage nach der Verwertbarkeit des Gutachtens könne bejaht werden, da der relevante medizinische Sachverhalt hinreichend abgeklärt und die daraus resultierende Arbeitsfähigkeit von 90 % in einer angepassten Tätigkeit ab 2014 als nachvollziehbar begründet und hergeleitet erscheine (IV-Nr. 42, S. 7 f.). Wie der RAD-Arzt weiter festgehalten hat, weist das internistische Teilgutachten mehrere Schwachpunkte auf, die aber die Aussagekraft der Gesamtbeurteilung nicht in Frage stellen. So liegen für die kritischen Disziplinen Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie und Angiologie beweiswertige Beurteilungen vor, wogegen die internistischen Aspekte nicht geeignet scheinen, die Arbeitsfähigkeit erheblich zu beeinträchtigen.

9.5 Schliesslich haben die Gutachter bei den Massnahmen und Therapien im polydisziplinären Konsens zusammenfassend klar zum Ausdruck gebracht, es sei nicht zu erwarten, dass durch Therapiemassnahmen eine relevante Änderung der attestierten Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit resultierte. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bei leicht eingeschränkter Leistung um 10 %, so dass diesbezüglich keine grossen Änderungen realisiert werden könnten (IV-Nr. 40.1, S. 15); insbesondere hat der psychiatrische Gutachter unter diesem Titel verlauten lassen, es sei fraglich, ob der Explorand von den psychiatrischen Massnahmen überhaupt profitiere, befolge er doch die medikamentösen Massnahmen nicht und fänden in eher grosszügig bemessenen Abständen Konsultationen statt (IV-Nr. 40.4, S. 13).

9.6 Folglich vermögen die Berichte von Dr. med. E.____ und Dr. med. F.____ die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des Administrativgutachtens nicht in Frage zu stellen. Weitere medizinische Abklärungen sind ■ entgegen dem Begehren des Beschwerdeführers ■ nicht erforderlich, da eine taugliche Beurteilungsgrundlage vorliegt.

10. Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint, ohne dies zu begründen (IV-Nr. 49). Der Beschwerdeführer hat dazu in der Beschwerde nichts vorgetragen lassen. Nachdem er jedoch aufgrund des medizinischen Beweisergebnisses in einer Verweistätigkeit zumindest seit 2014 zu 90 % arbeitsfähig ist (IV-Nr.40.1, S. 13; 42, S. 8), besteht kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Unabhängig davon wäre im vorliegenden Fall von einer subjektiven Eingliederungsunfähigkeit auszugehen und wären die Voraussetzungen zur Gewährung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen auch aus diesem Grund zu verneinen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_966/2011 vom 4. Mai 2012 E. 3.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die

Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen verneint hat.

11. Zusammenfassend ist festzustellen, dass dem Beschwerdeführer zumindest seit 2014 medizinisch-theoretisch zuzumuten ist, eine Verweistätigkeit mit einem Rendement von 90 % auszuüben, um dabei ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Im Vergleich zur Situation bei Erlass der Verfügung vom 21. März 2014 ist daher keine erhebliche Veränderung ausgewiesen. Selbst wenn man eine solche annehmen wollte, wäre ein Leistungsanspruch zu verneinen: Der Einkommensvergleich führt ■ wie dies die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid erwähnt hat (IV-Nr. 49, S. 2) ■ zu keinem rentenbegründendem Invaliditätsgrad von mindestens 40 %. Ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht nicht. Folglich erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb diese abzuweisen ist.

12. Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht grundsätzlich kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

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

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Häfliger

E. 11

Februar 2020 liegt folgender medizinischer Sachverhalt zugrunde: 8.1 Dr. med. E. ___ teilte der Beschwerdegegnerin am 5. Dezember 2018 im Rahmen eines Verlaufsberichts im Wesentlichen mit, aus psychiatrischer Sicht sei beim vorliegenden Chronifizierungsgrad der depressiven Symptomatik mittleren Ausmasses von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %, hauptsächlich in horizontaler Richtung, auszugehen, was sowohl für die angestammte Tätigkeit als für jede zumutbare Verweisbarkeit gelte (IV-Nr. 40.8, S. 3 f.; vgl. auch IV-Nr. 16). 8.2 In seinem Bericht vom 4. Januar 2019 an das Sympany

