

SO_GERICHTE VSBES.2021.171 vom 17. August 2022

SO Obergericht, 2022-08-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.171_d20220817

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.171 du 17 août 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.171 del 17 agosto 2022

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1970 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführer) arbeitete seit dem 22. März 1990 als Bauarbeiter bei der Bauunternehmung B.____, [...]. Am 23. August 1999 erlitt er einen Arbeitsunfall, als er beim Abladen von der Ladebrücke eines Lieferwagens fiel und sich dabei an der rechten Schulter verletzte. Am 26. Juni 2000 meldete sich der Beschwerdeführer bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 9). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) sprach dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 29. September 2003 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrads von 40 % eine halbe Invalidenrente (Härtefallrente) mit Wirkung ab 1. August 2000 zu (IV-Nr. 78). Am 1. März 2004 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch begutachtet (Gutachten vom 21. Mai bzw. 27. Juli 2004, IV-Nr. 103 S. 2 ff. bzw. 114). Mit Verfügung vom 30. Juli 2004 wurde dem Beschwerdeführer bei einem unveränderten Invaliditätsgrad eine Viertelsrente ab 1. August 2004 gewährt (IV-Nr. 115). Die gegen die Verfügung vom 29. September 2003 erhobene Einsprache wurde mit Einspracheentscheid vom 12. August 2004 gutgeheissen; aufgrund eines Invaliditätsgrades von 55 % wurde dem Beschwerdeführer ab 1. August 2000 eine halbe Rente zugesprochen (IV-Nr. 118). Die dagegen gerichtete Beschwerde wurde infolge Rückzugs der Beschwerde von der Geschäftskontrolle des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn (im Folgenden: Versicherungsgericht) abgeschrieben (VSBES.2004.283; IV-Nr. 128 S. 2 f.).

1.2 Mit Verfügung vom 20. Januar 2006 stellte die Beschwerdegegnerin die bisher ausgerichtete Invalidenrente auf Ende Februar 2006 mit der Begründung ein, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor (IV-Nr. 130). Die dagegen erhobene Einsprache wurde mit Einspracheentscheid vom 11. Juni 2010 abgewiesen und der Einspracheentscheid vom 12. August 2004 und die darauf basierende Rentenverfügung vom 30. November 2004 (IV-Nr. 126) wurden wiedererwägungsweise aufgehoben (IV-Nr. 169). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht mit Urteil vom 8. Juni 2011 ab (VSBES.2010.173; IV-Nr. 190 S. 2 ff.). Das Bundesgericht schrieb die dagegen erhobene Beschwerde mit Verfügung vom 19. September 2011 infolge Rückzugs der Beschwerde als erledigt von der Kontrolle ab (9C_524/2011; IV-Nr. 197).

1.3 Am 19. September 2014 meldete sich der Beschwerdeführer bei der IV zum Leistungsbezug neu an (IV-Nr. 203). Die Beschwerdegegnerin trat auf das

Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 10. November 2014 nicht ein (IV-Nr. 210).

1.4 Eine weitere Neuanmeldung des Beschwerdeführers bei der IV erfolgte am 20. Mai 2015 (IV-Nr. 214). Die Beschwerdegegnerin veranlasste in der Folge eine bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung in der D.____ (im Folgenden: D.____), welche am 20. Januar 2016 durchgeführt wurde (Gutachten vom 24. März 2016; IV-Nr. 238). Mit Vorbescheid vom 22. Juli 2016 wurde dem Beschwerdeführer die Abweisung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen in Aussicht gestellt (IV-Nr. 244 S. 2 ff.). Dagegen erhob der Beschwerdeführer Einwand (IV-Nr. 248 und 255). Am 14. Oktober 2016 erliess die Beschwerdegegnerin eine Verfügung im Sinne des Vorbescheids (IV-Nr. 256). Die dagegen erhobene Beschwerde wurde mit rechtskräftigem Urteil des Versicherungsgerichts vom 11. Januar 2018 abgewiesen (VSBES.2016.304; IV-Nr. 277 S. 2 ff.).

1.5 Vom 31. Mai bis 19. Juli 2019 hielt sich der Beschwerdeführer zur Behandlung in den E.____, [...], auf (IV-Nr. 285 und 295 S. 27 ff.). Am 23. September 2019 meldete er sich bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug neu an, wobei er darauf hinwies, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (IV-Nr. 286). Vom 11. bis 25. Februar 2020 sowie vom 1. bis 22. Oktober 2020 war der Beschwerdeführer erneut in den E.____, [...], hospitalisiert (IV-Nr. 304). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) veranlasste die Beschwerdegegnerin eine polydisziplinäre (allgemein-internistische, orthopädische, neuropsychologische und psychiatrische) Begutachtung in der F.____ (im Folgenden: F.____), welche am 7. und 9. Juni 2021 durchgeführt wurde (Gutachten vom 16. Juli 2021; IV-Nr. 310 S. 2 ff.). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen mit Verfügung vom 30. September 2021 ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, gemäss den medizinischen Abklärungen sei der Beschwerdeführer in einer körperlich schweren Arbeit, insbesondere bei Arbeiten über Schulterhöhe rechts sowie bei speziell schulterbelastenden Arbeiten, zu 100 % arbeitsunfähig. In einer körperlich leichten bis mittelschweren handwerklichen Arbeit in Wechselbelastung, mit einer Hebelimite von maximal 10 kg, ohne Überkopfarbeiten oder wiederholte Arbeiten mit dem rechten Arm über der Horizontalen sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Somit bestehe weiterhin eine Leistungsfähigkeit von 100 %. Es sei ihm weiterhin möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (IV-Nr. 318; 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 vor-aussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

E. 2.1

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

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 3.

E. 3

Eventualiter sei die Streitsache in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks Einholung eines externen Gutachtens unter Einschluss der Disziplinen Psychiatrie, Orthopädie sowie Innere Medizin.

E. 3.1

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86 ter - 88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Demgegenüber ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen). 3.2 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu

geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanschuldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanschuldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). Analog zur erstmaligen Anspruchsbeurteilung sind zudem allfällige anspruchswirksame Veränderungen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (vgl. BGE 129 V 222).

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 das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum 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 betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4). 5. Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob sich beim Beschwerdeführer seit der Verfügung vom 14. Oktober 2016, worin sein Anspruch auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen wurde (IV-Nr. 256), eine relevante Verschlechterung seines Gesundheitszustands eingestellt hat. Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er der vorerwähnten Verfügung vom 14. Oktober 2016 zu Grunde gelegt wurde: 5.1 Im bidisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten der D.____ vom 24. März 2016 (Untersuchungen vom 20. Januar 2016) können den Schlussfolgerungen der Begutachtung gemäss bidisziplinärer Konsensbesprechung folgende Diagnosen mit qualitativem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: 1. Posttraumatische AC-Gelenksarthrose rechts, St.n. AC-Luxation Tossy III rechts am 23.08.1999 mit Implantation einer Hakenplatte am 24.08.1999, St.n. Metallentfernung am 25.11.1999; 2. Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.80). Die medizinische Beurteilung lautete dahingehend, aus psychiatrischer Sicht ergebe sich (wie bereits bei der Vorbeurteilung qualifiziert) das Bild eines «abnormal illness-behaviour» ohne Anhaltspunkt für eine nach ICD-10 diagnostizierbare psychische Störung. Es könne nach wie vor nicht bestimmt werden, mit welcher Indikation die

ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolge, auch könne nicht nachvollzogen werden, zu welchen Zwecken man dem Exploranden Psychopharmaka verabreiche. Auf jeden Fall lasse sich auch im aktuellen psychiatrischen Befund keine Störung von Krankheitswert diagnostizieren, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätte. Aus rheumatologischer Sicht bestehe weiterhin eine klare, posttraumatisch bedingte, beginnende AC-Gelenksarthrose rechts mit wahrscheinlich Impingement. Daneben könne ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne Beeinträchtigung neuronaler Strukturen diagnostiziert werden, dessen Stellenwert angesichts des psychiatrischen Befundes und bei letztlich radiologisch altersentsprechenden degenerativen Veränderungen mit Vorbehalt zu werten sei. Die grosse Diskrepanz zwischen den subjektiven Symptomen und den objektivierten Untersuchungsbefunden spreche auch somatisch für eine grosse emotionale Überlagerung. Ebenso deuteten das nicht-anatomisch korrelierende Druckdolenz-Schmerzbild und die grundsätzlich unauffälligen Befunde in den bildgebenden Verfahren auf eine hohe funktionelle Überlagerung hin. Letztlich spreche der ganze bisherige Verfahrensverlauf für eine hohe Rentenfixierung. Der Fall sei eigentlich schon vor 13 Jahren mit der SUVA-Verfügung vom 3. Mai 2002 (volle Arbeitsfähigkeit in angepasster leichter Tätigkeit) abgeschlossen worden und trotzdem sei der Explorand nicht in den Arbeitsprozess zurückgekehrt. Es hätten sich seither weder somatisch noch psychiatrisch wirklich neue Aspekte ergeben. Auch gegenüber der Vorbeurteilung der D.____ vom 30. März 2010 (vgl. IV-Nr. 163) sei die Situation im Wesentlichen unverändert. Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wurde dargelegt, der Explorand sei 100 % arbeitsunfähig für eine schwere Arbeit, insbesondere seien Arbeiten über Schulterhöhe rechts, sowie speziell schulterbelastende Arbeiten wie Schaufeln, Pickeln und Hämmern sowie Arbeiten mit vibrierenden Maschinen ausgeschlossen. Die Einschränkung ergebe sich aufgrund der posttraumatischen AC-Gelenksarthrose rechts. Die Arbeitsfähigkeit in allfälligen Verweistätigkeiten lautete wie folgt: Der Explorand sei 100 % arbeitsfähig für leichte bis mittelschwere handwerkliche Arbeiten in Wechselbelastung. Es bestehe eine Hebelimite von maximal 10 kg, Überkopf- oder wiederholte Arbeiten mit dem rechten Arm über der Horizontalen seien nicht möglich. Spezifische medizinische Massnahmen seien nicht indiziert. Zentral wären eine möglichst normale Aktivität und die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit (IV-Nr. 238.1 S. 6 ff.). 5.2 Dem rechtskräftigen Urteil des Versicherungsgerichts vom 11. Januar 2018 (VSBES.2016.304) können folgende Erwägungen entnommen werden (IV-Nr. 277 S. 32 f., E. II. 8): 8.1 Nach dem Gesagten ist aufgrund des bidisziplinären G.____-Gutachtens vom 24. März 2016 keine relevante Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit dem rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 11. Juni 2010 ausgewiesen (vgl. auch RAD-Bericht vom 15. Juni 2016; IV-Nr. 242). Die Gutachter kommen vielmehr zum Schluss, dass sich seit der SUVA-Verfügung vom 3. Mai 2002 weder somatisch noch psychiatrisch wirklich neue Aspekte ergeben haben. Auch im Vergleich zum interdisziplinären G.____-Gutachten vom 30. März 2010 sowie den versicherungspsychiatrischen und neuropsychologischen H.____-Gutachten vom 18. November und 11. Dezember 2008 ist die Situation nach den gutachterlichen Angaben im Wesentlichen unverändert. Das G.____-Gutachten vom 24. März 2016 erfüllt die von der Rechtsprechung geforderten Voraussetzungen an ein Verlaufsgutachten (vgl. E. II. 4.4 hiavor). Es bestehen sodann keine konkreten Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit des G.____-Gutachtens vom 24. März 2016 sprechen (vgl. E. II. 4.3 hiavor). Gestützt darauf sind keine Anhaltspunkte vorhanden, dass der

Beschwerdeführer in Bezug auf seine Schmerzempfindungen psychiatrische Pathologien entwickelt hätte, welche ihn in seiner Arbeitsfähigkeit in relevanter Weise einschränken würden. Der medizinische Sachverhalt wurde von der Beschwerdegegnerin fachärztlich und bidisziplinär und damit im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG genügend abgeklärt, weshalb – entgegen den gestellten Anträgen des Beschwerdeführers – kein Anlass besteht, das Prüfverfahren wiederaufzunehmen bzw. ein neues psychiatrisches Gutachten einzuholen. Von solchen weiteren Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 137 V 64 E. 5.2 S. 69).

8.2 Da keine erhebliche Veränderung des Sachverhalts und damit kein Revisionsgrund vorliegt, besteht im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren keine Möglichkeit, eine vom vorerwähnten materiell rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 11. Juni 2010 abweichende Beurteilung des Rentenanspruchs vorzunehmen. Vielmehr bleibt es beim bisherigen Rechtszustand. Damit erübrigt sich ein neuer Einkommensvergleich. Die Beschwerde ist somit abzuweisen. 6.

Der aktuelle medizinische Sachverhalt (Neuanmeldung vom 23. September 2019) präsentiert sich wie folgt:

6.1 Aus dem Bericht des Spitals I.____, Orthopädische Klinik, vom 8. Dezember 2018 gehen folgende Diagnosen hervor: «Allgemeine Armschwäche rechts mit ausgeprägten Schulterschmerzen DD anterosuperiorer Konflikt Schulter rechts nach Unfall 1999 mit Sturz von Lastwagen auf den Kopf sowie auf die Schulter rechts in [...] auf dem Bau». Die Zwischenanamnese lautete wie folgt: Seit dem Jahr 1999 klage der Patient über Schmerzen rechtsseitig. Er gebe starke Schulterschmerzen an. Diese träten auch nachts auf. Er fühle sich dadurch stark gestört. Eine Infiltration habe keine signifikante Besserung gebracht, auch nicht kurzfristig. Die Zusatzuntersuchungen (Arthro-MR Schulter rechts vom 21. November 2018 und LWS-MR) zeigten Folgendes: Es sei keine neuroforaminale Stenose sichtbar, bei stark verwackelten Bildern sei die LWS aber schwierig interpretierbar. Es zeige sich die Schulter mit partieller Supraspinatussehne, aber keiner transmorale Ruptur. Die Subscapularissehne und die Infraspinatussehne seien intakt. Die Bizepssehne sei schön inserierend. Es bestehe keine Pully-Läsion. Die Beurteilung lautete wie folgt: Aktuell stehe die Kraftminderung im gesamten Arm im Vordergrund. Zudem bestehe klinisch ein anterosuperiorer Konflikt. Eine grössere Rotatorenmanschettenruptur habe ausgeschlossen werden können. Zur besseren Eingrenzung der Herkunft der Schmerzen werde eine sequentielle Infiltration glenohumeral, subacromial ins AC-Gelenk mit Lokalanästhetikum und Kortison empfohlen (IV-Nr. 295 S. 35 f.).

6.2 Dem Bericht des H.____, Medizinische Klinik, Nephrologie, vom 11. April 2019 können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden:

1. Symptomatische Ureterolithiasis links mit konsekutiver Harntransportstörung links sowie asymptomatische Nephrolithiasis links,
2. Asymptomatische Nephrolithiasis rechts (ca. 2,5 mm: spontan abgangsfähig);
3. Verdacht auf chronische Nephropathie KDIGO G2A1 DD NSAR;
4. Chronisches Kleinbeckenschmerzsyndrom (ED 2009)».

Als Nebendiagnose wurde eine erektile Dysfunktion (ED 2009) angegeben. Unter dem Titel «Beurteilung» wurde dargelegt, der Patient komme zur metabolischen Abklärung bei Status nach ca. fünfmaligen symptomatischen Steinepisoden mit mehrfach spontanem Steinabgang in der Vergangenheit. Die durchgeführten Konkrementanalysen hätten einen Nachweis von Kalziumoxalatsteinen ergeben. Klinisch bestehe für den Patienten nach wie vor eine entsprechende Problematik mit rechtsseitigen ziehenden Flankenschmerzen mit Dysurie. Laborchemisch zeige sich eine leichtgradig eingeschränkte Nierenfunktion, am ehesten im Rahmen einer chronischen Nephropathie bei langjährigem NSAR-Konsum. Hinweise für eine endokrinologische Ursache des Steinleidens im Sinne eines Hyperparathyreoidismus

ergäben sich nicht. Ferner habe man keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer genetischen Störung im Sinne einer Cystinurie gefunden. Als hauptsächliche Risikofaktoren hätten sich neben einer hohen Kochsalzzufuhr eine Hyperoxalurie und ein stark erhöhtes Glycolat im Urin gefunden. Die Ergebnisse seien mit dem Patienten ausführlich besprochen worden. Zudem sei eine Beratung betreffend ausgewogene Ernährung mit Reduktion von tierischen zu Gunsten von vegetarischen Produkten (weniger Fleisch, mehr Früchte und Gemüse) erfolgt. Es sei empfohlen worden, die Salzzufuhr zu verringern und die oxalathaltigen Speisen zu reduzieren (IV-Nr. 295 S. 30 ff.).