Beratungszentrum [...] führte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. F.____, aus, der Beschwerdeführer stehe seit April 2014 in seiner Behandlung und leide seit Jahren unter invalidisierenden Rückenbeschwerden. Die Arbeitsfähigkeit für schwere Arbeiten sei nicht gegeben, für leichte Arbeiten massiv eingeschränkt. In Anbetracht seines Alters sei das Finden einer neuen Anstellung äusserst unwahrscheinlich (IV-Nr. 40.8, S. 8). 8.3 Am 5. Februar 2019 stellte Dr. med. Q.____, FMH Angiologie, R.____, als Hauptdiagnosen «neurogene Beschwerden Oberschenkel linksbetont beidseits (...), obliterierende Atheromatose mit PAVK Stadium II links (...), metabolisches Syndrom (...), chronische untere Rückenschmerzen (...)» (IV-Nr. 33, S. 2 f.). 8.4 Dr. med. K.____, FMH Radiologie, kam in seiner Beurteilung über die MRT der LWS und des ISG beidseits vom 11. April 2019 zu folgendem Schluss: «Im Vergleich zur VU von 08/2013 weitere leichte Progression der vorbestehenden mehrsegmentalen, fokal erheblichen degenerativen Veränderungen der LWS. Persistierend aktivierte und partiell erosive Osteochondrosen sowie begleitend diskret aktivierte beidseitige Spondylarthrosen der unteren LWS. Persistierende mehrsegmentale relevante Einengungen des Spinalkanales und beidseitiger lumbaler Neuroforamina mit Irritation bis Kompression beidseitiger lumbaler Nervenwurzeln. Persistierende absolute Spinalkanalstenose LWK 3/4 und unveränderte Abbildung der Bandscheibenhernie LWK 4/5 sowie LWK 5/SWK 1. Leicht progrediente benigne kortikale Nierenzyste am linken Unterpol. Geringgradige beidseitige ISG-Arthrose ohne Aktivierungszeichen. Kein akut pathologischer Befund.» (IV-Nr. 40.8, S. 1 f.). 8.5 In dem durch die Beschwerdegegnerin veranlassten Gutachten gelangten die Ärzte der Gutachterstelle H.____ am 29. Mai 2019 – gestützt auf die durch die Beschwerdegegnerin zugestellten und die selbst beigebrachten Unterlagen sowie auf die eigenen persönlichen Befragungen und klinischen Untersuchungen – zu folgenden Diagnosen (IV-Nr. 40.1, S. 8): Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit linksseitige Beinschmerzen multifaktorieller Ätiologie bei PAVK im Stadium IIb und Verdacht auf Claudicatio spinalis - knapp langstreckiger Verschluss proximale/mittlere A. femoralis superficialis links - kernspintomografisch hochgradige Spinalkanalstenose LWK3/4 sowie linkslaterale umgeschlagene Bandscheibenhernie in L4/5 mit zusätzlicher L5-Wurzelirritation (MRT der LWS vom 28.8.2013) - gemäss MRT der LWS vom 11.4.2019 hochgradige Spinalkanalstenose auf Höhe LWK 3/4 und Diskushernie LWK4/5 linksbetont und LWK5/S1 mit - radiologisch Kompression der Nervenwurzeln L4 bds., L5 bds. und S1 bds., erosive Osteochondrosen und Spondylarthrosen distal-lumbal Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit 1. V. a. occipital betonte Kopfschmerzen vom Spannungstyp (ICD-10 G44.2) 2. V. a. Medikamentenübergebrauchskopfschmerzen (ICD-10 G44.4) 3. blitzartige stromartige Schmerzempfindungen multifokal lokalisiert, betont im Bereich der unteren Extremitäten sowie im Bereich der Lenden- und Brustwirbelsäule unklarer Ätiologie (ICD-10 M79.20) 4. leichte depressive Störung möglich (F32.0) 5. Genua vara; klinisch V. a. beginnende Gonarthrose links 6. klinisch sekundäre Grosszehengrundgelenksarthrose links nach Infekt im Kindesalter und weniger ausgeprägte Grosszehengrundgelenksarthrose rechts 7. Hallux valgus bds. Was die funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen, die Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen, die Konsistenzprüfung sowie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers anbelangt, hielten die Gutachter Folgendes fest (IV-Nr. 40.1, S. 9 ff.): Aufgrund der massiv eingeschränkten Gehstrecke von aktuell 200 Metern könne der Explorand keine gehenden Tätigkeiten ausführen. Er sei aufgrund des psychischen Zustands allenfalls als vermindert belastbar einzustufen. Er sollte demnach keine Verantwortung

übernehmen und nicht unter Zeitdruck arbeiten müssen. Eine wesentliche Beeinträchtigung lasse sich aber nicht ableiten. Tätigkeiten mit einer Gehbelastung von über 200 Metern seien dem Exploranden aufgrund der linksseitigen Beinschmerzen nicht zuzumuten. Rein bezogen auf den Bewegungsapparat bestünden erhebliche Funktionseinschränkungen. Der Versicherte sei einerseits bezüglich der Lendenwirbelsäule im Sinne von qualitativen und quantitativen Beeinträchtigungen wenig belastbar. Aus rheumatologischer Sicht seien ihm nur noch vorwiegend leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten, vorwiegend in sitzender Position, ohne Gehstrecken über das erwähnte Limit, zuzumuten. Der Explorand sei aufgrund des psychischen Zustands durchaus in der Lage, auf seine Fähigkeiten zurückzugreifen und diese auszunützen. Er verhalte sich allgemein allerdings passiv und zurückhaltend. Der Grund sei nicht ganz klar. Aufgrund des psychischen Zustands könne die subjektiv angegebene Einschränkung nicht nachvollzogen werden. Klinisch sei beim Versicherten während den neuropsychologischen Abklärungen wiederholt ein selbstlimitierendes Verhalten zu beobachten gewesen. Auch die beiden durchgeführten Symptomvalidierungsverfahren hätten mehrfach auffällige Ergebnisse erbracht. Das aktuelle neuropsychologische Störungsbild sei ferner in sich inkonsistent. Das Ausmass der erhobenen Funktionsdefizite stehe in einem nicht erklärbaren Widerspruch zur lebensalltäglich nur wenig / kaum eingeschränkten kognitiven Funktionalität des Versicherten und dem diesbezüglichen allgemeinen Eindruck, den dieser klinisch im Gespräch hinterlassen habe. Die Validität/Authentizität der aktuell erhobenen Befunde sei somit nicht gewährleistet. Die vom Exploranden gemachten Angaben bezüglich Gehstrecke mit Blockierung im linken Bein und Schmerzen im Bereich des linken Oberschenkels und v.a. Wade seien mit einer vaskulären Claudicatio intermittens gut vereinbar. Zusätzlich bestehe aus neurologischer Sicht die Möglichkeit einer Claudicatio spinalis bei engem lumbalem Spinalkanal auf Höhe LWK 3/4. Die Ursache der vom Exploranden angegebenen, blitzartig und stromartigen Schmerzen multifokaler Lokalisation, betont im Bereich der unteren Extremitäten, jedoch auch entlang der Lenden- und Brustwirbelsäule sowie unterhalb der Schulterblätter, sei unklar, vom Aspekt her gut vereinbar mit einer neuralgieformen Schmerzsymptomatik. Klinisch hätten sich keine Hinweise für eine sensible Polyneuropathie ergeben. Die klinisch objektivierbaren Befunde seien sehr diskret. Die Diagnosen seien ausschliesslich aufgrund der Angaben des Exploranden sowie den vorhandenen Untersuchungsbefunden erfolgt. Der Explorand habe eine Beeinträchtigung im Alltag, vorwiegend aufgrund der körperlichen Problematik, angegeben. Aufgrund des Lärmempfindens meide er Situationen, die eher lärmig seien, und ziehe er sich deswegen teilweise zurück. Die Funktionseinbussen seien nicht alleine aufgrund des psychischen Zustands zu begründen. Die Angaben deckten sich nicht mit einer relevant psychischen Störung und seien somit nicht mit den Angaben in den Unterlagen zu vergleichen, wo eine mittelschwere depressive Störung angenommen werde. Es sei bei einer mittelschweren depressiven Störung mit einer stärkeren Beeinträchtigung zu rechnen, zumindest auch mit einer dauernden Beeinträchtigung der Stimmung, Freudlosigkeit und Rückzug, was aber beim Exploranden nicht konsequent der Fall sei. Es bestünden demnach deutliche Inkonsistenzen, nicht jedoch auf angiologischer Seite. Der Versicherte habe seine Beschwerden in der rheumatologischen Untersuchung konsistent zur Aktenlage geschildert. Er sei in der klinischen Untersuchung kooperativ gewesen. Zeichen eines sogenannt vermehrten Schmerzgebarens (Waddell-Zeichen) oder auch Hinweise auf eine Schmerzfehlerverarbeitung (Fibromyalgie-Druckpunkte) seien nur in geringem Ausmass vorhanden gewesen. Gemäss den Angaben des Exploranden habe dieser