6.3 Im Austrittsbericht der E. ____, [...], vom 19. Juli 2019 (Hospitalisation vom 31. Mai bis 19. Juli 2019) wurden folgende psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 gestellt: 1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F33.2); 2. Chronifiziertes generalisiertes Schmerzsyndrom (F62.80); 3. Mindestens schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1); 4. a.e. Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional-instabilen Anteilen (F60.9). Als weitere relevante Diagnose wurde eine Nephrolithiasis bds. und ein St.n. Ureterolithiasis links, ED 01/2019, angegeben. Unter dem Titel «aktuelle Behandlungshinweise» wurde dargelegt, die Zuweisung sei durch die ambulante Psychiaterin, Dr. med. G. ____, aufgrund einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik mit Schlafstörungen erfolgt, wobei der Patient in das Behandlungszentrum für Angst und Depressionen aufgenommen worden sei. Beim Eintritt hätten sich zunehmende depressive Symptome, eine massive Anspannung und innerliche Unruhe, eine Zunahme der chronischen Schmerzproblematik mit vielfältigen somatischen Beschwerden, Angstsymptome mit Panikzuständen, fragliche akustische und optische Halluzinationen (vor allem beim Einschlafen) sowie wiederkehrende lebhaft Flashbacks (seinen Arbeitsunfall im Jahr 1999 betreffend) gezeigt. Er sehe seine mit ihm sprechenden verstorbenen Angehörigen, wobei sie ihn fragten, was er hier in der Klinik mache und warum er nicht zu ihnen komme. Er habe sich wiederholt hoch angespannt gezeigt und wiederholt mit Selbstmord gedroht, wenn man ihn hier nicht heile und seine Frau nicht zu ihm zurückkomme. Das Gericht habe ihm ein Hausverbot auferlegt; dies habe der Patient nicht akzeptieren wollen. Seine ganze gesundheitliche Verschlechterung und die Ruinierung seines Lebens habe er mit dem Arbeitsunfall im Jahr 1999 im Zusammenhang stehend gesehen. Er habe sich damals nicht richtig behandelt gefühlt, sein Zustand sei nach dem Unfall nie wieder normal geworden. Im Weiteren wurde ausgeführt, unter partieller Teilnahme am multimodalen Therapieprogramm habe es der Patient teilweise geschafft, sich auf der Abteilung zu integrieren und Kontakt zu Mitpatienten zu finden. Im Verlauf der therapeutischen Gespräche habe er massiv mit der Trennung von Seiten der Ehefrau gehadert. Der Patient sei in seinen Themen sehr eingengt und haftend gewesen, sodass man ihn in wiederholten Gesprächen kaum habe erreichen können. Das Erarbeiten eines Akzeptanzkonzepts oder die Übernahme eigener Verantwortung seinem Leben gegenüber sei nicht möglich gewesen. Er sei ständig auf die Opferrolle fixiert gewesen und habe angegeben, alle anderen seien an seinem Leiden schuld. Zur Stimmungsstabilisierung und bei Impulsdurchbrüchen sei er medikamentös behandelt worden. Später, bei beklagter Müdigkeit, sei dieses Medikament reduziert worden. Es sei eine antidepressive Medikation installiert worden, worunter der Patient tagsüber eine leichte Motivationssteigerung gezeigt habe, subjektiv jedoch weiterhin somatisierend gewesen sei. Der Patient habe von permanenten Angstzuständen mit Stimmenhören von verstorbenen Angehörigen (meistens beim Einschlafen) berichtet. Gestützt auf einen Gerichtsentscheid habe die Auflage bestanden, dass der Patient die gemeinsame Wohnung in [...] endgültig räumen müsse. Mit

Hilfe der internen Sozialberatung sei für den Patienten eine neue Wohnform gefunden worden. Der Patient habe in leicht verbessertem Zustand, ohne akuten Hinweis auf Selbst- oder Fremdgefährdung, nach Hause entlassen werden können. Er wünsche eine weitere ambulant-psychiatrische Betreuung durch das Psychiatrische Ambulatorium [...], da er dort wohne. Eigenanamnestisch habe ein chronisch erhöhter Alkoholkonsum bestanden, der jedoch während des Aufenthalts keine klinischen oder laborchemischen Hinweise für eine mögliche Abhängigkeit aufgewiesen habe (IV-Nr. 295 S. 27 ff.). 6.4 Aus dem Bericht der E.____, Ambulatorium [...], über das Erstgespräch vom 3. August 2019 geht hervor, der Patient sei im Anschluss an die vorerwähnte stationäre Behandlung von seinem behandelnden Arzt für die weitere ambulant-psychiatrische Behandlung angemeldet worden. Im Gespräch habe er sich angespannt und fordernd gezeigt. Er habe angegeben, der Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik habe ihm nichts gebracht. Er habe dieselben Probleme wie vorher. Im Gespräch beklage er im Vordergrund stehende Schlafstörungen, Niederstimmigkeit und Energie- sowie Interessenverlust. Als Hauptauslöser nenne er seinen Arbeitsunfall im Jahr 1999 sowie die Trennung von seiner Ehefrau. Der Patient gebe an, seit Dezember 2018 nicht mehr mit seiner Ehefrau und den vier gemeinsamen Kindern zusammenzuleben. Die Familie habe die Wohnung in [...] verlassen und er sei provisorisch zur Schwester seiner Ehefrau nach [...] gezogen. Noch während des Klinikaufenthalts habe man eine neue Wohnung gefunden. Der Patient erzähle weiter, dass er viele im Kopf kreisende Gedanken habe, vor allem hinsichtlich seiner Zukunftsperspektive und seiner Situation infolge des Arbeitsunfalls. Er gebe an, Schmerzen im ganzen Körper zu haben. Er leide sehr unter seiner Unterkieferfraktur, sodass sein alltägliches Leben gestört sei. Er könne keine feste Nahrung zu sich nehmen, weil er sonst seinen Unterkiefer «zurückschieben» müsse. Er sei bisher bei Dr. med. G.____ in Behandlung gewesen, habe sich jedoch wegen der langen Anfahrt für eine Behandlung in [...] entschieden. Er trinke regelmässig Alkohol. Zur Berufsanamnese wurde angegeben, der Patient habe als Lastwagenchauffeur bei mehreren kleinen Firmen gearbeitet. Bei seiner letzten Arbeitsstelle habe er einen Berufsunfall im Jahr 1999 gehabt. Ein Lehrling sei mit einem Lastwagen nicht wie vorgängig besprochen rückwärts gefahren, sondern vorwärts. Dabei habe der Patient, der auf dem Lastwagen gestanden sei, das Gleichgewicht verloren und sei hinuntergefallen. Dabei habe er mehrere Frakturen, eine Schädel-Hirn-Erschütterung und eine Kieferfraktur erlitten. Letzteres sei wegen Komplikationsgefahren nicht repariert worden. Weil der Kiefer verschoben sei, könne er keine feste Nahrung zu sich nehmen. Wegen der Schmerzen habe er nie mehr arbeiten können. Als besonders traumatisch empfinde er es, dass der Lehrling nichts bemerkt habe. Dieser habe den Rückwärtsgang eingelegt und sei auf ihn zugefahren. In diesem Moment habe sich der Patient nicht bewegen können, habe aber alles wahrgenommen. Nur dank Bauarbeitern vom Nachbarbau, die dies rechtzeitig bemerkt und einen Stein an das Fenster des Fahrers geworfen hätten, habe der Lehrling noch rechtzeitig bremsen können. Diese Erlebnisse hätten sich in seinem Kopf «eingebrennt». Sowohl die Suva als auch die IV hätten seinen Fall abgelehnt. Er lebe vom Sozialamt. Die Diagnosen nach ICD-10 lauteten wie folgt: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3); Anpassungsstörung im Rahmen von Trennungssituation mit Ehefrau (F42) mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (F43.23); Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen vom impulsiven Typ (F60.9); Psychische Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom mit ständigem Substanzgebrauch (F10.25); Chronifiziertes generalisiertes Schmerzsyndrom (F62.80). Als

andere relevante Diagnosen wurden eine Nephrolithiasis beidseits sowie ein St.n. Uretherolithiasis links, Eintrittsdiagnose 01.2019, angegeben. Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, es handle sich um einen 48-jährigen Patienten, der an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, mit psychotischen Symptomen leide. Im Vordergrund stünden Ein- und Durchschlafstörungen, bedrückte Stimmung, Energie- und Interessenverlust, verminderter Antrieb und Appetit sowie Zukunftsängste und eine pessimistische Zukunftsperspektive. Unter eingestellter Medikation spüre der Patient keine wesentlichen Veränderungen. Es bestehe bei ihm auch eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen vom impulsiven Typ, die während des Gesprächs mit ersichtlicher Angespanntheit, forderndem, arrogantem und hochmütigem Verhalten sowie mangelnder Empathie zum Ausdruck gekommen seien (IV-Nr. 295 S. 24 ff.). 6.5 Dem Bericht der E.____, [...], vom 4. Oktober 2019 kann entnommen werden, der Patient befinde sich seit dem 23. August 2019 im Psychiatrischen Ambulatorium in [...] in Behandlung. Er sei vom 31. Mai bis 19. Juli 2019 in der Psychiatrischen Klinik [...] wegen einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik mit Schlafstörungen hospitalisiert gewesen. Er habe zunehmende depressive Symptome beklagt, eine massive Anspannung und innerliche Unruhe, eine Zunahme der chronischen Schmerzproblematik mit vielfältigen somatischen Beschwerden, Angstsymptome mit Panikzuständen, fragliche akustische und optische Halluzinationen (vor allem beim Einschlafen) sowie wiederkehrende, lebhaft Flashbacks (seinen Arbeitsunfall im Jahr 1999 betreffend). Der Patient habe sich suizidal gezeigt. Seine ganze gesundheitliche Verschlechterung und die Ruinierung seines Lebens habe er mit dem Arbeitsunfall im Jahr 1999 im Zusammenhang stehend gesehen. Er habe sich damals nicht richtig behandelt gefühlt; sein Zustand sei nach dem Unfall nie wieder normal geworden. Im Ambulatorium [...] habe er nebst den depressiven Symptomen auch psychotische Symptome beklagt. Er sehe seine verstorbenen Angehörigen mit ihm sprechend, sie fragten ihn, was er hier mache und weshalb er nicht zu ihnen komme. Er habe sich wiederholt angespannt gezeigt und in sehr hohen Tönen gesprochen. Es wurden folgende Diagnosen angegeben: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3), chronifiziertes generalisiertes Schmerzsyndrom (F62.80), mindestens schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1), kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional-instabilen Anteilen (F60.9). Der Patient sei medikamentös behandelt worden. Man müsse mit einem chronischen Verlauf einer depressiven Störung mit Chronifizierungstendenzen rechnen (IV-Nr. 285). 6.6 Aus dem Bericht des J.____, Universitätsklinik für Augenheilkunde, vom 27. Oktober 2019 geht die Diagnose «RA/LA Unklare, intermittierende Visusstörungen zur weiteren Abklärung DD medikamentös (Seroquel) Ausschluss einer Netzhautdystrophie i.S. einer Stäbchen- / Zapfendystrophie H35.9, wechselnde Angaben des Farbsehens, konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung in der Erstuntersuchung» hervor. Allgemein bestehe eine Depression. Die Beurteilung lautete wie folgt: Man habe den Patienten erstmals am 30. September 2019 in der Sprechstunde gesehen, wo ein bestkorrigierter Visus rechts von 0.3 (mit stenopäischer Lücke 0.6) und links von 0.2 ohne Besserung mit stenopäischer Lücke gemessen worden seien. Der Nahvisus sei bei 0.3 gelegen. Gleichentags habe der Patient keine Angaben im Ishihara-Farbttest machen können, wobei er die Kontrollziffer habe benennen können. Anamnestisch sehe der Patient seit Jahren beidseits zunehmend schlechter, vermehrt mache ihm auch das Sehen in der Dämmerung Mühe. Familiär bestünden keine ophthalmologischen Erkrankungen. In der Verlaufskontrolle habe sich ein

spontaner Visus mittels mexikanischer Prüfung rechts von 0.8 (-2.0 sphärisch) und links von 0.6 (-1.75 sphärisch) gezeigt, in der Ishihara-Farbstestung habe er 8 von 13 Ziffern korrekt benannt. Die Gesichtsfelduntersuchung habe auf eine beidseitige, konzentrische Einschränkung hingewiesen, während im multifokalen und Ganzfeld-ERG normwertige Antworten abgeleitet worden seien. Morphologisch habe sich kein Korrelat der schwankenden Sehstörungen ausmachen lassen bei regelrechten, altersentsprechenden vorderen und hinteren Augenabschnitten. Auch die OCT-Untersuchung von Papille und Makula hätten einen physiologischen Befund gezeigt. Gesamtheitlich bleibe eine medikamentöse Genese der schwankenden Visusstörungen durch die Seroquel-Einnahme vorstellbar (IV-Nr. 295 S. 22 f.).

6.7 Im Bericht des H.____ vom 19. November 2019 werden folgende Hauptdiagnosen angegeben: 1. Verdacht auf primäre Hyperoxalurie bei rezidivierender Urolithiasis; 2. Asymptomatische Nephrolithiasis rechts (ca. 2,5 mm: spontan abgangsfähig); 3. Chronische Nephropathie KDIGO G2aA1 DD NSAR, Chronische Urolithiasis; 4. Chronisches Kleinbeckenschmerzsyndrom (ED 2009); 5. Mässige Linsentrübungen beidseits; 6. Sekundäre erektile Dysfunktion, ED 2009; 7. Depression und somatoforme Schmerzstörung. Bei der Beurteilung wurde angegeben, der Patient komme zur wiederholten Kontrolle der Urinbefunde bei auffälliger Hyperoxalurie und deutlich erhöhtem Glycolat im Urin. Anamnestisch bestehe ein rezidivierender Steinabgang von ca. 5 bis 6 Steinen innerhalb der letzten 2 bis 3 Monate. Nach Angaben des Patienten werde eine oxalatarme Diät eingehalten und die orale Kaliumcitrattherapie regelmässig eingenommen. Eine erweiterte ophthalmologische und auch eine kardiologische Untersuchung hätten keine Hinweise für das Vorliegen einer Speicherkrankheit ergeben. Eine erneute Bestimmung der repräsentativen Stoffwechselprodukte für eine primäre Hyperoxalurie Typ III habe wiederholt einen Normalbefund ergeben (IV-Nr. 295 S. 18 ff.).

6.8 Dem Austrittsbericht der E.____ [...] vom 24. Februar 2020 über den stationären Aufenthalt vom 11. bis 25. Februar 2020 können die Hauptdiagnosen «1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1)», «2. Chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom (F62.80)», «3. Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen (F61)» entnommen werden. Zudem wurden als Nebendiagnosen eine «4. Kiefergelenks-Arthropathie rechts» sowie eine «5. Nephrolithiasis bds. und St.n. Ureterolithiasis links, ED 01/2019» angegeben. Zur aktuellen Behandlung wurde vermerkt, der Patient sei durch das Ambulatorium [...] bei progredienten Depressionen zur Stabilisierung und medikamentösen Einstellung auf die Abteilung für Angst und Depressionen zugewiesen worden. Der Patient habe am multimodalen Therapieprogramm regelmässig teilgenommen. Während der Hospitalisation sei Seroquel von 300 mg auf 400 mg erhöht worden. Hierunter habe sich der Patient ein wenig ausgeglichener und ruhiger im Kontakt und in der sozialen Interaktion gezeigt. Im Rahmen der explorativen Gespräche hätten thematisch die chronischen Schmerzen und die chronifizierte depressive Symptomatik dominiert. Erneut sei versucht worden, die inneren und äusseren Ressourcen des Patienten zu aktivieren. Am 27. Februar 2020 sei im gegenseitigen Einverständnis der Austritt des Patienten erfolgt. Zum Austrittszeitpunkt habe kein Hinweis auf Eigen- und Fremdgefährdung bestanden (IV-Nr. 304 S. 5 ff.).

6.9 Dem Bericht der Universitätsklinik K.____, Neuro-Urologie, vom 27. Februar 2020, können folgende Diagnosen entnommen werden: 1. Verdacht auf Harnblasen- und Sexualfunktionsstörung unklarer Ätiologie (DD neurogen) sowie auf chronisches Becken-Schmerzsyndrom; 2. St.n. symptomatischer Nephrolithiasis links; 3. Asymptomatische Nephrolithiasis von 2.5 mm Durchmesser

rechts; 4. Alkohol-Abhängigkeitssyndrom; 5. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung; 6. Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion. Zur Beurteilung wurde dargelegt, video-urodynamisch habe sich eine hyperkapazitive, hyposensitive und normoaktive Harnblase mit Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie ohne vesiko-uretero-renalen Reflux gezeigt. Das Miktionsprofil habe sich zwar nicht-obstruktiv gezeigt, dennoch habe das video-urodynamische Funktionsprofil vorwiegend eine Entleerungsproblematik ergeben, welche zu den Symptomen passe. Aus diesem Grund sei dem Patienten zur Reduktion des infravesikalen Widerstands ein Rezept ausgestellt worden. Es werde eine neuro-urologische Verlaufskontrolle geplant. Eine erleichterte Harnblasenentleerung sollte auch einen positiven Einfluss auf die Schmerzsituation im kleinen Becken haben (IV-Nr. 295 S. 13 ff.).

6.10 Aus dem Bericht der E.____ zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 7. April 2020 gehen folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) hervor: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), chronisch generalisiertes Schmerzsyndrom (F62.80), kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen (F61)». Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine «Kiefergelenks-Arthropathie rechts», eine «Nephrolithiasis bds.» sowie ein «St.n. Uretherolithiasis links, ED 01/2019» angegeben. Im Weiteren wurde dargelegt, der Patient komme alle zwei bis drei Wochen zur Sitzung. Er beklage aktiv Ein- und Durchschlafstörungen, die in enger Verbindung mit Visionen von toten Leuten bestünden. Dies seien vor allem verstorbene Verwandte, die ihm zuriefen, dass er mit ihnen gehen solle. Davor habe er grosse Angst, weshalb er immer mit Licht schlafe und sehr schlecht einschlafen könne. Oft brauche er Unterstützung von seinen Angehörigen. Zudem beklage er eine bedrückte Stimmung, Energie- und Interessenverlust, stark verminderten Antrieb und Appetit sowie Zukunftsängste. Trotz verschiedener Medikamente zeige er keine wesentliche Veränderung. Er beklage innere Unruhe, Panikattacken, Schwindel, Übelkeit, Schmerzen im Körper und in den Gliedern. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit lautete dahingehend, aufgrund des mehrjährigen Verlaufs der Beschwerden und der hartnäckigen Chronifizierung, bei der es trotz mehrmaligen Versuchen von Therapiewechseln und der Medikation zu keiner Verbesserung der Symptome gekommen sei, gehe man davon aus, dass das aktuelle Störungsbild ein stationärer Zustand sei. Der Patient könne nur leichten Funktionalitäten im täglichen Leben nachgehen. Bei der Therapie gehe es am ehesten um ressourcenorientierende unterstützende Gespräche und Einsetzen von Medikamenten mit dem Ziel, seine Ängste zu vermindern; der Patient benötige soziale Sicherheit und soziale Hilfe. Zur beruflichen Situation wurde darauf hingewiesen, der Patient sei seit ca. 1999 arbeitslos. Er habe seither nie gearbeitet. Aufgrund der bestehenden Beschwerden wie Konzentrationsstörungen, des verminderten Antriebs, Panikattacken, Schlafstörungen und der damit verbundenen verminderten Leistungsfähigkeit sei eine Arbeitstätigkeit nicht möglich. Der Patient dürfe zurzeit nicht Auto fahren. Aufgrund des langjährigen Verlaufs und der Chronifizierung der bestehenden Symptome sei eine Tätigkeit weder auf dem ersten Arbeitsmarkt noch in geschütztem Rahmen zumutbar. Eine Eingliederung sei unwahrscheinlich. Der Patient sei aufgrund der erwähnten Symptome bei den Aufgaben im Haushalt eingeschränkt und dabei auf die Hilfe von Dritten angewiesen. Seine Kinder und Verwandten unterstützten ihn beim Kochen, Putzen und Waschen. Die Einkäufe könne er soweit selbstständig erledigen. Aufgrund des mangelnden Appetits esse er unregelmässig (IV-Nr. 293).

6.11 Im Bericht von Dr. med. L.____, Allgemeine Medizin FMH, zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 4. Mai 2020 wurde angegeben, der Patient stehe bei ihm seit dem 13. Februar 2018 in Behandlung. Es

bestehe eine vollständige und andauernde Arbeitsunfähigkeit seit Jahren. Er, Dr. med. L.____, habe nie eine Arbeitsunfähigkeit attestieren müssen, da der Sachverhalt offenbar seit langem klar sei. Es bestehe für jede Art von Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit. Beim Patienten persistierten seit dem Unfall im Jahr 1999 Schulterschmerzen rechts mit einer Armschwäche rechts und seit Jahren ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit nicht dermatogener Schmerzausstrahlung bei Diskopathie L4 bis S1 und Osteochondrose L5/S1 sowie eine relevante psychiatrische Erkrankung. Es handle sich um eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional-instabilen Anteilen, kombiniert mit rezidivierender depressiver Störung und somatoformem Schmerzsyndrom sowie einer Anpassungsstörung von dauerhaftem Charakter im Rahmen der Trennungssituation von der Ehefrau. Hinzu geselle sich ein Abhängigkeitssyndrom mit ständigem Substanzgebrauch von Alkohol. Belastend sei eine rezidivierende Urolithiasis mit St.n. entsprechenden invasiven Behandlungen. Weiterhin schwer belastend sei auch ein chronisches Kleinbecken-Schmerzsyndrom, welches seit über 10 Jahren bekannt sei. Aktuell persistiere weiterhin die komplexe Symptomatik, welche sich aus all den erwähnten Problemen ergebe. Es bestehe eine langjährige Arbeitslosigkeit bzw. -unfähigkeit ohne reale Aussicht auf Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit. Es gebe keine Ressourcen, welche für eine Eingliederung hilfreich sein könnten. Auch bei den Aufgaben im Haushalt sei der Patient erheblich eingeschränkt bzw. nicht in der Lage, ohne Hilfe anderer sich selbst zu versorgen, sodass er ohne Unterstützung in der Verwahrlosung enden würde (IV-Nr. 295 S. 6 ff.).

6.12 Dr. med. M.____, Allgemeine Medizin FMH, gab in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 18. Juni bzw. 2. Juli 2020 an, der Patient habe bis zum 23. August 1999 gearbeitet und sehr gut für sein Wohl und das seiner Familie sorgen können. Am 23. August 1999 habe sich für ihn ein erstes Trauma ereignet. Er habe als Lastwagenchauffeur einen Unfall (ohne Selbstverschulden) erlitten, bei dem er sich derart verletzt habe, dass er seitdem, gemäss seiner Aussage, unter Schmerzen in Kopf, Nacken, Schulter rechts und Knie rechts leide. Es seien eine Rehabilitation in [...] sowie zahlreiche Behandlungen erfolgt. Aktuell leide der Patient unter persistierenden Schmerzen im ganzen HWS-, BWS- und LWS-Übergang. Ausserdem habe er Kopfschmerzen, Brechreiz und Schulterschmerzen, die beim Bewegen, Bücken und Heben von Gewicht an Intensität zunehmen. Er schlafe die ganze Nacht nicht. Er sei sozusagen unruhig, jammernd, vergesslich und vor allem verbal aggressiv. Er könne sich nicht konzentrieren, fühle sich ängstlich und sei verzweifelt. Gegenüber den Familienangehörigen sei er unterschwellig aggressiv und es komme zwischen ihnen schnell zu Streitigkeiten vor allem mit seiner Ehefrau. Später merke er, dass sein unbewusstes Verhalten zur Eskalation geführt habe. Inzwischen sei seine Ehefrau, mit der er über 20 Jahre zusammengelebt habe, vor allem wegen seinem krankheitsbedingten Fehlverhalten mit den Kindern ausgezogen und wolle keinen Kontakt mehr zu ihm. Er vermeide fast gänzlich den Kontakt zur Aussenwelt, habe Konzentrationsstörungen, ausgeprägte Vergesslichkeit, Schlafstörungen und ein allgemeines Unwohlsein. Solange der Patient eine halbe IV-Rente gehabt habe, d.h. seine Krankheit als Folge des mittelschweren Unfalls akzeptiert worden sei, sei es ihm seelisch bzw. moralisch besser gegangen. Er sei sehr «jammernd» bezüglich seiner Schmerzen und die Schmerzschwelle sei sehr niedrig gewesen. Seitdem ihm im Jahr 2006 die minime Rente gestrichen worden sei (für ihn das zweite «Trauma»), sei eine Wesensveränderung festzustellen. Leid, Verzweiflung, Missverständnis, Ärger, Enttäuschung, Hoffnungslosigkeit, Armut an Lebenskraft und Lebensmotivation hätten rapid an Dauer und Intensität zugenommen. Trotz grosser Bemühungen seitens des Sozialdienstes sei es nicht

gelingen, ihn ins soziale Arbeitsleben zu integrieren. Die Beschwerden- und Leidenskette verlängere sich und werde immer schwerer. Der Patient sei zunehmend psychotisch, d.h. er verarbeite alle Geschehen krankhaft. Objektiv leide er unter einem panvertebralen Schmerzsyndrom bei Hyperkyphose der BWS und einer Streckhaltung der LWS mit Hyperlordose. Es bestünden eine Beweglichkeitseinschränkung und eine Druckdolenz über den Dornfortsätzen und paravertebral. Es sei eine Beweglichkeitseinschränkung der rechten Schulter vorhanden bei Status nach Fraktur der rechten Clavicula (1999). Es bestünden Senk- und Spreizfüsse beidseits, der Tibialis-posterior-Reflex (TPR) beidseits sei nicht auslösbar. Die degenerativen Veränderungen im Bereich des lumbovertebralen Übergangs hätten bei rheumatologischen Untersuchungen stets zugenommen, ohne jedoch eine Neurokompression zu finden. Der Patient leide im Weiteren seit 15 Jahren an einer erektilen Dysfunktion. Die Untersuchungen und Behandlungen hätten keine Pathologie und keine Therapieerfolge gebracht. In dieser Kette von Schwierigkeiten, unter denen der Patient schwer leide, bleibe er bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 297 S. 2 ff.). 6.13 Aus dem Bericht der E.____ [...] vom 22. Oktober 2020 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 1. bis 22. Oktober 2020 geht hervor, die Zuweisung sei durch das Ambulatorium [...] aufgrund einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik mit innerer Unruhe, Angstzuständen, Schlafstörungen mit Alpträumen und Suizidgedanken zur Stabilisierung und medikamentösen Anpassung auf die Abteilung für Angst und Depression erfolgt. Auf der Station habe sich der Patient initial stark zurückgezogen und Kontakte vermeidend gezeigt. Im Verlauf habe er sich etwas aktiver gezeigt und regelmässig am multimodalen Therapieprogramm teilgenommen. Psychotherapeutisch seien neben Gesprächen von ärztlicher Seite auch pflegerische Gespräche im Rahmen der Bezugspersonenpflege durchgeführt worden. In den Einzelgesprächen habe sich der Patient klagend, demonstrativ-leidend und teils fassadär gezeigt. Thematisch hätten die chronischen Schmerzen und die chronifizierte depressive Symptomatik dominiert. Erneut sei versucht worden, die inneren und äusseren Ressourcen des Patienten zu aktivieren. Am 22. Oktober 2020 habe der Patient in gebessertem Zustand aus dem stationären Setting entlassen werden können. Bei Austritt hätten keine Hinweise auf akute Selbst- und Fremdgefährdung oder Suizidgedanken bestanden (IV-Nr. 304 S. 1 ff.). 6.14 Dem polydisziplinären (allgemein-internistischen, orthopädischen, neuropsychologischen und psychiatrischen) Gutachten der F.____ vom 16. Juli 2021 (Untersuchungen vom

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 das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum 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).

5. Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob sich beim Beschwerdeführer seit der Verfügung vom 14. Oktober 2016, worin sein Anspruch auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen wurde (IV-Nr. 256), eine relevante Verschlechterung seines Gesundheitszustands eingestellt hat. Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er der vorerwähnten Verfügung vom 14. Oktober 2016 zu Grunde gelegt wurde:

5.1 Im bidisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten der D.____ vom 24. März 2016 (Untersuchungen vom 20. Januar 2016) können den Schlussfolgerungen der Begutachtung gemäss bidisziplinärer Konsensbesprechung folgende Diagnosen mit qualitativem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: 1. Posttraumatische AC-Gelenksarthrose rechts, St.n. AC-Luxation Tossy III rechts am 23.08.1999 mit Implantation einer Hakenplatte am 24.08.1999, St.n. Metallentfernung am 25.11.1999; 2. Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.80). Die medizinische Beurteilung lautete dahingehend, aus psychiatrischer Sicht ergebe sich (wie bereits bei der Vorbeurteilung qualifiziert) das Bild eines «abnormal illness-behaviour» ohne Anhaltspunkt für eine nach ICD-10 diagnostizierbare psychische Störung. Es könne nach wie vor nicht bestimmt werden, mit welcher Indikation die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolge, auch könne nicht nachvollzogen werden, zu welchen Zwecken man dem Exploranden Psychopharmaka verabreiche. Auf jeden Fall lasse sich auch im aktuellen psychiatrischen Befund keine Störung von Krankheitswert diagnostizieren, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätte. Aus rheumatologischer Sicht bestehe weiterhin eine klare, posttraumatisch bedingte, beginnende AC-Gelenksarthrose rechts mit wahrscheinlich Impingement. Daneben könne ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne Beeinträchtigung neuronaler Strukturen diagnostiziert werden, dessen Stellenwert angesichts des psychiatrischen Befundes und bei letztlich radiologisch altersentsprechenden degenerativen Veränderungen mit Vorbehalt zu werten sei. Die grosse Diskrepanz zwischen den subjektiven Symptomen und den objektivierten Untersuchungsbefunden spreche auch somatisch für eine grosse emotionale Überlagerung. Ebenso deuteten das nicht-anatomisch korrelierende Druckdolenz-Schmerzbild und die grundsätzlich unauffälligen Befunde in den bildgebenden Verfahren auf eine hohe funktionelle Überlagerung hin. Letztlich spreche der ganze bisherige Verfahrensverlauf für eine hohe Rentenfixierung. Der Fall sei eigentlich schon vor 13 Jahren mit der SUVA-Verfügung vom 3. Mai 2002 (volle Arbeitsfähigkeit in angepasster leichter Tätigkeit) abgeschlossen worden und trotzdem sei der Explorand nicht in den Arbeitsprozess zurückgekehrt. Es hätten sich seither weder somatisch noch psychiatrisch wirklich neue Aspekte ergeben. Auch gegenüber der Vorbeurteilung der D.____ vom 30. März 2010 (vgl. IV-Nr. 163) sei die Situation im Wesentlichen unverändert. Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wurde dargelegt, der Explorand sei

100 % arbeitsunfähig für eine schwere Arbeit, insbesondere seien Arbeiten über Schulterhöhe rechts, sowie speziell schulterbelastende Arbeiten wie Schaufeln, Pickeln und Hämmern sowie Arbeiten mit vibrierenden Maschinen ausgeschlossen. Die Einschränkung ergebe sich aufgrund der posttraumatischen AC-Gelenksarthrose rechts. Die Arbeitsfähigkeit in allfälligen Verweistätigkeiten lautete wie folgt: Der Explorand sei 100 % arbeitsfähig für leichte bis mittelschwere handwerkliche Arbeiten in Wechselbelastung. Es bestehe eine Hebelimite von maximal 10 kg, Überkopf- oder wiederholte Arbeiten mit dem rechten Arm über der Horizontalen seien nicht möglich. Spezifische medizinische Massnahmen seien nicht indiziert. Zentral wären eine möglichst normale Aktivität und die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit (IV-Nr. 238.1 S. 6 ff.).

5.2 Dem rechtskräftigen Urteil des Versicherungsgerichts vom 11. Januar 2018 (VSBES.2016.304) können folgende Erwägungen entnommen werden (IV-Nr. 277 S. 32 f., E. II. 8):

6. Der aktuelle medizinische Sachverhalt (Neuanmeldung vom 23. September 2019) präsentiert sich wie folgt:

6.1 Aus dem Bericht des Spitals I.____, Orthopädische Klinik, vom 8. Dezember 2018 gehen folgende Diagnosen hervor: «Allgemeine Armschwäche rechts mit ausgeprägten Schulterschmerzen DD anterosuperiorer Konflikt Schulter rechts nach Unfall 1999 mit Sturz von Lastwagen auf den Kopf sowie auf die Schulter rechts in [...] auf dem Bau». Die Zwischenanamnese lautete wie folgt: Seit dem Jahr 1999 klage der Patient über Schmerzen rechtsseitig. Er gebe starke Schulterschmerzen an. Diese träten auch nachts auf. Er fühle sich dadurch stark gestört. Eine Infiltration habe keine signifikante Besserung gebracht, auch nicht kurzfristig. Die Zusatzuntersuchungen (Arthro-MR Schulter rechts vom 21. November 2018 und LWS-MR) zeigten Folgendes: Es sei keine neuroforaminale Stenose sichtbar, bei stark verwackelten Bildern sei die LWS aber schwierig interpretierbar. Es zeige sich die Schulter mit partieller Supraspinatussehne, aber keiner transmorale Ruptur. Die Subscapularissehne und die Infraspinatussehne seien intakt. Die Bizepssehne sei schön inserierend. Es bestehe keine Pully-Läsion. Die Beurteilung lautete wie folgt: Aktuell stehe die Kraftminderung im gesamten Arm im Vordergrund. Zudem bestehe klinisch ein anterosuperiorer Konflikt. Eine grössere Rotatorenmanschettenruptur habe ausgeschlossen werden können. Zur besseren Eingrenzung der Herkunft der Schmerzen werde eine sequentielle Infiltration glenohumeral, subacromial ins AC-Gelenk mit Lokalanästhetikum und Kortison empfohlen (IV-Nr. 295 S. 35 f.).

6.2 Dem Bericht des H.____, Medizinische Klinik, Nephrologie, vom 11. April 2019 können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden: 1. Symptomatische Ureterolithiasis links mit konsekutiver Harntransportstörung links sowie asymptomatische Nephrolithiasis links, 2. Asymptomatische Nephrolithiasis rechts (ca. 2,5 mm: spontan abgangsfähig); 3. Verdacht auf chronische Nephropathie KDIGO G2A1 DD NSAR; 4. Chronisches Kleinbeckenschmerzsyndrom (ED 2009)». Als Nebendiagnose wurde eine erektile Dysfunktion (ED 2009) angegeben. Unter dem Titel «Beurteilung» wurde dargelegt, der Patient komme zur metabolischen Abklärung bei Status nach ca. fünfmaligen symptomatischen Steinepisoden mit mehrfach spontanem Steinabgang in der Vergangenheit. Die durchgeführten Konkrementanalysen hätten einen Nachweis von Kalziumoxalatsteinen ergeben. Klinisch bestehe für den Patienten nach wie vor eine entsprechende Problematik mit rechtsseitigen ziehenden Flankenschmerzen mit Dysurie. Laborchemisch zeige sich eine leichtgradig eingeschränkte Nierenfunktion, am ehesten im

Rahmen einer chronischen Nephropathie bei langjährigem NSAR-Konsum. Hinweise für eine endokrinologische Ursache des Steinleidens im Sinne eines Hyperparathyreoidismus ergäben sich nicht. Ferner habe man keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer genetischen Störung im Sinne einer Cystinurie gefunden. Als hauptsächliche Risikofaktoren hätten sich neben einer hohen Kochsalzzufuhr eine Hyperoxalurie und ein stark erhöhtes Glycolat im Urin gefunden. Die Ergebnisse seien mit dem Patienten ausführlich besprochen worden. Zudem sei eine Beratung betreffend ausgewogene Ernährung mit Reduktion von tierischen zu Gunsten von vegetarischen Produkten (weniger Fleisch, mehr Früchte und Gemüse) erfolgt. Es sei empfohlen worden, die Salzzufuhr zu verringern und die oxalathaltigen Speisen zu reduzieren (IV-Nr. 295 S. 30 ff.).

6.3 Im Austrittsbericht der E.____, [...], vom 19. Juli 2019 (Hospitalisation vom 31. Mai bis 19. Juli 2019) wurden folgende psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 gestellt:

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F33.2); 2. Chronifiziertes generalisiertes Schmerzsyndrom (F62.80); 3. Mindestens schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1); 4. a.e. Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional-instabilen Anteilen (F60.9). Als weitere relevante Diagnose wurde eine Nephrolithiasis bds. und ein St.n. Ureterolithiasis links, ED 01/2019, angegeben. Unter dem Titel «aktuelle Behandlungshinweise» wurde dargelegt, die Zuweisung sei durch die ambulante Psychiaterin, Dr. med. G.____, aufgrund einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik mit Schlafstörungen erfolgt, wobei der Patient in das Behandlungszentrum für Angst und Depressionen aufgenommen worden sei. Beim Eintritt hätten sich zunehmende depressive Symptome, eine massive Anspannung und innerliche Unruhe, eine Zunahme der chronischen Schmerzproblematik mit vielfältigen somatischen Beschwerden, Angstsymptome mit Panikzuständen, fragliche akustische und optische Halluzinationen (vor allem beim Einschlafen) sowie wiederkehrende lebhaft Flashbacks (seinen Arbeitsunfall im Jahr 1999 betreffend) gezeigt. Er sehe seine mit ihm sprechenden verstorbenen Angehörigen, wobei sie ihn fragten, was er hier in der Klinik mache und warum er nicht zu ihnen komme. Er habe sich wiederholt hoch angespannt gezeigt und wiederholt mit Selbstmord gedroht, wenn man ihn hier nicht heile und seine Frau nicht zu ihm zurückkomme. Das Gericht habe ihm ein Hausverbot auferlegt; dies habe der Patient nicht akzeptieren wollen. Seine ganze gesundheitliche Verschlechterung und die Ruinierung seines Lebens habe er mit dem Arbeitsunfall im Jahr 1999 im Zusammenhang stehend gesehen. Er habe sich damals nicht richtig behandelt gefühlt, sein Zustand sei nach dem Unfall nie wieder normal geworden.