E. 14

Jahre lang im [...] in [...] im Lager gearbeitet. Vorgängig sei er als Lagerist tätig gewesen. Aufgrund der deutlich eingeschränkten Gehstrecke, verbunden mit Blockierung und Schmerzen, sei der Explorand im früheren Beruf als Lagerarbeiter zu 100 % arbeitsunfähig. Als Zeitpunkt gehe Dr. med. J.____ von 2014 aus. (...) Die vom behandelnden Psychiater angegebene 50%ige Einschränkung lasse sich nicht nachvollziehen; insbesondere könne nicht eine derart starke depressive Störung angenommen werden, wie sie von ihm geschildert worden sei. Es sei demnach entweder davon auszugehen, dass sich die depressive Störung gebessert habe, oder, dass sich der behandelnde Psychiater eher auf die subjektiven Angaben des Exploranden abgestützt habe. Es sei demnach auch nicht möglich, den Verlauf der Arbeitsfähigkeit anzugeben. Nach den Angaben des Exploranden zu seinem letzten Arbeitsplatz hätten dessen Anforderungen die aktuell beschriebenen Limiten überschritten, so dass für die angestammte, zuletzt ausgeübte Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Der genaue Zeitpunkt des Beginns dieser Arbeitsunfähigkeit könne nicht angegeben werden. Der Explorand habe berichtet, dass er wegen verstärkten Beschwerden im Jahr 2014 beim Arbeitgeber nachgefragt habe, ob er eine leichte Arbeit mit geringerem Pensum ausführen könnte. Es sei deshalb davon auszugehen, dass sich im Laufe des Jahres 2014 graduell eine zunehmende Arbeitsunfähigkeit bis zu 100 % eingestellt habe. Gesamtmedizinisch seien sie, die Gutachter, somit nach eingehender Konsensbesprechung zum Schluss gekommen, dass dem Versicherten die angestammte schwere Tätigkeit seit 2014 nicht mehr zuzumuten sei. In einer angepassten Tätigkeit mit Vermeidung von längeren Gehstrecken (maximal 200 Meter) und in vorwiegend sitzenden Tätigkeiten seien ihm hingegen leichte und intermittierend mittelschwere körperliche sowie administrative und organisatorische Tätigkeiten ganztags zuzumuten. Aufgrund der auftretenden Schmerzen sei von einem erhöhten Pausenbedarf von zirka 10 % und auch hier als Zeitpunkt von 2014 auszugehen. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe ihres Erachtens – so die Gutachter – eine Einschränkung von 10 %, bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen. Diese Einschätzung gelte mindestens ab dem Zeitpunkt des Gutachtens. Wie Dr. med. N.____ umfassend dargelegt habe, könne der retrospektive Verlauf nicht festgelegt werden. Für die Begründung der Gesamt-Arbeitsfähig- und -unfähigkeit werde auf die Fachgutachten verwiesen (IV-Nr. 40.1, S. 9 ff.).

8.6 Am 9. Juli 2019 nahm der RAD-Arzt Dr. med. G.____ zum H.____-Gutachten wie folgt Stellung (IV-Nr. 42, S. 2 ff.): Nach einem Intake-Gespräch mit dem RAD vom 15. Januar 2019 sei die abschliessende Einschätzung des Gesundheitszustands des Versicherten aufgrund fehlender resp. nicht nachvollziehbarer medizinischer Unterlagen nicht möglich erschienen und die Vermutung geäussert worden, dass dazu eine polydisziplinäre Begutachtung erforderlich sein werde. Die Begutachtung sei danach ohne weiteren qualifizierten RAD-Einbezug resp. Einholen aussagefähiger Arztberichte bei den Behandlern (Hausarzt, Psychiater) in Auftrag gegeben worden und liege seit 4. Juni 2019 der IV vor. Als Vorbemerkung werde darauf hingewiesen, dass der Versicherte bei der Rückbestätigung der Termine explizit keinen Beizug eines Dolmetschers gewünscht habe. So habe auch die erste allgemeine-medizinische Untersuchung ohne Dolmetscher stattgefunden, der auch in keinem Moment notwendig gewesen sei. Im weiteren Verlauf habe die Tochter des Versicherten telefonisch für die restlichen Termine den Beizug eines Dolmetschers gewünscht, was dann auch organisiert worden sei. Was die durch Dr. med. G.____ angeführten Diagnosen, die funktionellen Auswirkungen/Diagnosen, die Arbeitsfähigkeit sowie medizinischen Massnahmen und