Im Weiteren wurde ausgeführt, unter partieller Teilnahme am multimodalen Therapieprogramm habe es der Patient teilweise geschafft, sich auf der Abteilung zu integrieren und Kontakt zu Mitpatienten zu finden. Im Verlauf der therapeutischen Gespräche habe er massiv mit der Trennung von Seiten der Ehefrau gehadert. Der Patient sei in seinen Themen sehr eingeengt und haftend gewesen, sodass man ihn in wiederholten Gesprächen kaum habe erreichen können. Das Erarbeiten eines Akzeptanzkonzepts oder die Übernahme eigener Verantwortung seinem Leben gegenüber sei nicht möglich gewesen. Er sei ständig auf die Opferrolle fixiert gewesen und habe angegeben, alle anderen seien an seinem Leiden schuld. Zur Stimmungsstabilisierung und bei Impulsdurchbrüchen sei er medikamentös behandelt worden. Später, bei beklagter Müdigkeit, sei dieses Medikament reduziert worden. Es sei eine antidepressive Medikation installiert worden, worunter der Patient tagsüber eine leichte Motivationssteigerung gezeigt habe, subjektiv jedoch weiterhin

somatisierend gewesen sei. Der Patient habe von permanenten Angstzuständen mit Stimmenhören von verstorbenen Angehörigen (meistens beim Einschlafen) berichtet. Gestützt auf einen Gerichtsentscheid habe die Auflage bestanden, dass der Patient die gemeinsame Wohnung in [...] endgültig räumen müsse. Mit Hilfe der internen Sozialberatung sei für den Patienten eine neue Wohnform gefunden worden. Der Patient habe in leicht verbessertem Zustand, ohne akuten Hinweis auf Selbst- oder Fremdgefährdung, nach Hause entlassen werden können. Er wünsche eine weitere ambulant-psychiatrische Betreuung durch das Psychiatrische Ambulatorium [...], da er dort wohne. Eigenanamnestisch habe ein chronisch erhöhter Alkoholkonsum bestanden, der jedoch während des Aufenthalts keine klinischen oder laborchemischen Hinweise für eine mögliche Abhängigkeit aufgewiesen habe (IV-Nr. 295 S. 27 ff.).

6.4 Aus dem Bericht der E.____, Ambulatorium [...], über das Erstgespräch vom 3. August 2019 geht hervor, der Patient sei im Anschluss an die vorerwähnte stationäre Behandlung von seinem behandelnden Arzt für die weitere ambulant-psychiatrische Behandlung angemeldet worden. Im Gespräch habe er sich angespannt und fordernd gezeigt. Er habe angegeben, der Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik habe ihm nichts gebracht. Er habe dieselben Probleme wie vorher. Im Gespräch beklage er im Vordergrund stehende Schlafstörungen, Niederstimmigkeit und Energie- sowie Interessenverlust. Als Hauptauslöser nenne er seinen Arbeitsunfall im Jahr 1999 sowie die Trennung von seiner Ehefrau. Der Patient gebe an, seit Dezember 2018 nicht mehr mit seiner Ehefrau und den vier gemeinsamen Kindern zusammenzuleben. Die Familie habe die Wohnung in [...] verlassen und er sei provisorisch zur Schwester seiner Ehefrau nach [...] gezogen. Noch während des Klinikaufenthalts habe man eine neue Wohnung gefunden. Der Patient erzähle weiter, dass er viele im Kopf kreisende Gedanken habe, vor allem hinsichtlich seiner Zukunftsperspektive und seiner Situation infolge des Arbeitsunfalls. Er gebe an, Schmerzen im ganzen Körper zu haben. Er leide sehr unter seiner Unterkieferfraktur, sodass sein alltägliches Leben gestört sei. Er könne keine feste Nahrung zu sich nehmen, weil er sonst seinen Unterkiefer «zurückschieben» müsse. Er sei bisher bei Dr. med. G.____ in Behandlung gewesen, habe sich jedoch wegen der langen Anfahrt für eine Behandlung in [...] entschieden. Er trinke regelmässig Alkohol.

Zur Berufsanamnese wurde angegeben, der Patient habe als Lastwagenchauffeur bei mehreren kleinen Firmen gearbeitet. Bei seiner letzten Arbeitsstelle habe er einen Berufsunfall im Jahr 1999 gehabt. Ein Lehrling sei mit einem Lastwagen nicht wie vorgängig besprochen rückwärts gefahren, sondern vorwärts. Dabei habe der Patient, der auf dem Lastwagen gestanden sei, das Gleichgewicht verloren und sei hinuntergefallen. Dabei habe er mehrere Frakturen, eine Schädel-Hirn-Erschütterung und eine Kieferfraktur erlitten. Letzteres sei wegen Komplikationsgefahren nicht repariert worden. Weil der Kiefer verschoben sei, könne er keine feste Nahrung zu sich nehmen. Wegen der Schmerzen habe er nie mehr arbeiten können. Als besonders traumatisch empfinde er es, dass der Lehrling nichts bemerkt habe. Dieser habe den Rückwärtsgang eingelegt und sei auf ihn zugefahren. In diesem Moment habe sich der Patient nicht bewegen können, habe aber alles wahrgenommen. Nur dank Bauarbeitern vom Nachbarbau, die dies rechtzeitig bemerkt und einen Stein an das Fenster des Fahrers geworfen hätten, habe der Lehrling noch rechtzeitig bremsen können. Diese Erlebnisse hätten sich in seinem Kopf «eingebrannt». Sowohl die Suva als auch die IV hätten seinen Fall abgelehnt. Er lebe vom Sozialamt.

Die Diagnosen nach ICD-10 lauteten wie folgt: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3); Anpassungsstörung im Rahmen von Trennungssituation mit Ehefrau (F42) mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (F43.23); Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen vom impulsiven Typ (F60.9); Psychische Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom mit ständigem Substanzgebrauch (F10.25); Chronifiziertes generalisiertes Schmerzsyndrom (F62.80). Als andere relevante Diagnosen wurden eine Nephrolithiasis beidseits sowie ein St.n. Uretherolithiasis links, Eintrittsdiagnose 01.2019, angegeben. Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, es handle sich um einen 48-jährigen Patienten, der an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, mit psychotischen Symptomen leide. Im Vordergrund stünden Ein- und Durchschlafstörungen, bedrückte Stimmung, Energie- und Interessenverlust, verminderter Antrieb und Appetit sowie Zukunftsängste und eine pessimistische Zukunftsperspektive. Unter eingestellter Medikation spüre der Patient keine wesentlichen Veränderungen. Es bestehe bei ihm auch eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen vom impulsiven Typ, die während des Gesprächs mit ersichtlicher Angspanntheit, forderndem, arrogantem und hochmütigem Verhalten sowie mangelnder Empathie zum Ausdruck gekommen seien (IV-Nr. 295 S. 24 ff.).

6.5 Dem Bericht der E.____, [...], vom 4. Oktober 2019 kann entnommen werden, der Patient befinde sich seit dem 23. August 2019 im Psychiatrischen Ambulatorium in [...] in Behandlung. Er sei vom 31. Mai bis 19. Juli 2019 in der Psychiatrischen Klinik [...] wegen einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik mit Schlafstörungen hospitalisiert gewesen. Er habe zunehmende depressive Symptome beklagt, eine massive Anspannung und innerliche Unruhe, eine Zunahme der chronischen Schmerzproblematik mit vielfältigen somatischen Beschwerden, Angstsymptome mit Panikzuständen, fragliche akustische und optische Halluzinationen (vor allem beim Einschlafen) sowie wiederkehrende, lebhaft Flashbacks (seinen Arbeitsunfall im Jahr 1999 betreffend). Der Patient habe sich suizidal gezeigt. Seine ganze gesundheitliche Verschlechterung und die Ruinierung seines Lebens habe er mit dem Arbeitsunfall im Jahr 1999 im Zusammenhang stehend gesehen. Er habe sich damals nicht richtig behandelt gefühlt; sein Zustand sei nach dem Unfall nie wieder normal geworden. Im Ambulatorium [...] habe er nebst den depressiven Symptomen auch psychotische Symptome beklagt. Er sehe seine verstorbenen Angehörigen mit ihm sprechend, sie fragten ihn, was er hier mache und weshalb er nicht zu ihnen komme. Er habe sich wiederholt angespannt gezeigt und in sehr hohen Tönen gesprochen. Es wurden folgende Diagnosen angegeben: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3), chronifiziertes generalisiertes Schmerzsyndrom (F62.80), mindestens schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1), kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional-instabilen Anteilen (F60.9). Der Patient sei medikamentös behandelt worden. Man müsse mit einem chronischen Verlauf einer depressiven Störung mit Chronifizierungstendenzen rechnen (IV-Nr. 285).

6.6 Aus dem Bericht des J.____, Universitätsklinik für Augenheilkunde, vom 27. Oktober 2019 geht die Diagnose «RA/LA Unklare, intermittierende Visusstörungen zur weiteren Abklärung DD medikamentös (Seroquel) Ausschluss einer Netzhautdystrophie i.S. einer Stäbchen- / Zapfendystrophie H35.9, wechselnde Angaben des Farbsehens, konzentrische

Gesichtsfeldeinschränkung in der Erstuntersuchung» hervor. Allgemein bestehe eine Depression. Die Beurteilung lautete wie folgt: Man habe den Patienten erstmals am 30. September 2019 in der Sprechstunde gesehen, wo ein bestkorrigierter Visus rechts von 0.3 (mit stenopäischer Lücke 0.6) und links von 0.2 ohne Besserung mit stenopäischer Lücke gemessen worden seien. Der Nahvisus sei bei 0.3 gelegen. Gleichentags habe der Patient keine Angaben im Ishihara-Farbttest machen können, wobei er die Kontrollziffer habe benennen können. Anamnestisch sehe der Patient seit Jahren beidseits zunehmend schlechter, vermehrt mache ihm auch das Sehen in der Dämmerung Mühe. Familiär bestünden keine ophthalmologischen Erkrankungen. In der Verlaufskontrolle habe sich ein spontaner Visus mittels mexikanischer Prüfung rechts von 0.8 (-2.0 sphärisch) und links von 0.6 (-1.75 sphärisch) gezeigt, in der Ishihara-Farbttestung habe er 8 von 13 Ziffern korrekt benannt. Die Gesichtsfelduntersuchung habe auf eine beidseitige, konzentrische Einschränkung hingewiesen, während im multifokalen und Ganzfeld-ERG normwertige Antworten abgeleitet worden seien. Morphologisch habe sich kein Korrelat der schwankenden Sehstörungen ausmachen lassen bei regelrechten, altersentsprechenden vorderen und hinteren Augenabschnitten. Auch die OCT-Untersuchung von Papille und Makula hätten einen physiologischen Befund gezeigt. Gesamtheitlich bleibe eine medikamentöse Genese der schwankenden Visusstörungen durch die Seroquel-Einnahme vorstellbar (IV-Nr. 295 S. 22 f.).

6.7 Im Bericht des H. ___ vom 19. November 2019 werden folgende Hauptdiagnosen angegeben: 1. Verdacht auf primäre Hyperoxalurie bei rezidivierender Urolithiasis; 2. Asymptomatische Nephrolithiasis rechts (ca. 2,5 mm: spontan abgangsfähig); 3. Chronische Nephropathie KDIGO G2aA1 DD NSAR, Chronische Urolithiasis; 4. Chronisches Kleinbeckenschmerzsyndrom (ED 2009); 5. Mässige Linsentrübungen beidseits; 6. Sekundäre erektile Dysfunktion, ED 2009; 7. Depression und somatoforme Schmerzstörung. Bei der Beurteilung wurde angegeben, der Patient komme zur wiederholten Kontrolle der Urinbefunde bei auffälliger Hyperoxalurie und deutlich erhöhtem Glycolat im Urin. Anamnestisch bestehe ein rezidivierender Steinabgang von ca. 5 bis 6 Steinen innerhalb der letzten 2 bis 3 Monate. Nach Angaben des Patienten werde eine oxalatarme Diät eingehalten und die orale Kaliumcitrattherapie regelmässig eingenommen. Eine erweiterte ophthalmologische und auch eine kardiologische Untersuchung hätten keine Hinweise für das Vorliegen einer Speicherkrankheit ergeben. Eine erneute Bestimmung der repräsentativen Stoffwechselprodukte für eine primäre Hyperoxalurie Typ III habe wiederholt einen Normalbefund ergeben (IV-Nr. 295 S. 18 ff.).

6.8 Dem Austrittsbericht der E. ___ [...] vom 24. Februar 2020 über den stationären Aufenthalt vom 11. bis 25. Februar 2020 können die Hauptdiagnosen «1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1)», «2. Chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom (F62.80)», «3. Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen (F61)» entnommen werden. Zudem wurden als Nebendiagnosen eine «4. Kiefergelenks-Arthropathie rechts» sowie eine «5. Nephrolithiasis bds. und St.n. Ureterolithiasis links, ED 01/2019» angegeben. Zur aktuellen Behandlung wurde vermerkt, der Patient sei durch das Ambulatorium [...] bei progredienten Depressionen zur Stabilisierung und medikamentösen Einstellung auf die Abteilung für Angst und Depressionen zugewiesen worden. Der Patient habe am multimodalen Therapieprogramm regelmässig teilgenommen. Während der Hospitalisation sei Seroquel von 300 mg auf 400 mg erhöht worden. Hierunter habe sich der Patient ein

wenig ausgeglichener und ruhiger im Kontakt und in der sozialen Interaktion gezeigt. Im Rahmen der explorativen Gespräche hätten thematisch die chronischen Schmerzen und die chronifizierte depressive Symptomatik dominiert. Erneut sei versucht worden, die inneren und äusseren Ressourcen des Patienten zu aktivieren. Am 27. Februar 2020 sei im gegenseitigen Einverständnis der Austritt des Patienten erfolgt. Zum Austrittszeitpunkt habe kein Hinweis auf Eigen- und Fremdgefährdung bestanden (IV-Nr. 304 S. 5 ff.).

6.9 Dem Bericht der Universitätsklinik K.____, Neuro-Urologie, vom 27. Februar 2020, können folgende Diagnosen entnommen werden: 1. Verdacht auf Harnblasen- und Sexualfunktionsstörung unklarer Ätiologie (DD neurogen) sowie auf chronisches Becken-Schmerzsyndrom; 2. St.n. symptomatischer Nephrolithiasis links; 3. Asymptomatische Nephrolithiasis von 2.5 mm Durchmesser rechts; 4. Alkohol-Abhängigkeitssyndrom; 5. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung; 6. Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion. Zur Beurteilung wurde dargelegt, video-urodynamisch habe sich eine hyperkapazitive, hyposensitive und normoaktive Harnblase mit Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie ohne vesiko-uretero-renalen Reflux gezeigt. Das Miktionsprofil habe sich zwar nicht-obstruktiv gezeigt, dennoch habe das video-urodynamische Funktionsprofil vorwiegend eine Entleerungsproblematik ergeben, welche zu den Symptomen passe. Aus diesem Grund sei dem Patienten zur Reduktion des infravesikalen Widerstands ein Rezept ausgestellt worden. Es werde eine neuro-urologische Verlaufskontrolle geplant. Eine erleichterte Harnblasenentleerung sollte auch einen positiven Einfluss auf die Schmerzsituation im kleinen Becken haben (IV-Nr. 295 S. 13 ff.).

6.10 Aus dem Bericht der E.____ zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 7. April 2020 gehen folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) hervor: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), chronisch generalisiertes Schmerzsyndrom (F62.80), kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen (F61)». Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine «Kiefergelenks-Arthropathie rechts», eine «Nephrolithiasis bds.» sowie ein «St.n. Uretherolithiasis links, ED 01/2019» angegeben. Im Weiteren wurde dargelegt, der Patient komme alle zwei bis drei Wochen zur Sitzung. Er beklage aktiv Ein- und Durchschlafstörungen, die in enger Verbindung mit Visionen von toten Leuten bestünden. Dies seien vor allem verstorbene Verwandte, die ihm zuriefen, dass er mit ihnen gehen solle. Davor habe er grosse Angst, weshalb er immer mit Licht schlafe und sehr schlecht einschlafen könne. Oft brauche er Unterstützung von seinen Angehörigen. Zudem beklage er eine bedrückte Stimmung, Energie- und Interessenverlust, stark verminderten Antrieb und Appetit sowie Zukunftsängste. Trotz verschiedener Medikamente zeige er keine wesentliche Veränderung. Er beklage innere Unruhe, Panikattacken, Schwindel, Übelkeit, Schmerzen im Körper und in den Gliedern.

Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit lautete dahingehend, aufgrund des mehrjährigen Verlaufs der Beschwerden und der hartnäckigen Chronifizierung, bei der es trotz mehrmaligen Versuchen von Therapiewechseln und der Medikation zu keiner Verbesserung der Symptome gekommen sei, gehe man davon aus, dass das aktuelle Störungsbild ein stationärer Zustand sei. Der Patient könne nur leichten Funktionalitäten im täglichen Leben nachgehen. Bei der Therapie gehe es am ehesten um ressourcenorientierende unterstützende Gespräche und Einsetzen von Medikamenten mit dem Ziel, seine Ängste zu vermindern; der Patient benötige soziale Sicherheit und soziale Hilfe. Zur beruflichen Situation wurde darauf hingewiesen, der Patient sei seit ca. 1999 arbeitslos. Er habe seither nie gearbeitet.

Aufgrund der bestehenden Beschwerden wie Konzentrationsstörungen, des verminderten Antriebs, Panikattacken, Schlafstörungen und der damit verbundenen verminderten Leistungsfähigkeit sei eine Arbeitstätigkeit nicht möglich. Der Patient dürfe zurzeit nicht Auto fahren. Aufgrund des langjährigen Verlaufs und der Chronifizierung der bestehenden Symptome sei eine Tätigkeit weder auf dem ersten Arbeitsmarkt noch in geschütztem Rahmen zumutbar. Eine Eingliederung sei unwahrscheinlich. Der Patient sei aufgrund der erwähnten Symptome bei den Aufgaben im Haushalt eingeschränkt und dabei auf die Hilfe von Dritten angewiesen. Seine Kinder und Verwandten unterstützten ihn beim Kochen, Putzen und Waschen. Die Einkäufe könne er soweit selbstständig erledigen. Aufgrund des mangelnden Appetits esse er unregelmässig (IV-Nr. 293).