Therapien anbelangt, kann auf das H.____-Gutachten (IV-Nr. 40.1, S. 8 ff.) bzw. Erwägung II 8.4 hiervor verwiesen werden. Als Fazit hielt der RAD-Arzt fest, die Bewertung der Teil-Gutachten müsse, da die Ausführungen der Gutachter in deren Gesamtbeurteilung teilweise durch Textverkürzung schwer verständlich und manchmal nicht nachvollziehbar erschienen, im Einzelnen erfolgen; dazu führte der RAD-Arzt Dr. med. G.____ Folgendes aus (IV-Nr. 42, S. 5 ff.): Im allgemeininternistischen Teilgutachten seien keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit gemacht worden. Das Teil-Gutachten sei untauglich, würden doch weder Diagnosen wie Diabetes mellitus, Hypertonie, Hyperlipoproteinämie oder der Status nach Echinococcus-Infekt mit Entfernung von Leberzysten (2002) erwähnt noch eine Anamnese der Medikamenten-Einnahme erhoben (lediglich Apotheken-Abgabeliste referiert). Auch seien, wie zu erwarten, Laborwerte (z.B. HbA1c, Leberwerte etc.) nicht kontrolliert worden. Ob als Marker für die medikamentöse Adhärenz des Versicherten die alleinige Bestimmung des Psychopharmakons Duloxetine genüge (auch Stilnox sei verordnet und angeblich eingenommen worden), nicht aber andere Pharmakaspiegel ebenso hätten überprüft werden müssen, erscheine dem RAD zumindest fraglich. Zudem werde (und dies auch nur in der Zusammenfassung als Vorbemerkung) erwähnt, dass diese Untersuchung auf expliziten Wunsch des Versicherten ohne Dolmetscher stattgefunden habe. Die Exploration enthalte sehr karge Angaben und Informationen über den Versicherten. Im Teilgutachten «Angiologie» sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Erwerbstätigkeit stipuliert worden; dazu sei anzumerken, dass sich der Gutachter die Beantwortung der Frage nach den funktionellen Auswirkungen der von ihm gestellten Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit «gespart» und sich auf ein entsprechendes Zumutbarkeitsprofil beschränkt habe. Auch in diesem Teil-Gutachten sei lediglich eine Verordnungs-, aber keine Dosierungsliste der vom Versicherten eingenommenen Medikamente wiedergegeben und auf eine dezidierte Erfragung der Einnahme unverständlicherweise verzichtet worden. Die empfohlenen medizinischen Massnahmen schlossen erstaunlicherweise einen Nikotin-Stopp (der Versicherte rauche nach eigenen Angaben 40 – 60 Zigaretten/d) nicht ein; es finde sich nicht einmal ein Hinweis auf diese Problematik. Nach dem Teilgutachten «Psychiatrie» bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, «unter bestimmten Voraussetzungen voll belastbar»; dazu sei anzumerken, dass die fachärztlich-psychiatrische Einschätzung des RAD im Intake-Gespräch offensichtlich nicht rezipiert werde. Ansonsten erscheine das Teil-Gutachten fundiert und nachvollziehbar. Die Untersuchung sei mit Dolmetscher erfolgt. Die gutachterlich-psychiatrische Einschätzung decke sich weitgehend mit der des RAD-Psychiaters im Intake-Gespräch. Im Teilgutachten «Rheumatologie» werde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit und eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit 10%iger Leistungsminderung in angepasster Erwerbstätigkeit (Arbeitsfähigkeit = 90 %) angeführt, was weitgehend nachvollziehbar sei. Die Untersuchung sei im Beisein eines Dolmetschers erfolgt. Im Teilgutachten «Neuropsychologie» sei das aktuelle neuropsychologische Störungsbild aufgrund des Testverhaltens des Versicherten (klinisch wiederholt selbstimitierendes Verhalten zu beobachten, zwei durchgeführte Symptomvalidierungsverfahren mit auffälligen Ergebnissen) in sich inkonsistent, das Ausmass demonstrierter Funktionsdefizite nicht erklärbar und im offensichtlichen Widerspruch stehend zur lebensalltäglich nur wenig/kaum eingeschränkten kognitiven Funktionalität des Versicherten sowie des diesbezüglichen allgemeinen Eindrucks im Explorationsgespräch. Die Validität/Authentizität der aktuell erhobenen Befunde sei nicht gewährleistet. Auch diese

Untersuchung sei teilweise ohne Dolmetscher durchgeführt worden. Zum Teilgutachten «Neurologie», worin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit und eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit 10%iger Leistungsminderung in angepasster Erwerbstätigkeit (Arbeitsfähigkeit = 90 %) postuliert werde, sei anzumerken, dass wiederum kein Dolmetscher beigezogen worden sei. Erstaunlicherweise hätten dennoch differenzierte Antworten erhalten werden, und es habe eine vertiefte Exploration der Beschwerden erfolgen können. Nur hier habe der Versicherte angegeben, dass er gegen Kopfschmerzen Dafalgan einnehme. Das Medikament finde sich auf der Verordnungsliste seiner Medikamente nicht. Noch in der rheumatologischen Untersuchung habe der Versicherte auf die Frage nach Schmerzmitteln eine Einnahme verneint und angegeben, gar nicht zu wissen, für oder wogegen die ihm von der Ehefrau gerichteten Medikamente seien. Einzig in diesem Teilgutachten werde eine Medikamenten-Dosierungsanamnese wiedergegeben. Allerdings fehle hierbei die Insulin-Dosierung (laut Bericht R. ___ vom 5. Februar 2019, insulinpflichtiger Diabetes Mellitus). Die durch die IV-Stelle gestellten Fragen (IV-Nr. 42, S. 1 f.) beantwortete der RAD-Arzt wie folgt (IV-Nr. 42, S. 7 f.): Die verschiedenen, teilweise gravierend erscheinenden Mängel im polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle H. ___ erschweren die ausgewogene Gesamtbeurteilung der Begutachtungsergebnisse. Zunächst sei festzuhalten, dass der Versicherte, bei dem keine psychiatrisch relevante Störung habe festgestellt werden können, in der neuropsychologischen Untersuchung Hinweise auf bewusstseinsnah verzerrte Antworten und Verhaltensweisen gezeigt habe. Hinzu kämen weitere, in einem anderen Teil-Gutachten festgehaltene Inkonsistenzen (Psychiatrie) in Verhalten und Angaben des Versicherten. Andererseits sei beim Versicherten aufgrund der medizinischen Vorakten und der plausibel nachvollziehbar erhobenen rheumatologischen, angiologischen und neurologischen Befunde in den Teil-Gutachten das Vorliegen einer erheblichen somatischen gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgewiesen, die eine Rückkehr in die frühere Erwerbstätigkeit als Logistik-Mitarbeiter zweifellos verhindere (Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 2014). Ebenso plausibel nachvollziehbar erscheine aber auch, dass dem Versicherten eine Erwerbstätigkeit in einer überwiegend somatisch angepassten Erwerbstätigkeit mit einem Pensum von 100 % bei 10%iger Leistungsminderung, ebenfalls ab 2014, möglich und zuzumuten wäre. Obwohl aus Sicht des RAD die medizinischen Ergebnisse des Gutachtens weitgehend nachvollziehbar und begründet erschienen, seien doch auch diverse massive (handwerkliche) Mängel des Gutachtens zu konstatieren wie eine uneinheitliche, nicht nachvollziehbare Begründung für den Beizug eines Dolmetschers bzw. Verzicht auf einen solchen, fehlende somatische, allgemein internistische und psychiatrische Diagnosen (wie z.B. insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Hypertonie, Hyperlipoproteinämie, Nikotinabhängigkeit, Status nach Echinococcus-Infekt und Leberzysten-Operation 2002), wenn auch diese überwiegend wahrscheinlich als solche «ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» einzuschätzen sein dürften. Aus medizinischer Sicht des RAD könne die Frage nach der Verwertbarkeit des Gutachtens überwiegend bejaht werden, da der relevante medizinische Sachverhalt hinreichend abgeklärt und die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 2014 in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit von 90 % in einer angepassten Tätigkeit, ebenfalls ab 2014, als nachvollziehbar begründet und hergeleitet erscheine (IV-Nr. 42, S. 2 ff.). 8.7 Die RAD-Ärztin Dr. med. P. ___ äusserte sich am 17. Januar 2020 zum Einwand der damaligen Vertreterin des Beschwerdeführers (vgl. IV-Nr. 46) wie folgt: Wie bereits erwähnt, habe der RAD die benannten Kritikpunkte bereits in seiner vorherigen

Stellungnahme ausführlich diskutiert, so dass darauf weiterhin abgestellt werden könne. Neue Aspekte habe die Versicherung (gemeint ist die als Vertretung fungierende Rechtsschutzversicherung) nicht vorgebracht (IV-Nr. 48).

9. 9.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich bei ihrer Beurteilung in erster Linie auf das Gutachten der Gutachterstelle H.____ gestützt (IV-Nr. 40.1 ff.). Es ist daher zunächst zu prüfen, ob das Gutachten als beweiswertig gelten kann. Der Beschwerdeführer hat – wie bereits erwähnt – vorbringen lassen, auf das H.____-Gutachten vom 5. Juni (recte: 29. Mai) 2019 könne mangels genügender Abklärungen nicht abgestellt werden; dabei werden einzig Vorbehalte gegenüber dem angiologischen sowie dem psychiatrischen Teilgutachten konkretisiert (A.S. 8).

9.2 9.2.1 Der Beschwerdeführer macht einerseits geltend, dass im angiologischen Teilgutachten zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht Stellung genommen worden sei; dies sei insofern ein gravierender Mangel, als sich gerade auch aus den angiologischen Befunden substanzielle Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergäben, sei doch der Beschwerdeführer selbst nach Auffassung der H.____-Gutachter nicht mehr in der Lage, mehr als 200 Meter zu gehen (A.S. 7).

9.2.2 Im angiologischen Teilgutachten zum polydisziplinären Gutachten der H.____, worin vorab die Ausgangslage beschrieben und auf die Vorakten verwiesen wird, hat Dr. med. O.____, FMH Angiologie, die ausführliche Befragung des Beschwerdeführers wiedergegeben und den fachärztlichen Befund erhoben, um dann zu folgender, die Arbeitsfähigkeit beeinflussender Diagnose zu gelangen: «periphere arterielle Verschlusskrankheit im Stadium 2b links; langstreckiger Abgangverschluss der A. femoralis superficialis bis zum Adduktorenkanal; kardiovaskulärem Risikoprofil: Nikotinabusus, Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie». Im Rahmen seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hat der Gutachter angeführt, der Explorand sei in den letzten Jahren arbeitslos gewesen. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hat er dann ausgeführt, dass dem Exploranden aufgrund der linksseitigen Beinschmerzen Tätigkeiten mit einer Gehbelastung von über 200 Metern nicht zuzumuten seien. Hingegen seien für ihn sämtliche Tätigkeiten mit einer Gehbelastung von weniger als 200 Metern sowie sämtliche sitzenden Tätigkeiten zu 100 % zumutbar bzw. sei der Explorand zu 100 % arbeitsfähig. Zur Frage, ob die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen noch relevant verbessert werden könne, hat der Gutachter Folgendes ausgeführt: Die kardiovaskulären Risikofaktoren müssten gut eingestellt werden. Empfohlen werde das Durchführen eines strukturierten ambulanten Gehtrainingsprogramms (IV-Nr. 40.3, S. 1 ff.).

9.2.3 Entgegen der Darstellung in der Beschwerde ist der angiologische Gutachter nicht der Auffassung, dass der Beschwerdeführer grundsätzlich ausserstande sei, mehr als 200 Meter zu gehen (A.S. 7). Vielmehr hält der Gutachter, der sich in diesem Punkt auf die Aussagen des Beschwerdeführers stützt, Gehbelastungen von mehr als 200 Meter im Zusammenhang mit dem Ausüben einer Arbeitstätigkeit für nicht mehr zumutbar (IV-Nr. 40.3, S. 4). Dazu lässt sich dem Untersuchungsbefund von Dr. med. O.____ entnehmen, während ein kleiner Teil der beschriebenen belastungsabhängigen Schmerzen im linken Bein durch diese Befunde (periphere arterielle Verschlusskrankheit) erklärt werden könne, sei dies zum grössten Teil und vor allem bezüglich der Ruhebeschwerden nicht erklärbar. Hingegen sind dem Beschwerdeführer – nach Einschätzung des Gutachters – kürzere Gehstrecken oder sitzende Tätigkeiten ganztägig zuzumuten. Folglich geht er mit dem Vorhalt, der angiologische Gutachter habe zur Leistungsfähigkeit keine Stellung genommen, fehl. Soweit der RAD-Arzt bei den durch den Gutachter empfohlenen medizinischen Massnahmen den Einschluss eines Nikotin-Stopps vermisst hat (IV-Nr. 42, S. 6), lässt sich in der Aussage