6.11 Im Bericht von Dr. med. L.____, Allgemeine Medizin FMH, zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 4. Mai 2020 wurde angegeben, der Patient stehe bei ihm seit dem 13. Februar 2018 in Behandlung. Es bestehe eine vollständige und andauernde Arbeitsunfähigkeit seit Jahren. Er, Dr. med. L.____, habe nie eine Arbeitsunfähigkeit attestieren müssen, da der Sachverhalt offenbar seit langem klar sei. Es bestehe für jede Art von Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit. Beim Patienten persistierten seit dem Unfall im Jahr 1999 Schulterschmerzen rechts mit einer Armschwäche rechts und seit Jahren ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit nicht dermatogener Schmerzausstrahlung bei Diskopathie L4 bis S1 und Osteochondrose L5/S1 sowie eine relevante psychiatrische Erkrankung. Es handle sich um eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional-instabilen Anteilen, kombiniert mit rezidivierender depressiver Störung und somatoformem Schmerzsyndrom sowie einer Anpassungsstörung von dauerhaftem Charakter im Rahmen der Trennungssituation von der Ehefrau. Hinzu geselle sich ein Abhängigkeitssyndrom mit ständigem Substanzgebrauch von Alkohol. Belastend sei eine rezidivierende Urolithiasis mit St.n. entsprechenden invasiven Behandlungen. Weiterhin schwer belastend sei auch ein chronisches Kleinbecken-Schmerzsyndrom, welches seit über 10 Jahren bekannt sei. Aktuell persistiere weiterhin die komplexe Symptomatik, welche sich aus all den erwähnten Problemen ergebe. Es bestehe eine langjährige Arbeitslosigkeit bzw. -unfähigkeit ohne reale Aussicht auf Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit. Es gebe keine Ressourcen, welche für eine Eingliederung hilfreich sein könnten. Auch bei den Aufgaben im Haushalt sei der Patient erheblich eingeschränkt bzw. nicht in der Lage, ohne Hilfe anderer sich selbst zu versorgen, sodass er ohne Unterstützung in der Verwahrlosung enden würde (IV-Nr. 295 S. 6 ff.).

6.12 Dr. med. M.____, Allgemeine Medizin FMH, gab in seinem Bericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 18. Juni bzw. 2. Juli 2020 an, der Patient habe bis zum 23. August 1999 gearbeitet und sehr gut für sein Wohl und das seiner Familie sorgen können. Am 23. August 1999 habe sich für ihn ein erstes Trauma ereignet. Er habe als Lastwagenchauffeur einen Unfall (ohne Selbstverschulden) erlitten, bei dem er sich derart verletzt habe, dass er seitdem, gemäss seiner Aussage, unter Schmerzen in Kopf, Nacken, Schulter rechts und Knie rechts leide. Es seien eine Rehabilitation in [...] sowie zahlreiche Behandlungen erfolgt. Aktuell leide der Patient unter persistierenden Schmerzen im ganzen HWS-, BWS- und LWS-Übergang. Ausserdem habe er Kopfschmerzen, Brechreiz und Schulterschmerzen, die beim Bewegen, Bücken und Heben von Gewicht an Intensität zunähmen. Er schlafe die ganze Nacht nicht. Er sei sozusagen unruhig, jammernd, vergesslich und vor allem verbal aggressiv. Er könne sich nicht konzentrieren, fühle sich ängstlich und sei verzweifelt. Gegenüber den Familienangehörigen sei er unterschwellig

aggressiv und es komme zwischen ihnen schnell zu Streitigkeiten vor allem mit seiner Ehefrau. Später merke er, dass sein unbewusstes Verhalten zur Eskalation geführt habe. Inzwischen sei seine Ehefrau, mit der er über 20 Jahre zusammengelebt habe, vor allem wegen seinem krankheitsbedingtem Fehlverhalten mit den Kindern ausgezogen und wolle keinen Kontakt mehr zu ihm. Er vermeide fast gänzlich den Kontakt zur Aussenwelt, habe Konzentrationsstörungen, ausgeprägte Vergesslichkeit, Schlafstörungen und ein allgemeines Unwohlsein. Solange der Patient eine halbe IV-Rente gehabt habe, d.h. seine Krankheit als Folge des mittelschweren Unfalls akzeptiert worden sei, sei es ihm seelisch bzw. moralisch besser gegangen. Er sei sehr «jammernd» bezüglich seiner Schmerzen und die Schmerzschwelle sei sehr niedrig gewesen. Seitdem ihm im Jahr 2006 die minime Rente gestrichen worden sei (für ihn das zweite «Trauma»), sei eine Wesensveränderung festzustellen. Leid, Verzweiflung, Missverständnis, Ärger, Enttäuschung, Hoffnungslosigkeit, Armut an Lebenskraft und Lebensmotivation hätten rapid an Dauer und Intensität zugenommen. Trotz grosser Bemühungen seitens des Sozialdienstes sei es nicht gelungen, ihn ins soziale Arbeitsleben zu integrieren. Die Beschwerden- und Leidenskette verlängere sich und werde immer schwerer. Der Patient sei zunehmend psychotisch, d.h. er verarbeite alle Geschehen krankhaft. Objektiv leide er unter einem panvertebralen Schmerzsyndrom bei Hyperkyphose der BWS und einer Streckhaltung der LWS mit Hyperlordose. Es bestünden eine Beweglichkeitseinschränkung und eine Druckdolenz über den Dornfortsätzen und paravertebral. Es sei eine Beweglichkeitseinschränkung der rechten Schulter vorhanden bei Status nach Fraktur der rechten Clavicula (1999). Es bestünden Senk- und Spreizfüsse beidseits, der Tibialias-posterior-Reflex (TPR) beidseits sei nicht auslösbar. Die degenerativen Veränderungen im Bereich des lumbovertebralen Übergangs hätten bei rheumatologischen Untersuchungen stets zugenommen, ohne jedoch eine Neurokompression zu finden. Der Patient leide im Weiteren seit 15 Jahren an einer erektilen Dysfunktion. Die Untersuchungen und Behandlungen hätten keine Pathologie und keine Therapieerfolge gebracht. In dieser Kette von Schwierigkeiten, unter denen der Patient schwer leide, bleibe er bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 297 S. 2 ff.).

6.13 Aus dem Bericht der E.____ [...] vom 22. Oktober 2020 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 1. bis 22. Oktober 2020 geht hervor, die Zuweisung sei durch das Ambulatorium [...] aufgrund einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik mit innerer Unruhe, Angstzuständen, Schlafstörungen mit Alpträumen und Suizidgedanken zur Stabilisierung und medikamentösen Anpassung auf die Abteilung für Angst und Depression erfolgt. Auf der Station habe sich der Patient initial stark zurückgezogen und Kontakte vermeidend gezeigt. Im Verlauf habe er sich etwas aktiver gezeigt und regelmässig am multimodalen Therapieprogramm teilgenommen. Psychotherapeutisch seien neben Gesprächen von ärztlicher Seite auch pflegerische Gespräche im Rahmen der Bezugspersonenpflege durchgeführt worden. In den Einzelgesprächen habe sich der Patient klagend, demonstrativ-leidend und teils fassadär gezeigt. Thematisch hätten die chronischen Schmerzen und die chronifizierte depressive Symptomatik dominiert. Erneut sei versucht worden, die inneren und äusseren Ressourcen des Patienten zu aktivieren. Am 22. Oktober 2020 habe der Patient in gebessertem Zustand aus dem stationären Setting entlassen werden können. Bei Austritt hätten keine Hinweise auf akute Selbst- und Fremdgefährdung oder Suizidgedanken bestanden (IV-Nr. 304 S. 1 ff.).

6.14 Dem polydisziplinären (allgemein-internistischen, orthopädischen, neuropsychologischen und psychiatrischen) Gutachten der F.____ vom 16. Juli 2021 (Untersuchungen vom

E. 5

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 17. November 2021 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf die Akten und die Begründung in der vorliegend angefochtenen Verfügung verweist und auf eine Stellungnahme verzichtet (A.S. 36). 2.3 Mit Verfügung vom 14. Februar 2022 wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Roger Zenari, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt (A.S. 37 f.). 2.4 Am 28. Februar 2022 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 40 ff.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob der Beschwerdeführer aufgrund veränderter Verhältnisse Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 30. September 2021 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). Die am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Gesetzes- und Verordnungsänderungen sind deshalb nicht anwendbar. 2.

E. 7

und 9. Juni 2021) können im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Fortgeschrittene Abnützung an der Lendenwirbelsäule L5/S1 (Osteochondrose) und mehretagige, moderate Abnützungen der Zwischenwirbelgelenke (ICD-10 M42.17 und M47.86); Zustand nach einer operativ versorgten Sprengung/Verrenkung des Schultergelenks (AC-Gelenksluxation) rechts (ICD-10 S43.1); Rezidivierende depressive Störung, ggw. leichte Episode (ICD-10 F33.0); Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8); Narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8)». Die weiteren gestellten Diagnosen (moderate Abnützung an der Halswirbelsäule in der Etage C5/6 [Spondylose/Unkarthrose] und mehretagige, beginnende degenerative Veränderungen an den Facettengelenken [ICD-10 M47.82]; Adipositas I, BMI 31.9 kg/m²[ICD-10: E66.00]; Dyslipidämie [Fettstoffwechselstörung], laufende Statintherapie [ICD-10: E78.9]; chronischer Nikotinabusus, kumulativ ca. 50 pack years [ICD-10: F17.9]; Nephrolithiasis bds. mit Status nach Ureterolithiasis links, ED 01/2019, 27.01.2019 Doppel-J-Kathetereinlage links, 21.02.2019 ureterorendoskopische Harnleiter- und Nierensteinextraktion links; Status nach 16.01.2017 Epididymektomie rechts bei chronisch schmerzhafter Nebenhodenreizung rechts mit diskreter Begleithydrozele; aktenkundiges obstruktives Schlafapnoesyndrom [ED 2006] mit pathologischer Tagesschläfrigkeit, Epworth Score 18/24 [DD: plus Depression] ■ poly-graphischer Apnoe-/Hypopnoe-Index 35/h in Rückenlage 45/h [2003: 37/h] ■ Status nach CPAP-Intoleranz; vorgetäuschte kognitive Störung [«definite malingering neurocognitive dysfunktion»]) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde / Diagnosen wurde angegeben, aufgrund der orthopädischen und psychiatrischen Diagnosen seien sowohl die körperliche als auch die psychische Belastbarkeit reduziert. Aufgrund der im Moment ausreichend kompensierten Symptomatik bestehe aber bei einer angepassten Beanspruchung nur eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Zu den eventuell relevanten Persönlichkeitsaspekten wurde dargelegt, in der aktuellen Begutachtung könnten eine narzisstische Persönlichkeitsstörung und eine Persönlichkeitsänderung infolge des chronischen Schmerzsyndroms festgestellt werden. Diese Diagnosen hätten einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zu den Belastungsfaktoren / Ressourcen gaben die Gutachter an, aufgrund der orthopädischen und psychiatrischen Diagnosen seien sowohl die körperliche als auch die psychiatrische Belastbarkeit in einem gewissen Mass reduziert. Da die Einschränkungen bei einer angepassten Beanspruchung im Moment gut kompensiert seien, bestehe bei der Ausübung einer angepassten Tätigkeit nur eine geringe Minderung der Arbeitsfähigkeit. Die beruflichen Ressourcen bestünden in der Ausübung eines körperlich leicht bis mittelschweren, wechselbelastenden Berufes unter Berücksichtigung der leicht verminderten psychischen Belastbarkeit (mässige Beeinträchtigung der Planung und Strukturierung, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, Spontanaktivität). Zur Konsistenzprüfung wurde dargelegt, die Beschwerdevalidierung in der neuropsychologischen Testung habe sich auffällig gezeigt und auch bei der psychiatrischen sowie orthopädischen Begutachtung hätten klare Anzeichen einer Selbstlimitation, Symptomverdeutlichung und -ausweitung sowie eines aggravierenden Verhaltens beobachtet werden können. Da für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausschliesslich die objektivierbaren Befunde herangezogen worden seien, sei aus polydisziplinärer Sicht eine valide Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit möglich.

Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiter im Baugewerbe wurde von den Gutachtern mit 0 % (100%ige Arbeitsunfähigkeit) angegeben; diese Einschätzung bleibe unverändert zum Vorgutachten im Jahr 2016. Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit wurde auf 80 % (20%ige Arbeitsunfähigkeit) festgesetzt. Die maximale Präsenz betrage 8,5 Stunden pro Tag, es bestehe jedoch eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit aufgrund der mässig eingeschränkten Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie der Planung und Strukturierung von Aufgaben. Die retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit lautete wie folgt: 24. März bis 30. Mai 2019: 100%ige Arbeitsfähigkeit; 31. Mai bis 19. Juli 2019: vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund des stationären Aufenthalts; 19. August 2019 bis 10. Februar 2020: 80%ige Arbeitsfähigkeit; 11. bis 25. Februar 2020: vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund des stationären Aufenthalts; 26. Februar bis 30. September 2020: 80%ige Arbeitsfähigkeit; 1. bis 22. Oktober 2020: vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund des stationären Aufenthalts; seit 23. Oktober 2020: 80%ige Arbeitsfähigkeit.

Das funktionelle Belastbarkeitsprofil lautete wie folgt: Zu vermeiden seien das Heben / Tragen von Gewichten über 12,5 kg (das Heben / Tragen sollte grundsätzlich manchmal und nicht repetitiv gefordert sein), Arbeitszwangshaltungen mit vermehrter Belastung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule (z.B.: repetitive Rotationsbewegungen des Kopfes [mehr als 40 °] bei fixiertem Oberkörper oder fixierter Blickrichtung in deutlicher Abweichung zur Körperachse; repetitive Rotationsbewegungen mehr als 30 ° des Oberkörpers bei fixiertem Stand der Beine oder vorgebeugte Arbeitszwangshaltungen ohne

die Möglichkeit, sich abzustützen, Arbeiten mit häufigem Bücken unter Tischkantenniveau, etc.), Grobarbeiten (z.B. mit Schlagbohrmaschine, einem schweren Hammer, etc.) mit dem Arm rechts, höhenexponierte Arbeiten (z.B. auf Leitern oder Gerüsten) und Überkopfarbeiten sowie Tätigkeiten mit einer hohen Anforderung an die Planung und Strukturierung, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie Widerstands- und Durchhaltefähigkeit. Zu empfehlen seien leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeiten. Die Gesamtarbeitsfähigkeit wurde dahingehend begründet, die vollständige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Mitarbeiter im Baugewerbe bestehe wegen der Beschwerden des Bewegungsapparates. In dieser Hinsicht bleibe die Einschätzung unverändert zum Vorgutachten im Jahr 2016. Die nun festgestellte leichte Leistungsminderung bei der Ausübung einer angepassten Tätigkeit begründe sich mit der neu eingetretenen, verminderten psychischen Belastbarkeit. Diesbezüglich könne eine Verschlechterung seit dem Jahr 2016 nachvollzogen werden. Zu den medizinischen Massnahmen wurde angegeben, die bestehenden Therapien sollten fortgeführt werden. Eine wesentliche Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit sei aber dadurch nicht zu erwarten (IV-Nr. 310 S. 15 ff.).

6.14.1 Dem allgemein-internistischen Teilgutachten (Dr. med. univ. N.____, Praktischer Arzt) können keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Nach den gutachterlichen Angaben haben die gestellten Diagnosen (Adipositas, Dyslipidämie, chronischer Nikotinabusus, Nephrolithiasis bds. bei Status nach Ureterolithiasis links, Status nach Epididymektomie rechts bei chronischer, schmerzhafter Nebenhodenreizung rechts mit diskreter Begleithydrozele, aktenkundiges obstruktives Schlafapnoesyndrom mit pathologischer Tagesschläfrigkeit) keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, bei Nephrolithiasis beidseits mit Zustand nach Harnleiterkolik linksseitig mit erfolgter Harnleiter- und Nierensteinentfernung links im Februar 2019 sei eine urologische Behandlung im H.____ erfolgt. Der Explorand nehme laufend ein harnansäuerndes Mittel zur Prophylaxe von Nierensteinen ein. Im durchgeführten Standardlabor finde man allgemein-internistisch keine nennenswerten Auffälligkeiten. Bezüglich des obstruktiven Schlafapnoesyndroms erfolgten seit Jahren keine pneumologischen Kontrollen mehr. Eine Gewichtsreduktion werde empfohlen. Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe für die mehr als 20 Jahre zurückliegende, zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bauarbeiter keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch für eine leidensangepasste Arbeitstätigkeit bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Allgemein-internistisch bestünden seit dem Referenzzeitpunkt (Rentenablehnung vom 14. Oktober 2016) keine nennenswerten Änderungen (IV-Nr. 310 S. 41 ff.).

6.14.2 Aus dem orthopädischen Teilgutachten (Dr. med. univ. O.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) gehen die Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) «Fortgeschrittene Abnützung an der Lendenwirbelsäule L5/S1 (Osteochondrose) und mehretagige, moderate Abnützungen der Intervertebralgelenke (ICD-10 M42.17 und M47.86)» sowie «Zustand nach einer operativ versorgten Sprengung/Verrenkung des Schultereckgelenks (AC-Gelenksluxation) rechts (ICD-10 S43.1)» hervor. Die weiteren Diagnosen (moderate Abnützung an der Halswirbelsäule in der Etage C5/6 [Spondylose/Unkarthrose] und mehretagige, beginnende degenerative Veränderungen an den Facettengelenken [ICD-10 M47.82] sowie Adipositas WHO Grad I [ICD-10 E66.0]) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf

die Arbeitsfähigkeit. Dr. med. O. ___ legte dar, von der orthopädischen Seite her könne aufgrund der Abnützungen am Bewegungsapparat eine gewisse Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit festgestellt werden. In der aktuellen Begutachtung zeigten sich aber in Ruhe und bei der moderaten Beanspruchung keine Anzeichen körperlicher Schmerzen. Die exakte Beurteilbarkeit der Leistungsfähigkeit sei aufgrund der Selbstlimitation sowie der Symptomverdeutlichung und -ausweitung nur erschwert möglich. Beim Exploranden sei eine Schulterreckgelenksverletzung rechts (AC-Gelenksluxation) operativ versorgt worden. Erwartungsgemäss habe sich nun eine moderate posttraumatische AC-Gelenksarthrose entwickelt. Ansonsten seien konservative Behandlungen der degenerativ bedingten LWS-Beschwerden erfolgt. Anhand der aktuellen Befunde und vor allem mit Blick auf den Umstand, dass das vom Exploranden angegebene bzw. subjektiv empfundene Ausmass der Schmerzen von körperlicher Seite nicht nachvollziehbar und erklärbar sei, bestehe keine Indikation für interventionelle Massnahmen oder operative Eingriffe.