von Dr. med. O.____, die kardiovaskulären Risikofaktoren – wozu bekanntlich das Rauchen gehört – müssten gut eingestellt sein (IV-Nr. 40.3, S. 15), immerhin ein Hinweis auf diese Thematik erblicken. Was schliesslich die mangelnde Dosierungsliste der durch den Beschwerdeführer eingenommenen Medikamente anbelangt, finden sich zwar im angiologischen Teilgutachten keine konkreten Angaben, jedoch in jenem des psychiatrischen Gutachters; ihm habe der Beschwerdeführer angegeben, 60 mg Duloxetin sowie je eine Tablette Stilnox und Redormin einzunehmen. Im Übrigen habe sich der Explorand nicht erklären können, wieso im Serum trotz regelmässiger Einnahme Duloxetin nicht nachgewiesen werden können (IV-Nr. 40.4, S. 3). Im Weiteren ist festzustellen, dass es bei diesen Medikamenten um solche handelt, die das Fachgebiet der Gefässerkrankungen nicht betreffen. Dazu kommt, dass der angiologische Gutachter das Hauptgutachten mitunterzeichnet hat, wozu nebst seinem Teilgutachten auch jenes des psychiatrischen Gutachters gehört. 9.2.4 Die Ausführungen von Dr. med. O.____ basieren auf den vollständigen Vorakten und der persönlichen Untersuchung und Befragung des Beschwerdeführers. Auf dieser Basis ist der Gutachter zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, die er widerspruchsfrei und in nachvollziehbarer Weise hergeleitet und begründet hat. Er hat zu den Angaben des Beschwerdeführers Stellung genommen und sich damit auseinandergesetzt, insbesondere auch, was die nicht erklärbaren Beschwerden angeht. Im Übrigen vermag das durch den RAD-Arzt gerügte Unterbleiben der Angabe über die Einnahme von Medikamenten an den gut begründeten Schlussfolgerungen des Gutachters nichts zu ändern. Aus angiologischer Sicht, so wird im Hauptgutachten schliesslich festgestellt, bestünden keine Inkonsistenzen (IV-Nr. 40.1, S. 11). Das angiologische Teilgutachten wird damit den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E II 4.2.2 hiervor) gerecht. 9.3 9.3.1 Andererseits rügt der Beschwerdeführer, die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters stehe im Widerspruch zu den Einschätzungen des behandelnden Facharztes (A.S. 8). 9.3.2 Im psychiatrischen Gutachten zum polydisziplinären Gutachten der H.____, worin vorab auf die Vorakten verwiesen und der fachspezifische Aktenauszug (Bericht von Dr. med. E.____ vom 27. November 2018) angeführt wird, hat Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zuerst die Angaben des Beschwerdeführers während einer vertiefenden Befragung im Beisein eines albanischen Dolmetschers beschrieben, dann eine Anamnese vorgenommen und den psychiatrischen Befund erhoben, um schliesslich zu den Diagnosen und zur Beurteilung zu gelangen (IV-Nr. 40.4, S.1 ff.). In seiner Beurteilung hat der psychiatrische Gutachter einleitend eine Zusammenfassung der Anamnese erstellt. Seinen weiteren Ausführungen lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen (IV-Nr. 40.4, S. 11 ff.): Zusammenfassend sei festzuhalten, dass der Explorand wegen körperlicher Erkrankungen in einer schwierigen Situation stehe und aus dem Arbeitsprozess herausgefallen sei, was auch dazu führe, dass die Zukunftsperspektiven ungewiss seien. Es sei denkbar, dass er im Rahmen dieser Belastungen mit Anpassungsschwierigkeiten oder allenfalls depressiver Störung reagiert habe. Es könne allenfalls eine etwas gedrückte Stimmung angenommen werden, doch scheine diese nicht durchgehend vorhanden zu sein. Er könne sich durchaus auch freuen. Auch in der Untersuchung habe sich gezeigt, dass er lachen könne. Es bestehe ein gewisser Interessenverlust, wobei der Explorand zeitlebens nie wesentlichen Interessen nachgegangen sei. Eine ausgesprochene Verminderung des Antriebs könne ebenfalls nicht bestätigt werden. Es sei deshalb fraglich, inwieweit tatsächlich eine relevante affektive Störung oder eher eine prolongierte Anpassungsstörung vorliege. Aufgrund des mittlerweile prolongierten Verlaufs müsste eine mögliche