Zur Konsistenz und Plausibilität wurde dargelegt, die Beurteilung der exakten körperlichen Leistungsfähigkeit sei aufgrund der erheblichen Selbstlimitation sowie der ausgeprägten Symptomverdeutlichung und -ausweitung des Exploranden erschwert. Basierend auf den objektiven Befunden (moderate-posttraumatische Abnutzung des Schulterreckgelenks rechts, fortgeschrittene Abnutzung am lumbosakralen Übergang und moderate Degeneration an der HWS) könne jedoch klar festgestellt werden, dass die aktuelle Leistungsfähigkeit unter den Anforderungen des Berufs als Mitarbeiter im Baugewerbe liege. Im Hinblick auf die Ausübung einer angepassten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit bestehe von orthopädischer Seite jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die gutachterliche Einschätzung im bidisziplinären D. ___-Gutachten vom 24. März 2016 könne nachvollzogen und auch anhand der aktuellen Begutachtung bestätigt werden. Die beruflichen Ressourcen bestünden in der Ausübung einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit unter Vermeidung einer vermehrten Beanspruchung der Schulter rechts sowie der Lendenwirbelsäule. Anhand der objektivierbaren Abnützungen am Bewegungsapparat könne eine Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit festgestellt werden. Das Ausmass sei jedoch aufgrund der diskutierten Umstände (Selbstlimitation, Symptomverdeutlichung und -ausweitung) nur bedingt abschätzbar. Allerdings habe man in Ruhe und bei einer moderaten Beanspruchung im Rahmen der aktuellen Untersuchung keine körperlichen Schmerzen oder Einschränkungen beobachten können.

In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Diese Einschätzung bleibe unverändert zum Vorgutachten aus dem Jahr 2016. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit betrage 100 %. Auch diese Einschätzung bleibe unverändert zum erwähnten Vorgutachten. Während der maximalen Präsenzzeit von 8,5 Stunden pro Tag bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Unter Berücksichtigung der nachfolgenden Empfehlungen seien weder qualitative noch quantitative Einschränkungen zu erwarten. Zu vermeiden seien das Heben/Tragen von Gewichten über 12,5 kg (das Heben/Tragen sollte grundsätzlich manchmal und nicht repetitiv gefordert sein), Arbeitszwangshaltungen mit vermehrter Belastung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule, Grobarbeiten mit dem Arm rechts sowie höhenexponierte Tätigkeiten und Überkopfarbeiten. Zu empfehlen seien leichte bis mittelschwere, wechselbelastenden Tätigkeiten. Im Vergleich zum Referenzzeitpunkt (14. Oktober 2016)

sei es aus orthopädischer Sicht zu keiner relevanten Veränderung gekommen (IV-Nr. 310 S. 27 ff.).

6.14.3 Im neuropsychologischen Teilgutachten (Dipl. Psych. P.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP) wurde die Diagnose «Nicht-authentische neuropsychologische Störungen» gestellt. Die neuropsychologische Beurteilung lautete wie folgt: der Explorand zeige in der testpsychologischen Untersuchung eine stark verminderte Kooperations- und Leistungsbereitschaft. Die erzielten sehr schwachen Ergebnisse seien nicht mit den in den Akten angegebenen Diagnosen vereinbar. Sowohl das Verhalten des Exploranden als auch die extrem niedrige Trefferrate in einem einfachen nonverbalen Beschwerdevalidierungstest wiesen auf eine unzureichende Kooperationsbereitschaft des Exploranden hin. Zur Validierung der kognitiven Leistungserfassung sei in der aktuellen Untersuchung ein international anerkanntes und gut untersuchtes nonverbales Performanzvalidierungsverfahren verwendet worden, welches eine hohe Sensitivität und Spezifität besitze und Vergleichswerte verschiedenster klinischer Populationen liefere. Dieses Verfahren erlaube aufgrund von Profilanalysen eine gute Unterscheidung zwischen authentischen Gedächtnisdefiziten und unzureichender Anstrengung/Selbstlimitierung. Dieser Test sei für verschiedene klinische Gruppen mit guter Anstrengungsbereitschaft (Patienten mit schwerem Schädelhirntrauma, Personen mit niedriger Bildung oder Intelligenzminderung) ohne Probleme zu bewältigen. Dies gelte auch für Probanden mit einer anderen Muttersprache. Die erzielten Werte des Exploranden lägen in diesem Test überwiegend unter oder auf Zufallsniveau, damit weit unter dem Bereich verschiedener klinischer Populationen mit guter Anstrengungsbereitschaft. Nach mathematischer Berechnung seien mit einer an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch den Exploranden gezielt falsche Antworten unter Kenntnis der richtigen Antworten gegeben worden. Dies bedeute, dass in diesem Verfahren, das vermeintlich Gedächtnisleistungen, real jedoch die Leistungsmotivation prüfe, Ergebnisse erzielt worden seien, die mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine gezielte Antwortmanipulation belegten. Aufgrund der verminderten Kooperationsbereitschaft habe man kein gültiges Testprofil erhalten können. Im Fragebogen zur Überprüfung der Plausibilität der angegebenen psychiatrischen Symptome überschritten die bejahten Symptome den Cut-off für eine plausible Symptomatik deutlich. Insbesondere gebe der Explorand eine hohe Anzahl an bizarren und untypischen psychotischen Symptomen an. In der Zusammenschau aller zur Verfügung stehenden Informationen seien die in der Untersuchung gezeigten Minderleistungen als nicht-authentische neuropsychologische Störungen einzuordnen. Bei Ergebnissen unter Zufallsniveau müsse von einer Aggravation oder Simulation (Malingering) von kognitiven Störungen ausgegangen werden. Bereits im neuropsychologischen Vorgutachten aus dem Jahr 2008 seien im verwendeten Symptomvalidierungsverfahren sehr auffällige Ergebnisse und auch im übrigen Testprofil unplausible Resultate erzielt worden, welche von den Gutachtern im Rahmen eines bewusstseinsnahen Verhaltens interpretiert worden seien.

Zur Bewertung und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde abschliessend angegeben, es sei von einem deutlich aggraviorischen Verhalten in der Untersuchungssituation auszugehen. Die Schilderung der Beschwerden mit Bejahung multipler bizarrer und untypischer psychotischer Symptome sei als nicht glaubhaft anzusehen. Man könne daher weder Art und Ausmass kognitiver Defizite noch Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht angeben (IV-Nr. 310 S. 2 ff.).

6.14.4 Dem psychiatrischen Teilgutachten (Dr. med. Q. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) können die Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10: F62.8) sowie einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.8) entnommen werden. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine «vorgetäuschte kognitive Störung» (definite malingering neurocognitive dysfunction) angegeben. Die versicherungsmedizinische Beurteilung lautete dahingehend, seit dem Jahr 2001 seien kontinuierliche, zunächst primär ambulante psychiatrische Behandlungen wahrgenommen worden. Dies kontinuierlich, auch mit unterschiedlichen medikamentösen Regimen, an die sich der Explorand allerdings nicht mehr konkret erinnern könne. Es hätten nun sei dem Jahr 2019 insgesamt drei stationäre psychiatrische Behandlungen stattgefunden, zuletzt im Jahr 2020. Im Weiteren laufe eine ambulante psychiatrische Behandlung mit Terminen alle ein bis zwei Wochen. Seit einigen Jahren werde auch eine stabile Medikation mit Printelix, Prazine sowie Seroquel verordnet, was nach den Angaben des Exploranden zumindest etwas helfe (die Medikamentenspiegel seien im therapeutischen Bereich). Eingliederungsversuche (anamnestisch beschrieben mit dem Versuch einer Rückkehr an den Arbeitsplatz vor fast 20 Jahren) und auch andere Arbeitsversuche seien aufgrund der vom Exploranden angegebenen gesundheitlichen Probleme gescheitert. Den bisherigen Verlauf und die Entwicklung betrachtend habe sich zuletzt eine zunehmende Chronizität und Regression gezeigt, sodass die Prognose als zurückhaltend zu betrachten sei.

Zur Konsistenz und Plausibilität wurde dargelegt, es ergäben sich verschiedene Inkonsistenzen, z.B. habe der Explorand angegeben, zu seinen Kindern und zu seiner Familie keinen Kontakt mehr zu haben, während er von diesen versorgt werde. Hierzu habe der Explorand ergänzt, dass dies eben «nur» die ältere Tochter und der Cousin seien. Hier bestünden deutliche Widersprüchlichkeiten, die jedoch auch seitens des Exploranden nicht näher erklärt werden könnten. In Bezug auf die von ihm erlebte Befindlichkeit und die von ihm geschilderten Beschwerden, insbesondere auch im Zusammenhang mit dem im Mini-ICF-App erhobenen «Status» finde man erhebliche Diskrepanzen. Der Explorand sehe und erlebe sich nach seinen Angaben quasi zu nichts mehr in der Lage, was im Widerspruch zu den zum Teil berichteten Aktivitäten stehe, auch wenn diese begrenzt gewesen seien. Des Weiteren sei die im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung beschriebene Aggravation und Inkonsistenz thematisiert worden. Hier habe der Explorand angegeben, dies sei für ihn viel zu komplex gewesen, er habe keine Ahnung und es sei eine viel zu hohe Anforderung gewesen, «nicht nur ein bisschen zu viel». Am Vormittag (orthopädische Untersuchung) sei alles noch viel schlimmer gewesen, so verliere er das Vertrauen zu den Ärzten, der aktuelle Arzt (Orthopäde) habe ihn seelisch verletzt. Er wisse nicht, weshalb dieser mit ihm so umgegangen sei. Es sei jedoch zu berücksichtigen, dass sich angesichts dieses Verhaltens zumindest in den letzten Jahren ein psychopathologischer Anteil nicht negieren lasse. Der Explorand selbst erlebe sich als komplett invalide und voll arbeitsunfähig, was jedoch de facto mit den aktuell erhobenen Befunden nicht vereinbar sei. In diesem Sinne berücksichtige man die Inkonsistenzen und das aggraviorische Verhalten im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, sodass die subjektiv beschriebene Einschränkung, die einer kompletten Invalidität entsprechen würde, nicht in diesem Masse wahrgenommen werde, sondern in Anbetracht der Gesamtsituation eine zumindest im begrenzten Rahmen gegebene Einschränkung festgelegt werde.

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter wurde mit 80 % ab 23. Oktober 2020 festgesetzt. Dies gelte auch für eine leidensangepasste Verweistätigkeit. Die bisher laufenden medizinischen Massnahmen und Therapien sollten entsprechend fortgesetzt werden. Von wesentlichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit oder Verbesserungen des Gesamtzustandes sei jedoch nicht auszugehen. Insgesamt sei von einer Verschlechterung des Gesamtzustandes auszugehen, die sich auch auf die Arbeitsfähigkeit des Exploranden auswirke (IV-Nr. 310 S. 49 ff.).

6.15 In ihrer Stellungnahme vom 25. August 2021 zum vorerwähnten psychiatrischen Teilgutachten im Rahmen der F.____-Begutachtung hielt die behandelnde Oberärztin der E.____ fest, der Patient befinde sich seit dem 23. August 2019 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung im Ambulatorium [...]. Während dieses Beobachtungszeitraums habe sich der Patient unverändert konstant sehr leidend, fordernd, sehr angespannt, enttäuscht, verbittert und niederschwellig aggressiv gezeigt. Die Schicksalsschläge (1999 Arbeitsunfall, keine Unterstützung durch die SUVA, chronische körperliche Schmerzen, Trennung von seiner Partnerin im Dezember 2018, kein Kontakt zu den Kindern) habe er aufgrund seiner narzisstischen Persönlichkeitsstruktur nicht verarbeiten können. Die daraus resultierende schwere depressive Störung, Suchtproblematik und Schmerzstörung seien die daraus folgenden komorbiden psychischen Störungen, die man auch als dysfunktionale vermeidende bzw. überkompensierende Bewältigungsstrategien beurteilen könne. Die vorbestehende gegebene soziale Fähigkeit, eine Familie zu gründen, und die Aufnahme der Arbeitstätigkeit während mehrerer Jahre liessen darauf schliessen, dass zuvor keine gravierenden psychischen Einschränkungen bestanden hätten. Das Vorhandensein einer narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung sei eher wahrscheinlich. Erst nach dem Unfall habe der Patient die psychische Störung entwickelt. Es gehe hier um eine andauernde Persönlichkeitsveränderung mit schlussendlich resultierender Persönlichkeitsstörung. Der Patient präsentiere sich verbittert, enttäuscht, hoffnungslos und misstrauisch. Die langfristige ambulante und stationäre psychiatrische Behandlung sowie eine medikamentöse Behandlung hätten keine Verbesserung bzw. kein Ansprechen gezeigt. Die gescheiterten Behandlungsmassnahmen wiesen auf das Vorhandensein entweder einer Persönlichkeitsstörung oder auf ungelöste innerliche Konflikte hin. Das Verbitterungssyndrom liege wahrscheinlich im Zentrum der Psychopathologie. Mit der diagnostischen Beurteilung des psychiatrischen Teilgutachters könne man sich einverstanden erklären, aber nicht mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Der Patient sei aufgrund der psychischen Problematik (Persönlichkeitsstörung und Verbitterung) nicht in der Lage zu arbeiten. Er beschreibe sich selbst und der Welt als unerträglich. Nur unter Einnahme massiver Psychopharmaka könne er in zwischenmenschliche Interaktionen eintreten (IV-Nr. 315).

6.16 Dr. med. M.____ erneuerte in seinem Bericht vom 6. September 2021 die in seinem Schreiben vom 18. Juni 2020 gemachten Ausführungen (IV-Nr. 297 S. 2 ff.; vgl. E. II. 6.12 hiervor) und hielt wiederum fest, der Patient bleibe bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 321; Beschwerdebeilage [BB] 2).

E. 7.1

7.1.1 Die Beschwerdegegnerin wies den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 30. September 2021 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den medizinischen Abklärungen (Gutachten der F.____ vom 16. Juli 2021) sei der Beschwerdeführer zu 100 %

arbeitsunfähig in einer schweren Arbeit, insbesondere seien Arbeiten über Schulterhöhe rechts sowie speziell schulterbelastende Arbeiten wie Schaufeln, Pickeln und Hämmern sowie Arbeiten mit vibrierenden Maschinen ausgeschlossen. Bei einer körperlich leichten bis mittelschweren handwerklichen Arbeit in Wechselbelastung, mit einer Hebelimite von maximal 10 kg und ohne Überkopfarbeiten oder wiederholte Arbeiten mit dem rechten Arm über der Horizontalen sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeits- und leistungsfähig. Es sei ihm weiterhin möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu verdienen (A.S. 1 f.).

7.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, es sei ihm eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks Einholung eines externen Gutachtens unter Einschluss der Disziplinen «Psychiatrie», «Orthopädie» und «Innere Medizin». Dies wird im Wesentlichen damit begründet, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich massiv verschlechtert, weshalb er sich am 23. September 2021 (recte: 2019) bei der Beschwerdegegnerin neu angemeldet habe. Die Beschwerdegegnerin stütze sich zu Unrecht auf das Gutachten der F. ___ ab, da dieses beweisuntauglich sei. Im psychiatrischen Teilgutachten sei die Diagnostik insofern unverständlich, als seit jeher eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden sei. Auch wäre angesichts der orthopädischen Diagnosen eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen vom Gutachter zu diskutieren gewesen. Mit diesen Diagnosen setze sich der Gutachter nicht hinreichend auseinander. Die Schmerzsituation sei nicht in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingeflossen. Dass im Zeitpunkt der Begutachtung von einer leichten Depressivität im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen worden sei, sei auch nicht nachvollziehbar. Die Störung sei mindestens als mittelgradig zu qualifizieren. Sodann bestünden Klagen über ein vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen sowie eine psychomotorische Hemmung. Nicht nachvollziehbar sei auch, dass neben der bestehenden narzisstischen Persönlichkeitsstörung eine Persönlichkeitsstörung vom emotional instabilen Typ verneint worden sei. Zu Recht halte der psychiatrische Teilgutachter fest, dass sich eine Verschlechterung in psychiatrischer Hinsicht ergeben habe. Nicht nachvollziehbar sei aber die von ihm attestierte Restarbeitsfähigkeit von 80 %. Dies zeige sich schon daran, dass der Beschwerdeführer zwischen 2019 und 2020 nicht weniger als dreimal habe stationär psychiatrisch behandelt werden müssen. Dennoch solle er ■ ausser während der stationären Aufenthalte ■ jeweils lediglich zu 20 % arbeitsunfähig gewesen sein. Dies sei weder schlüssig noch nachvollziehbar. Vielmehr sei in der Vergangenheit von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Diese nicht nachvollziehbare retrospektive Einschätzung schlage auch auf die Beweisuntauglichkeit der aktuellen Einschätzung einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit durch. Die Restarbeitsfähigkeit von 80 % werde in keiner Weise begründet. Es sei unklar, in welchem Anforderungsprofil der Beschwerdeführer allenfalls mit den attestierten Einschränkungen tätig sein könnte. Im Mini-ICF-Rating seien praktisch durchgehend mässiggradige Beeinträchtigungen attestiert worden. Es sei nicht nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer in der Haushaltführung in psychiatrischer Hinsicht eingeschränkt sein soll, jedoch noch eine Arbeitsfähigkeit von nicht weniger als 80 %, also rund 6 Stunden pro Tag, in ausserhäuslicher Tätigkeit attestiert werde, wo er ständigen Interaktionen mit Drittpersonen ausgesetzt sei. Offensichtlich habe der psychiatrische Teilgutachter Diskrepanzen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zum Nachteil des Beschwerdeführers ausgelegt. Solches gehe nicht an. Der Gutachter enthalte sich auch jeglicher Beurteilung, ob das entsprechende Verhalten nicht Ausdruck der von ihm diagnostizierten narzisstischen Persönlichkeitsstörung sei. Die erhobene Diagnose sei

als eindrücklich zu werten. Der Beschwerdeführer verwarf zu Hause ohne adäquate Aktivitäten. Worin der psychiatrische Gutachter ein relevantes Mass an Aktivität erblickt haben wolle, sei unklar. Die Arbeitsunfähigkeitseinschätzung habe sich ausschliesslich an den erhobenen objektiven Befunden sowie der gestellten Diagnose zu orientieren. Gänzlich ausgeblendet werde die Frage, ob der Beschwerdeführer einem durchschnittlich entgegenkommenden Arbeitgeber überhaupt noch zumutbar sei. Es sei auch nicht danach gefragt worden. Die Verschlechterung des Gesundheitszustands äussere sich auch in neuen bzw. gefestigten Diagnosen und in einem ausgeprägteren Schweregrad gegenüber den vorangehenden medizinischen Berichten. Umso mehr verwundere es, dass Dr. med. C.____ im Gutachten vom 27. Juli 2004 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert habe, wogegen der nunmehr eingesetzte Gutachter lediglich auf eine solche von 20 % komme. Auch hier bestehe ein Widerspruch im Gutachten zur Aktenlage, welcher weder im psychiatrischen Teilgutachten noch im Gesamtgutachten adäquat aufgelöst werde. Auch die orthopädischen und neuropsychologischen Teilgutachten hätten Mängel und seien deswegen beweisuntauglich. Demgemäss sei nach Massgabe der Einschätzungen der behandelnden Ärzte von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen (vgl. Beschwerdeergänzung [A.S. 7 ff.]).

7.3 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, es sei seit jeher eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden und auch angesichts der orthopädischen Diagnosen wäre eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen vom Gutachter zu diskutieren gewesen, mit diesen Diagnosen habe sich der psychiatrische Teilgutachter jedoch nicht hinreichend auseinandergesetzt (vgl. Beschwerdeergänzung, S. 7 Ziff. 5), ist Folgendes festzustellen: Der psychiatrische Teilgutachter der F.____, Dr. med. Q.____, stellte die Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom sowie einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung und führte dazu aus, psychiatrisch finde sich beim Beschwerdeführer eine komplexe, diagnostisch schwierig einzuschätzende Situation, wobei eine Pathologie nicht völlig verneint werden könne (IV-Nr. 310 S. 55). Die vom Beschwerdeführer erwähnten Diagnosen (somatoforme Schmerzstörung, Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen) wurden vom psychiatrischen Teilgutachter nicht gestellt und auch nicht weiter diskutiert, er hielt aufgrund der bestehenden Aktenlage im Rahmen der Herleitung der Diagnosen vielmehr fest, die bisher erfolgten psychiatrischen Einschätzungen seien zwar grundsätzlich verständlich und nachvollziehbar, daraus sei jedoch auch die komplexe und schwierige Situation des Beschwerdeführers mit einer Mischung aus zum Teil klinischer psychiatrischer Symptomatik und eines (wie im D.____-Gutachten vom 24. März 2016 beschriebenen [vgl. IV-Nr. 238.1 S. 6 und 238.4 S. 8 ff.]) abnormen «illness behaviour» und «malingering» mit Inkonsistenzen und Aggravation ersichtlich (IV-Nr. 310 S. 56). Zur Schmerzsituation wurde im Rahmen der Konsensbeurteilung dargelegt, aus orthopädischer Sicht könne aufgrund der Beschwerden am Bewegungsapparat eine gewisse Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit nachvollzogen werden. Infolge der operativ versorgten Schulterreckgelenksverletzung rechts (AC-Gelenksluxation) sei es erwartungsgemäss zur Entwicklung einer moderaten, posttraumatischen AC-Gelenksarthrose gekommen. Schmerzen seien bei einer verstärkten Beanspruchung zu erwarten und auch eine gewisse Bewegungseinschränkung. Die Gutachter äusserten sich im Weiteren dahingehend, das vom Beschwerdeführer angegebene Ausmass der Schmerzen (dauerhaft auf der visuellen Analogskala [VAS] zwischen 5 und 6 und bei Belastung 10) könne aus orthopädischer

Sicht weder erklärt noch im Rahmen der körperlichen Untersuchung beobachtet werden. Vergleichbar zum Vorgutachten vom 24. März 2016 bestehe ein abnormes Krankheitsverhalten mit Inkonsistenzen und klaren Hinweisen auf eine Aggravation. Die Diagnosen in Bezug auf die Persönlichkeitsstruktur (narzisstische Persönlichkeitsstörung und Persönlichkeitsveränderung in Folge des Schmerzsyndroms) seien nachvollziehbar und zu bestätigen (IV-Nr. 310 S. 20).

Angesichts dieser Begutachtungsergebnisse sowie nach einer Würdigung der bestehenden Aktenlage leiteten die Experten die gestellten Diagnosen nachvollziehbar her und nahmen dazu in ihrer Beurteilung detailliert Stellung, wobei auf die Schmerzsituation des Beschwerdeführers eingegangen wurde. Der Umstand, dass die Diagnose einer «andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8)», jedoch nicht die Diagnosen einer «somatoformen Schmerzstörung» oder diejenige einer «Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen» gestellt und die beiden letztgenannten Diagnosen nicht weiter diskutiert wurden, stützt sich auf die fachärztlich erhobenen klinischen Untersuchungsergebnisse, wobei es im Ermessen der Gutachter, insbesondere des psychiatrischen Teilgutachters, liegt, ob und in welchem Ausmass allfällige weitere Diagnosen im Zusammenhang mit dem Schmerzsyndrom zu diskutieren sind. Die in den Arztberichten der Psychiatrischen Dienste gestellte Diagnose eines «Chronifizierten (bzw. chronischen) generalisierten Schmerzsyndroms (ICD-10 F62.80)» (vgl. E. II. 6.3, 6.4, 6.5, 6.8, 6.10 und 6.13 hiervor) wurde nach den klinisch-diagnostischen Leitlinien (ICD-10) gleich eingeordnet (F62.80), weshalb hier nicht von relevanten Abweichung in Bezug auf die Diagnostik ausgegangen werden kann (vgl. IV-Nr. 304 S. 1). Da die Gutachter übereinstimmend zum Schluss kamen, das Ausmass der vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen seien aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht nicht erklärbar und es sei von einem abnormen Krankheitsverhalten mit Inkonsistenzen und klaren Hinweisen auf eine Aggravation auszugehen (IV-Nr. 310 S. 20), kann nachvollzogen werden, dass auf die vom Beschwerdeführer erwähnten Diagnosen nicht weiter eingegangen wurde. Ein Mangel in Bezug auf die Diagnostik ist hier nicht ersichtlich, zumal sich auch die behandelnde Oberärztin der E. ____, [...], in ihrer Stellungnahme vom 25. August 2021 zum psychiatrischen F. ____-Teilgutachten dahingehend äusserte, sie sei mit der diagnostischen Einschätzung im F. ____-Gutachten einverstanden (IV-Nr. 315 S. 2; vgl. E. II. 6.15 hiervor). Entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers besteht somit kein Anhaltspunkt, dass die Schmerzsituation des Beschwerdeführers im Gutachten nicht in die Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit eingeflossen wäre.

7.4 Der Beschwerdeführer erhebt im Weiteren den Einwand, es sei angesichts der mit dem Fremdbeurteilungsinstrument «Mini-ICF-APP» erhobenen mässig ausgeprägten Beeinträchtigungen nicht nachvollziehbar, dass der psychiatrische Teilgutachter im Gutachtenszeitpunkt lediglich von einer leichten Depressivität im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen sei, vielmehr bestehe eine mindestens mittelgradige depressive Störung (Beschwerde, S. 7 ff. Ziff. 5). Soweit der Beschwerdeführer mit diesem Einwand geltend machen will, die gutachterlich festgestellte Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit in Höhe von 80 % sei aus psychiatrischer Sicht zu hoch festgesetzt worden, ist Folgendes festzuhalten: Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht ist letztlich nicht die Schwere einer Erkrankung entscheidend, sondern deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, zumal sie in beruflicher

Hinsicht unterschiedliche Folgen zeitigt. Unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit resultiert aus einer Diagnose ■ mit oder ohne diagnose-inhärentem Bezug zum Schweregrad ■ allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse bei psychischen Störungen. Wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen beeinträchtigt ist, ergibt sich aus dem funktionellen Schweregrad einer Störung. Auch bei als schwer bezeichneten psychischen Leiden lässt sich nicht automatisch auf eine ausgeprägte funktionelle Einschränkung schliessen. Hingegen kann grundsätzlich nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinn sein. Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Es ist Aufgabe der medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (Urteil des Bundesgerichts 8C_280/2021 vom 17. November 2021 E. 6.2.2. mit Hinweisen).

Der psychiatrische Teilgutachter, Dr. med. Q.____, legte nachvollziehbar dar, als Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, seien die auch aktuell bei der Untersuchung erhobenen Befunde berücksichtigt worden: deutliche Schuldgefühle, Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, vermindertes Selbstwertgefühl und suizidale Gedanken. Dr. med. Q.____ führte sodann aus, im Rahmen der aktuell durchgeführten Untersuchung, welche auch deutlich konfrontative Elemente verbunden mit Konfrontationen der Inkonsistenzen und des Aggravationsverhaltens umfasst habe, habe der Beschwerdeführer soweit emotional stabil, zwar latent aggressiv und angespannt, jedoch kompensiert gewirkt. Die im Vorfeld diagnostizierte emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ habe nicht bestätigt werden können (IV-Nr. 310 S. 56 f.). Ferner hielt der psychiatrische Teilgutachter fest, neben erneut deutlichem aggravorischem Verhalten seien sowohl Inkonsistenzen als auch psychopathologische Hinweise festgestellt worden, welche die aktuell gestellten psychiatrischen Diagnosen rechtfertigten. Der Beschwerdeführer sei nahezu 20 Jahre nicht mehr arbeitstätig. Bei anscheinend zunehmender regressiver Entwicklung werde er durch die Familie versorgt. Seit dem Jahr 2019 hätten insgesamt drei stationäre psychiatrische Behandlungen stattgefunden, im Weiteren laufe eine ambulante psychiatrische Behandlung mit Terminen alle ein bis zwei Wochen. Seit einigen Jahren werde auch eine stabile Medikation verordnet, was nach den Angaben des Beschwerdeführers zumindest etwas helfe. Den bisherigen Verlauf und die Entwicklung betrachtend habe sich zuletzt eine zunehmende Chronizität und Regression gezeigt, sodass die Prognose als zurückhaltend zu betrachten sei (IV-Nr. 310 S. 58). Zur Konsistenz wurde sodann dargelegt, es hätten sich verschiedene Inkonsistenzen und Widersprüchlichkeiten ergeben. Der Beschwerdeführer sehe sich gemäss seinen Angaben zu nichts mehr in der Lage, was im Widerspruch zu den zum Teil berichteten begrenzten Aktivitäten stehe (vgl. Angaben des Beschwerdeführers zum Tagesablauf und zur Freizeitgestaltung, wonach er aus der Wohnung gehe, manchmal einen Spaziergang unternehme, selten Einkäufe erledige

und mit dem Bus oder Zug fahre sowie zuletzt vor 2 ½ bis 3 Jahren zusammen mit dem Cousin ferienhalber mit dem Flugzeug für ca. ein bis zwei Wochen nach [...] gereist sei [IV-Nr. 310 S. 52]; anlässlich der orthopädischen Teilbegutachtung gab er an, hin und wieder selber mit dem Auto zu fahren [IV-Nr. 310 S. 30]). Im Rahmen der Konsensbeurteilung wurde dargelegt, zusammenfassend zeige sich im Moment die psychische Situation so stabil, dass aufgrund der Diagnosen nur eine leichte Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit festgestellt werden könne. Bei der Ausübung einer angepassten Tätigkeit bestehe nur aufgrund der mässig eingeschränkten psychischen Belastbarkeit eine leichte Minderung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 310 S. 20; vgl. E. II. 6.14 und 6.14.4 hiervor).

Angesichts dieser Untersuchungsergebnisse können die vom psychiatrischen Teilgutachter gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), und die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit auf 80 % (8,5 Stunden pro Tag mit einer um 20 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit) nachvollzogen werden. Die festgestellte leichte Leistungsminderung bei der Ausübung einer angepassten Tätigkeit stützt sich nach den gutachterlichen Angaben auf die neu eingetretene, verminderte psychische Belastbarkeit (mässige Einschränkung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie der Planung und Strukturierung von Aufgaben; vgl. IV-Nr. 310 S. 22 f. Ziff. 4.8 f.). Es besteht kein Anlass, von dieser fachärztlich gestellten Diagnose und/oder von der auf 80 % festgesetzten Restarbeitsfähigkeit abzuweichen. Allein die Ergebnisse des Mini-ICF-APP-Ratings, worin mässig ausgeprägte Beeinträchtigungen in den Bereichen «Anpassung an Regeln und Routinen», «Planung und Strukturierung von Aufgaben», «Flexibilität und Umstellungsfähigkeit», «Widerstands- und Durchhaltefähigkeit» sowie «Umsetzung von Proaktivität und Spontanaktivitäten» angegeben wurden (vgl. IV-Nr. 310 S. 59 Ziff. 7.4), genügen für eine hinreichende und nachvollziehbare Begründung einer höheren Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht. Es gilt zu beachten, dass die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend ist und der Mini-ICF-APP-Testung höchstens eine ergänzende Funktion zukommt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_362/2020 vom 21. Oktober 2020 E. 3.4 mit Hinweisen). Die klinische Untersuchung durch den psychiatrischen Teilgutachter ergab angesichts der aktuell ausreichend kompensierten Symptomatik bei einer angepassten Tätigkeit nur eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 310 S. 21 Ziff. 4.3). Im Weiteren vermag auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der orthopädischen Teilbegutachtung auf Vorhalte betreffend Inkonsistenzen «sehr verärgert» reagiert habe (vgl. IV-Nr. 310 S. 30 Ziff. 3.2.13), die fachärztliche Beurteilung des psychiatrischen Teilgutachters, wonach eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ nicht habe bestätigt werden können, nicht in Frage zu stellen. Dr. med. Q.____ stellte diesbezüglich fest, der Beschwerdeführer habe emotional stabil und kompensiert gewirkt und auch anamnestisch hätten keine eine solche Persönlichkeitsstörung bestätigende Situationen benannt werden können (vgl. IV-Nr. 310 S. 57). Darauf ist abzustellen.

7.5 Der Beschwerdeführer macht sodann geltend, die vom psychiatrischen Teilgutachter attestierte Restarbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit überzeuge schon deshalb nicht, weil er sich in den Jahren 2019 und 2020 insgesamt dreimal in stationäre psychiatrische Behandlung habe begeben müssen. Dass er ■ ausser während dieser

Klinikaufenthalte ■ jeweils lediglich zu 20 % arbeitsunfähig gewesen sein soll, sei nicht nachvollziehbar. Vielmehr sei in der Vergangenheit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wie sie die E.____ sowie die behandelnden Ärzte Dres. med. L.____ und M.____ attestiert hätten (Beschwerde, S. 9 Ziff. 6). Nach der Rechtsprechung ist dem F.____-Gutachten vom 16. Juli 2021 volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier nicht vor. Dr. med. Q.____ legte nachvollziehbar dar, angesichts des Verlaufs insbesondere mit den drei erwähnten stationären Aufenthalten des Beschwerdeführers in den E.____ sei anzunehmen, dass zumindest ein relevanter pathologischer Anteil im Verhalten des Beschwerdeführers bestehe, der sich offensichtlich ab dem ersten stationären Aufenthalt, d.h. ab dem 31. Mai 2019, weiter verstärkt habe. In der Gesamtbetrachtung des bisherigen Verlaufs und der aktuellen Untersuchungen gebe es zwar deutlich aggravierende, inkonsistente Anteile seitens des Beschwerdeführers, die sicherlich auch im Rahmen der zuletzt erfolgten Begutachtung und zuvor ganz im Vordergrund gestanden seien, anhand der beschriebenen Veränderungen mit drei stationären Aufenthalten sei klinisch aber auch eine Verschlechterung erkennbar (IV-Nr. 310 S. 56). Im Rahmen der Beurteilung der Konsistenz kam der psychiatrische Teilgutachter zum Schluss, in Anbetracht der Gesamtsituation sei die gegebene Einschränkung «im begrenzten Rahmen» auf 80 % festzusetzen (IV-Nr. 310 S. 59). Dies entspricht auch den Ausführungen in der Konsensbeurteilung, wonach aufgrund der aktuell ausreichend kompensierten Symptomatik bei einer angepassten Beanspruchung nur eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe. Bei der Ausübung einer angepassten Tätigkeit sei aufgrund der mässig eingeschränkten psychischen Belastbarkeit eine leichte Minderung der Arbeitsfähigkeit vorhanden (IV-Nr. 310 S. 20 f.).

Mit Blick auf diese differenzierte Beurteilung erscheint die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht in einer angepassten Verweistätigkeit auf 80 % als nachvollziehbar und schlüssig, weil damit sowohl der aus psychiatrischer Sicht eingetretenen gesundheitlichen Verschlechterung als auch den festgestellten Inkonsistenzen und der Aggravation des Beschwerdeführers Rechnung getragen wird. Es gilt im Weiteren zu beachten, dass anlässlich der stationären Behandlungen in den E.____ vom Februar und Oktober 2020 ■ in Abweichung zur Hospitalisation vom 31. Mai bis 19. Juli 2019 (vgl. IV-Nr. 295 S. 27) ■ nur noch eine mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert wurde (vgl. IV-Nr. 304 S. 1 und 5) und der Beschwerdeführer im Rahmen der psychiatrischen F.____-Begutachtung vom 9. Juni 2021 emotional stabil und kompensiert wirkte (IV-Nr. 310 S. 20 und 57). Mit Blick darauf, dass sich die behandelnde Oberärztin der E.____ [...] mit der diagnostischen Einschätzung des psychiatrischen Teilgutachters Dr. med. Q.____, somit auch mit den von ihm gestellten Diagnosen (leichte Episode einer rezidivierenden depressiven Störung, andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom, narzisstische Persönlichkeitsstörung) einverstanden erklären konnte, vermag ihre Einschätzung, der Beschwerdeführer sei wegen der Persönlichkeitsstörung und seiner Verbitterung nicht in der Lage, irgendeine Tätigkeit auszuüben, nicht zu überzeugen. Vielmehr ist gemäss den gutachterlichen Angaben davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner aktuell stabilen psychischen Situation und der zu stellenden Diagnosen nur leicht in seiner beruflichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Dass sich der Beschwerdeführer selber als vollständig arbeitsunfähig («der Welt als unerträglich») sieht, ist nicht massgebend. Auch die anderslautenden Berichte der behandelnden Ärzte Dres. med. L.____ und M.____

vermögen den Beweiswert des F.____-Gutachtens nicht zu schmälern, zumal diese behandelnden Ärzte nicht über eine Fachausbildung in Psychiatrie und Psychotherapie verfügen. Zweifel an der Beweiskraft der Expertise der F.____ ergeben sich nicht bereits daraus, dass behandelnde Ärzte die Arbeitsfähigkeit unterschiedlich einschätzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_89/2020 vom 18. Juni 2020 E. 4.6.). Dabei ist ■ wie oben (unter E. II. 4.4 hiervor) erwähnt ■ der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Entgegen der Vermutung des Beschwerdeführers besteht vorliegend auch kein Hinweis, dass der psychiatrische Teilgutachter die von ihm festgestellten Diskrepanzen oder das Verhalten des Beschwerdeführers bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu dessen Nachteil ausgelegt hätte (vgl. Beschwerde, S. 10 Ziff. 6). Vielmehr stützt sich die von Dr. med. Q.____ auf 80 % festgesetzte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit auf dessen klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung. Diese Einschätzung erfolgte unter Mitberücksichtigung der ebenfalls diagnostizierten narzisstischen Persönlichkeitsstörung, weshalb aufgrund dieser Störung nicht von einer zusätzlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit ausgegangen werden kann. Dass die Gutachter auch bei einzelnen Haushaltsverrichtungen aus psychiatrischer Sicht von einer «gewissen Einschränkung» sprechen, vermag die attestierte Restarbeitsfähigkeit von 80 % nicht in Frage zu stellen, zumal darauf hingewiesen wird, für eine valide Einschätzung wäre eine Abklärung im Haushalt des Beschwerdeführers notwendig (vgl. IV-Nr. 310 S. 23 f.). Eine solche ihr hier jedoch nicht erforderlich. Auch der Umstand, dass der frühere Gutachter Dr. med. C.____ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 27. Juli 2004 eine höhere (40%ige) Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert hatte (vgl. IV-Nr. 114 S. 19), ist hier nicht massgebend.