subdepressive Störung in Betracht gezogen werden. Die Kriterien für eine mittelschwere depressive Störung seien nicht erfüllt. Der Explorand habe aufgrund des psychischen Zustands im Alltag keine Mühe und Schwierigkeiten. Im Vordergrund stehe die körperliche Problematik. Die Persönlichkeitsstruktur scheine eher etwas einfach zu sein. Der Explorand habe auch Mühe, die gesamte Problematik erfassen zu können. Er empfinde sich als Versager, was sicher Auswirkungen auf den psychischen Zustand habe. Hinweise darauf, dass eine Persönlichkeitsproblematik vorliege, könnten nicht gefunden werden. Im Weiteren hätten sich auch keine Hinweise auf eine anderweitige psychiatrisch relevante Störung gezeigt. Aufgrund des psychischen Zustands sei der Explorand durchaus in der Lage, sich an Termine zu halten oder in einen Ablauf einzufügen. Er könne auch Aufgaben strukturieren, sich verschiedenen Begebenheiten anpassen und die fachliche Kompetenz anwenden. Er sei fähig, sich ein Urteil zu bilden und Entscheide zu fällen. Die Durchhaltefähigkeit sei durch den psychischen Zustand nicht beeinträchtigt. Er könne sich auch selbst behaupten und scheine zudem Kontakte zu Dritten zu pflegen. In der Gruppenfähigkeit sei er leicht beeinträchtigt, insbesondere, weil er lärmige Situationen nicht mehr gut aushalte. Er pflege familiäre Beziehungen, auch eine Beziehung zur Ehefrau, wobei die Sexualität beeinträchtigt sei. Er gehe kaum irgendwelchen Aktivitäten nach, wobei er zeitlebens nie wesentlichen Interessen nachgegangen sei. Die Selbstpflege sei nicht beeinträchtigt. Die Verkehrs- und Wegefähigkeit sei nicht durch den psychischen Zustand beeinträchtigt, sondern aufgrund der körperlichen Problematik, da er nicht mehr längere Strecken gehen könne. In diesem Sinne lasse sich aufgrund des psychischen Zustands nicht eine wesentliche Beeinträchtigung im Alltag ableiten, wodurch auch die vom behandelnden Psychiater angegebene Einschränkung relativiert werden müsse. Im Weiteren müsse bedacht werden, dass keine antidepressive Behandlung durchgeführt werde, obwohl der Explorand beteuert habe, dass er die Medikation einnehme; im Blut hätten keine Medikamente nachgewiesen werden können. Die Compliance scheine demnach nicht gegeben zu sein (IV-Nr. 40.4, S. 9 f.). Im Rahmen der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung ist der psychiatrische Gutachter zu folgenden Erkenntnissen gekommen (IV-Nr. 40.4, S. 11 ff.): Hinweise auf Persönlichkeitsauffälligkeiten hätten nicht gefunden werden können. Der Explorand sei zeitlebens an verschiedenen Orten berufstätig gewesen. Er scheine sich auch in den verschiedenen Betrieben gut eingepasst zu haben. Er habe eine Familie mit fünf Kindern. Es bestehe ein gewisses soziales Umfeld. Es könne demnach davon ausgegangen werden, dass Ressourcen vorhanden seien, die er ausnützen könnte. Es würden eher oberflächliche Therapiemassnahmen mit einmal pro Monat stattfindenden Konsultationen durchgeführt. Zudem werde, wie Abklärungen ergäben hätten, die angegebene antidepressive Behandlung nicht befolgt, so dass die Compliance hinterfragt werden müsse. Unter den gegebenen Umständen sei es daher fraglich, inwieweit diese Behandlungsmassnahmen sinnvoll seien und weitergeführt werden sollten. Der Explorand habe eine Beeinträchtigung im Alltag, vorwiegend aufgrund der körperlichen Problematik, angegeben. Aufgrund des Lärmempfindens meide er Situationen, die eher lärmig seien, weswegen er sich teilweise zurückziehe. Die Funktionseinbussen seien nicht alleine aufgrund des psychischen Zustands zu begründen. Die Angaben deckten sich nicht mit einer relevanten psychischen Störung und seien somit nicht mit den Angaben in den Unterlagen zu vergleichen, wo eine mittelschwere depressive Störung angenommen werde. Bei einer mittelschweren depressiven Störung sei mit einer stärkeren Beeinträchtigung zu rechnen, zumindest auch mit einer dauernden Beeinträchtigung der Stimmung, mit Freudlosigkeit und Rückzug, was

aber beim Exploranden nicht konsequent der Fall sei. Es bestünden demnach deutliche Inkonsistenzen. Der Explorand sei aufgrund des psychischen Zustands durchaus in der Lage, auf seine Fähigkeiten zurückzugreifen und diese auszunützen. Er verhalte sich allgemein allerdings passiv und zurückhaltend; der Grund sei nicht ganz klar. Aufgrund des psychischen Zustands könne die subjektiv angegebene Einschränkung nicht nachvollzogen werden. Was die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit anbelange, sei der Explorand aufgrund des psychischen Zustands allenfalls als vermindert belastbar einzustufen. Er sollte demnach keine Verantwortung übernehmen und nicht unter Zeitdruck arbeiten müssen. Eine wesentliche Beeinträchtigung lasse sich aber nicht ableiten. Die vom behandelnden Psychiater angegebene 50%ige Einschränkung lasse sich nicht nachvollziehen; insbesondere könne nicht eine derart starke depressive Störung angenommen werden, wie er diese geschildert habe. Es sei demnach entweder davon auszugehen, dass sich die depressive Störung gebessert habe oder sich der behandelnde Psychiater eher auf die subjektiven Angaben des Exploranden abgestützt habe. Es sei demnach auch nicht möglich, einen Verlauf der Arbeitsfähigkeit anzugeben. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei anzuführen, dass keine Tätigkeit genannt werden könne, wo der Explorand eine höhere Leistung erbringen könnte (IV-Nr. 40.4, S. 11 ff.).

9.3.3 Die Ausführungen von Dr. med. N.____ basieren auf den vollständigen Vorakten (vgl. IV-Nr. 40.4, S. 2) und der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers, die am 17. April 2019 im Beisein eines albanischen Dolmetschers stattgefunden hat (IV-Nr. 40.4, S. 1). Auf dieser Basis ist Dr. med. N.____ zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, die er widerspruchsfrei und in nachvollziehbarer Weise hergeleitet und begründet hat. Der Gutachter hat zu den Angaben des Beschwerdeführers Stellung genommen und sich damit auseinandergesetzt. Das psychiatrische Teilgutachten wird damit den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II 4.2 hiervor) gerecht. Der RAD-Arzt Dr. med. G.____ hat in diesem Teilgutachten einzig seine Einschätzung anlässlich des Intake-Gesprächs vermisst (IV-Nr. 42, S. 6); diesen Ausführungen lässt sich entnehmen, dass beim Versicherten (im Gegensatz zu den Angaben des behandelnden Psychiaters Dr. med. E.____) sicher keine chronifizierte Depressivität schweren Ausmasses auszumachen sei (IV-Nr. 25, S. 4). Ansonsten erscheine das Teil-Gutachten – so Dr. med. G.____ – fundiert und nachvollziehbar. Die Untersuchung sei im Beisein eines Dolmetschers erfolgt. Die gutachterlich-psychiatrische Einschätzung (vgl. dazu IV-Nr. 40.4, S. 11 f.) decke sich weitgehend mit seiner anlässlich des Intake-Gesprächs getroffenen (IV-Nr. 42, S. 6). Zwar weicht die Beurteilung von Dr. med. N.____ von jener von Dr. med. E.____ ab, wonach der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit zu mindestens 50 % eingeschränkt sei (IV-Nr. 40.4, S. 12; 40.8, S. 4). Allerdings hat sich der psychiatrische Gutachter mit der abweichenden Beurteilung von Dr. med. E.____ im Rahmen der Aktenwürdigung befasst; es kann auf die Ausführungen in Erwägung II 9.3. hiervor (bzw. IV-Nr. 40.4, S. 12) verwiesen werden. Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang daran, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und die Rechtsprechung der begutachtenden Person deshalb praktisch einen gewissen Spielraum gewährt, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern dabei lege artis vorgegangen worden ist. Behandelnde und begutachtende Psychiater können, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und – invalidenversicherungsrechtlich entscheidend – deren Schweregrads mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen

der Arbeitsfähigkeit gelangen. Diese in der Natur der Sache begründete, weitgehend fehlende Validierbarkeit («Reliabilität») psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis sowie bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gemäss ICD-10, kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2009 vom 29. September 2009 E. 3.2). In Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 in fine, mit Hinweisen) kann eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn diese objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2010 vom 27. Dezember 2010 E. 2.2.2, 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2). Derartige Aspekte finden sich im Verlaufsbericht von Dr. med. E.____ vom 5. Dezember 2018 nicht. Vielmehr scheint er bei seiner Beurteilung vorwiegend auf die Aussagen des Beschwerdeführers abgestellt zu haben – was auch der psychiatrische Gutachter für möglich hält (IV-Nr. 40.4, S. 12) –, und es fehlen im Übrigen Angaben, vor welchem medizinischen Hintergrund seine Diagnosen und Einschätzung entstanden sind. Was den Bericht des Hausarztes von Dr. med. F.____ vom 4. Januar 2019 (IV-Nr. 40.8, S. 8) anbelangt, ist festzuhalten, dass einerseits keine der im Gutachten der H.____ angeführten Disziplinen zu seinen Fachgebieten gehört, ist er doch Facharzt für Allgemeine Medizin FMH. Andererseits gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b cc, 122 V 160 E. 1c); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso – wie im vorliegenden Fall bezüglich Dr. med. E.____ – für die behandelnden Spezialärzte und erst recht für die schmerztherapeutisch tätigen Ärzte mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m. Hinw.).

9.3.4 Folglich vermag der Bericht von Dr. med. E.____ die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des psychiatrischen Administrativgutachtens nicht in Frage zu stellen.

9.4 Zu den weiteren Teilgutachten wird in der Beschwerde nichts Konkretes vorgebracht, sondern einzig auf das Einwandverfahren verwiesen. Die Beweiskraft dieser Teilgutachten ist jedoch ebenfalls zu bejahen. Es kann diesbezüglich auf die überzeugende Begründung des RAD-Arztes Dr. med. G.____ vom 9. Juli 2019 verwiesen werden: Zwar sei beim Versicherten nach Lage der medizinischen Akten eine erhebliche somatische gesundheitliche Beeinträchtigung ausgewiesen, die eine Rückkehr in die frühere Erwerbstätigkeit als Logistik-Mitarbeiter verhindere, weshalb von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit 2014 auszugehen sei. Jedoch erscheine es nachvollziehbar, dass der Versicherte eine leidensadaptierte Erwerbstätigkeit mit einem Pensum von 100 %, bei 10%iger Leistungsminderung, ebenfalls ab 2014, ausüben könne. Die Frage nach der Verwertbarkeit des Gutachtens könne bejaht werden, da der relevante medizinische Sachverhalt hinreichend abgeklärt und die daraus resultierende Arbeitsfähigkeit von 90 %

in einer angepassten Tätigkeit ab 2014 als nachvollziehbar begründet und hergeleitet erscheine (IV-Nr. 42, S. 7 f.). Wie der RAD-Arzt weiter festgehalten hat, weist das internistische Teilgutachten mehrere Schwachpunkte auf, die aber die Aussagekraft der Gesamtbeurteilung nicht in Frage stellen. So liegen für die kritischen Disziplinen Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie und Angiologie beweiswertige Beurteilungen vor, wogegen die internistischen Aspekte nicht geeignet scheinen, die Arbeitsfähigkeit erheblich zu beeinträchtigen.

9.5 Schliesslich haben die Gutachter bei den Massnahmen und Therapien im polydisziplinären Konsens zusammenfassend klar zum Ausdruck gebracht, es sei nicht zu erwarten, dass durch Therapiemassnahmen eine relevante Änderung der attestierten Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit resultierte. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bei leicht eingeschränkter Leistung um 10 %, so dass diesbezüglich keine grossen Änderungen realisiert werden könnten (IV-Nr. 40.1, S. 15); insbesondere hat der psychiatrische Gutachter unter diesem Titel verlauten lassen, es sei fraglich, ob der Explorand von den psychiatrischen Massnahmen überhaupt profitiere, befolge er doch die medikamentösen Massnahmen nicht und fänden in eher grosszügig bemessenen Abständen Konsultationen statt (IV-Nr. 40.4, S. 13).

9.6 Folglich vermögen die Berichte von Dr. med. E. ___ und Dr. med. F. ___ die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des Administrativgutachtens nicht in Frage zu stellen. Weitere medizinische Abklärungen sind – entgegen dem Begehren des Beschwerdeführers – nicht erforderlich, da eine taugliche Beurteilungsgrundlage vorliegt.

10. Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint, ohne dies zu begründen (IV-Nr. 49). Der Beschwerdeführer hat dazu in der Beschwerde nichts vorgetragen lassen. Nachdem er jedoch aufgrund des medizinischen Beweisergebnisses in einer Verweistätigkeit zumindest seit 2014 zu 90 % arbeitsfähig ist (IV-Nr. 40.1, S. 13; 42, S. 8), besteht kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Unabhängig davon wäre im vorliegenden Fall von einer subjektiven Eingliederungsunfähigkeit auszugehen und wären die Voraussetzungen zur Gewährung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen auch aus diesem Grund zu verneinen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_966/2011 vom 4. Mai 2012 E. 3.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen verneint hat.

11. Zusammenfassend ist festzustellen, dass dem Beschwerdeführer zumindest seit 2014 medizinisch-theoretisch zuzumuten ist, eine Verweistätigkeit mit einem Rendement von 90 % auszuüben, um dabei ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Im Vergleich zur Situation bei Erlass der Verfügung vom 21. März 2014 ist daher keine erhebliche Veränderung ausgewiesen. Selbst wenn man eine solche annehmen wollte, wäre ein Leistungsanspruch zu verneinen: Der Einkommensvergleich führt – wie dies die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid erwähnt hat (IV-Nr. 49, S. 2) – zu keinem rentenbegründendem Invaliditätsgrad von mindestens 40 %. Ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht nicht. Folglich erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb diese abzuweisen ist.

12. Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht grundsätzlich kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

13. 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.