7.6 Dem Einwand des Beschwerdeführers, er sei keinem Arbeitgeber mehr zuzumuten und seine Restarbeitsfähigkeit sei nicht mehr verwertbar (vgl. Beschwerde, S. 12 f. Ziff. 7), kann nicht gefolgt werden. Das Anforderungsprofil einer für den Beschwerdeführer zumutbaren Verweistätigkeit, welche er im Rahmen eines Pensums von 80 % ausüben könnte, wurde im Rahmen der Konsensbeurteilung von den F.____-Gutachtern umrissen. Sie legten dar, die beruflichen Ressourcen des Beschwerdeführers bestünden in der Ausübung einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit unter Berücksichtigung der leicht verminderten psychischen Belastbarkeit (mässige Beeinträchtigung der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie der Spontanaktivität; IV-Nr. 310 S. 21). Sodann wurde zur funktionellen Belastbarkeit angegeben, das Heben/Tragen von Gewichten über 12,5 kg sei nicht möglich, wobei das Heben/Tragen grundsätzlich nur manchmal und nicht repetitiv gefordert sein sollte. Im Weiteren seien Arbeitszwangshaltungen mit vermehrter Belastung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule sowie Grobarbeiten mit dem Arm rechts zu vermeiden. Nicht möglich seien ausserdem höhenexponierte Tätigkeiten und Überkopfarbeiten (IV-Nr. 310 S. 22). Angesichts dieser nur leichten Einschränkungen der körperlichen und psychischen Belastbarkeit kann nicht gesagt werden, der Beschwerdeführer könne deswegen seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwerten. Der psychiatrische Teilgutachter stellte beim Beschwerdeführer einen emotional stabilen, kompensierten psychischen Zustand fest und eine früher diagnostizierte Verhaltensstörung bzw. ein Abhängigkeitssyndrom konnte weder anamnestisch noch laborchemisch nachgewiesen werden (vgl. IV-Nr. 310 S. 57).

Aus der im Rahmen der Befunderhebung festgestellten erschwerten Interaktion, welche von latenter Aggression, Spannungen und Misstrauen geprägt sei (vgl. IV-Nr. 310 S. 53 Ziff. 4.1), und der beschriebenen Persönlichkeitsthematik (hoch kränkbar, reizbar, aggressiv, enttäuscht, misstrauisch usw.; vgl. IV-Nr. 310 S. 58 Ziff. 7.1) kann nicht abgeleitet werden, der Beschwerdeführer sei keinem Arbeitgeber mehr zuzumuten. Er ist trotz dieser Einschränkungen in der Lage, Hilfsarbeiten in Industrie und Gewerbe (z.B. Kontroll- oder Überwachungsaufgaben, Sortierarbeiten, leichte Verpackungsarbeiten) auszuüben. Sein Zumutbarkeitsprofil ist nicht derart eng umschrieben, dass von vornherein keine realistische Beschäftigungsmöglichkeit besteht. Es gilt zu beachten, dass das trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln ist, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_118/2015 vom 9. Juli 2015 E. 2.1 mit Hinweisen). Mit dem von den F.____-Gutachtern dargelegten Anforderungsprofil stehen dem Beschwerdeführer genügend Stellen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt offen, die er bei gutem Willen ausüben könnte. Auch unter Berücksichtigung seiner jahrelangen Arbeitslosigkeit kann nicht gesagt werden, seine Restarbeitsfähigkeit sei auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht verwertbar.

E. 7.7

7.7.1 Der Beschwerdeführer lässt im Weiteren einwenden, auch das orthopädische und das neuropsychologische Teilgutachten hätten Mängel, weshalb diese ebenfalls beweisuntauglich seien. Der orthopädische Teilgutachter halte fest, die Untersuchung sei nur erschwert möglich. Es stelle sich daher die Frage, ob die Beschwerden korrekt erhoben worden seien. Nicht nachvollziehbar sei auch, dass die degenerativen Veränderungen in der HWS sowie an den Facettengelenken von ihm als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit qualifiziert worden seien. In jedem Fall würden sich hieraus Arbeitsunfähigkeiten in qualitativer Hinsicht ergeben. Dass auch in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht mindestens eine Arbeitsunfähigkeit zufolge der Notwendigkeit vermehrter Pausen oder eines verminderten Arbeitstempos attestiert worden sei, könne ebenfalls nicht nachvollzogen werden. Immerhin seien eine fortgeschrittene Abnützung an der LWS und mehretägige fortgeschrittene Abnützungen der Intervertebralgelenke sowie ein Zustand nach einer operativ versorgten Sprengung/Verrenkung des Schultergelenks rechts neben den bereits erwähnten Abnützungen an der HWS erhoben worden. Auch hier scheine es so, als habe sich der Gutachter vorwiegend auf die von ihm erhobenen Diskrepanzen konzentriert und hieraus entsprechend eine zu hohe Arbeitsfähigkeit attestiert. Zum neuropsychologischen Teilgutachten sei festzuhalten, dass die neuropsychologische Gutachterin letztlich keine Einschätzung habe abgeben können. Es sei in Frage zu stellen, ob beim Beschwerdeführer, welcher kaum deutsch spreche, eine zureichende Testung überhaupt möglich gewesen sei (Beschwerde, S. 14 f. Ziff. 9).

7.7.2 Zunächst ist festzustellen, dass der orthopädische F.____-Teilgutachter Dr. med. univ. O.____ den Beschwerdeführer zu seinen aus orthopädischer Sicht bestehenden Einschränkungen eingehend befragte (vgl. IV-Nr. 310 S. 27 ff.). Der Orthopäde erhob die Befunde am gesamten Bewegungsapparat, insbesondere auch diejenigen an der Wirbelsäule und an den Schultern, beurteilte die aktuellen Röntgenbefunde der HWS, BWS und LWS vom 7. Juni 2021, stellte die Diagnosen und setzte die Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht fest. Abschliessend beantwortete er die fallspezifischen Fragen (IV-Nr. 310 S. 31 ff.).

Bei der Herleitung der Diagnosen führte er aus, von orthopädischer Seite sei die exakte Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit aufgrund der erheblichen Selbstlimitation bei der Untersuchung sowie der ausgeprägten Symptomverdeutlichung und -ausweitung erschwert (IV-Nr. 310 S. 36). Dr. med. O. ___ kam zum Schluss, zusammenfassend müsse in Anbetracht der objektivierbaren und nachweisbaren Abnützungen am Bewegungsapparat (vor allem am Schulterreckgelenk rechts und an der Lendenwirbelsäule) eine verminderte körperliche Belastbarkeit angenommen werden. Aus diesem Grund sei der vor 20 Jahren ausgeübte Beruf als Mitarbeiter im Baugewerbe nicht mehr möglich. Bei der Ausübung einer angepassten Tätigkeit könne aber aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nachvollzogen werden, da in Ruhe und bei einer moderaten Beanspruchung des Bewegungsapparates keine körperlichen Beschwerden oder Einschränkungen festzustellen seien. Die Diagnosen «Fortgeschrittene Abnützung an der Lendenwirbelsäule L5/S1 (Osteochondrose) und mehretägige, moderate Abnützungen der Intervertebralgelenke (ICD-10 M42.17 und M47.86)» sowie «Zustand nach einer operativ versorgten Sprengung/Verrenkung des Schulterreckgelenks (AC-Gelenksluxation) rechts (ICD-10 S43.1)» wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt, während die Diagnose «Moderate Abnützung an der Halswirbelsäule in der Etage C5/6 (Spondylose/Unkarthrose) und mehretägige, beginnende degenerative Veränderungen an den Facettengelenken (ICD-10 M47.82)» als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angegeben wurden. Hinweise, dass die aufgrund der klinischen Untersuchung und der aktuellen Röntgenaufnahmen festgestellten Befunde und Beschwerden des Beschwerdeführers im Rahmen der orthopädischen Teilbegutachtung nicht korrekt erhoben worden sein könnten, sind nicht ersichtlich. Nach den Angaben des orthopädischen Teilgutachters zeigten sich bei der Verhaltensbeobachtung grössere Bewegungsausschläge, als sie bei den spezifischen Funktionsprüfungen demonstriert worden seien. Zudem könne das vom Beschwerdeführer angegebene bzw. subjektiv empfundene Ausmass der Beschwerden nicht nachvollzogen werden, da in Ruhe (z.B. in sitzender Position) und auch bei einzelnen Funktionsprüfungen keine Anzeichen körperlicher Schmerzen hätten beobachtet werden können (IV-Nr. 310 S. 31). Erklärbar sei zudem nicht, weshalb der Beschwerdeführer bei leichtem Druck mit der Fingerspitze im Bereich der gesamten Wirbelsäule starke Schmerzen angebe, ohne dass körperliche Anzeichen von Beschwerden (z.B. reflektorische Anspannung, vermehrtes Schwitzen, Zittern etc.) ersichtlich seien. Die Einschränkungen aufgrund der fortgeschrittenen Abnützung an der Lendenwirbelsäule und der mehretägigen, moderaten Abnützungen der Intervertebralgelenke sowie des Zustands nach der operativ versorgten Sprengung bzw. Verrenkung des rechten Schulterreckgelenks wurden mit den entsprechenden Angaben zur funktionellen Belastbarkeit bei der Ausübung einer angepassten Verweistätigkeit berücksichtigt. Ebenso die moderate Abnützung an der Halswirbelsäule in der Etage C5/6 und die mehretägigen, beginnenden degenerativen Veränderungen an den Facettengelenken, welche nach der Beurteilung des orthopädischen Teilgutachters jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Eine zusätzlich eingeschränkte Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zufolge der Notwendigkeit vermehrter Pausen oder eines verminderten Arbeitstempos wurde vom orthopädischen Teilgutachter gerade nicht attestiert. Er wies vielmehr ausdrücklich darauf hin, unter Berücksichtigung der erwähnten Empfehlungen (vgl. E. II. 7.6 hiervor) seien in einer angepassten Tätigkeit weder qualitative noch quantitative Einschränkungen zu erwarten (IV-Nr. 310 S. 38.). Darauf ist abzustellen. Dafür, dass der orthopädische Teilgutachter sich

bei dieser überzeugenden Beurteilung vorwiegend auf die von ihm erhobenen Diskrepanzen konzentriert und hieraus entsprechend eine zu hohe Arbeitsfähigkeit attestiert hätte, wie dies vom Beschwerdeführer behauptet wird, bestehen keine Anhaltspunkte. Angesichts der im Rahmen der klinischen Untersuchung erfolgten umfassenden fachärztlichen Befunderhebung unter Beizug aktueller Röntgenaufnahmen kann nicht gesagt werden, der Kern der somatischen Einschränkungen sein nicht vollständig ausgelotet worden.

7.7.3 Die neuropsychologische Teilgutachterin, Dipl. Psych. P.____, legte dar, die Untersuchung sei mit Hilfe einer Übersetzerin für [...] durchgeführt worden. Nahezu alle Äusserungen seien übersetzt worden und ein verbaler Lern- und Gedächtnistest sei in [...] Sprache durchgeführt worden (IV-Nr. 310 S. 5). Ausserdem sei zur Validierung der kognitiven Leistungserfassung in der aktuellen Untersuchung ein international anerkanntes und gut untersuchtes nonverbales Performanzvalidierungsverfahren verwendet worden. Dieses Verfahren erlaube aufgrund von Profilanalysen eine gute Unterscheidung zwischen authentischen Gedächtnisdefiziten und unzureichender Anstrengung bzw. Selbstlimitierung. Dieser Test sei für verschiedene klinische Gruppen mit guter Anstrengungsbereitschaft (Patienten mit schwerem Schädelhirntrauma, Personen mit niedriger Bildung oder Intelligenzminderung) ohne Probleme zu bewältigen. Dies gelte auch für Probanden mit einer anderen Muttersprache (IV-Nr. 310 S. 7). Angesichts dieser Angaben der neuropsychologischen F.____-Teilgutachterin kann nicht davon ausgegangen werden, dass die sprachliche Problematik eine (zu) hohe Hürde für die Verwertbarkeit der neuropsychologischen Begutachtungsergebnisse darstellte, wie dies vom Beschwerdeführer geltend gemacht wird. Gemäss der gutachterlichen Beurteilung zeigte der Beschwerdeführer in der testpsychologischen Untersuchung vielmehr eine stark verminderte Kooperations- und Leistungsbereitschaft. So seien die erzielten sehr schwachen Ergebnisse nicht mit den in den Akten angegebenen Diagnosen vereinbar. Sowohl das Verhalten des Beschwerdeführers als auch die extrem niedrige Trefferrate in einem einfachen, nonverbalen Beschwerdenvalidierungstest wiesen auf eine unzureichende Kooperationsbereitschaft hin. Dipl. Psych. P.____ gab sodann an, die erzielten Werte des Beschwerdeführers seien in diesem Test überwiegend unter oder auf Zufallsniveau, damit weit unter dem Bereich verschiedener klinischer Populationen mit guter Anstrengungsbereitschaft. Nach mathematischer Berechnung seien von ihm mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit gezielt falsche Antworten unter Kenntnis der richtigen Antworten gegeben worden. Aufgrund der verminderten Kooperationsbereitschaft habe kein gültiges Testprofil erstellt werden können (IV-Nr. 310 S. 6 f.). Aufgrund dieser schlüssigen Angaben der begutachtenden Neuropsychologin ist somit davon auszugehen, dass das vorerwähnte neuropsychologische Testverfahren zur Validierung der kognitiven Leistungserfassung des Beschwerdeführers durchaus geeignet und auch aufschlussreich war. Wegen der fehlenden Kooperationsbereitschaft seitens des Beschwerdeführers wurde ein verwertbares Untersuchungsergebnis verunmöglicht. Dieses Ergebnis wurde im Rahmen der Konsensbeurteilung mitberücksichtigt, wobei nach den gutachterlichen Angaben ausschliesslich objektivierbare Befunde für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit herangezogen wurden, was aus polydisziplinärer Sicht eine valide Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit möglich machte (vgl. IV-Nr. 310 S. 22 Ziff. 4.6).

7.8 Nach dem Gesagten ist gestützt auf das beweismässige F.____-Gutachten vom 16. Juli 2021 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Bauarbeiter auszugehen. In einer angepassten Verweistätigkeit

besteht aufgrund der dargelegten Untersuchungsergebnisse eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, wobei eine Präsenz von 100 % (8,5 Stunden pro Tag) mit einer Leistungseinschränkung von 20 % aufgrund einer leicht verminderten psychischen Belastbarkeit (mässige Beeinträchtigung der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie der Spontanaktivität) zuzumuten ist. Im Weiteren ist von einer eingeschränkten funktionellen Belastbarkeit des Beschwerdeführers auszugehen, da verschiedene Arbeitsverrichtungen (Heben/Tragen von Gewichten über 12,5 kg, Arbeitszwangshaltungen mit vermehrter Belastung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule, Grobarbeiten mit dem Arm rechts, höhenexponierte Tätigkeiten und Überkopfarbeiten) zu vermeiden sind. Zu empfehlen sind leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeiten (IV-Nr. 310 S. 22). Auf die davon abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte kann nicht abgestellt werden, da dem polydisziplinären F.____-Gutachten voller Beweiswert zukommt. Es besteht somit kein Anlass, eine nochmalige externe Begutachtung zu veranlassen, wie dies vom Beschwerdeführer eventualiter beantragt wird. Die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 30. September 2021 erweist sich jedoch insoweit als unkorrekt, als darin eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit angegeben wird. Gestützt auf das F.____-Gutachten besteht aus psychiatrischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (Pensum von 100 % [8,5 Std. pro Tag] mit einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit). Demnach ist der Beschwerdeführer auch aus polydisziplinärer Sicht in einer angepassten Tätigkeit mit den erwähnten Einschränkungen als nur noch zu 80 % arbeits- und leistungsfähig anzusehen. Im Folgenden ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 14. Oktober 2016) relevant verschlechtert hat.

E. 8

8.1 Dem bidisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) D.____-Gutachten vom 24. März 2016 können nach erfolgter Konsensbesprechung die Diagnosen (mit qualitativem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) «Posttraumatische AC-Gelenksarthrose rechts, St.n. AC-Luxation Tossy III rechts am 23.08.1999 mit Implantation einer Hakenplatte am 24.08.1999, St.n. Metallentfernung am 25.11.1999» und «Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.80)» entnommen werden, wobei im Rahmen der Beurteilung aus psychiatrischer Sicht dargelegt wurde, es ergebe sich das Bild eines «abnormal illness-behaviour» ohne Anhaltspunkt für eine nach ICD-10 diagnostizierbare psychische Störung. Es könne nach wie vor nicht bestimmt werden, mit welcher Indikation die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolge; der Zweck der Verabreichung von Psychopharmaka sei ebenfalls unklar. Auch im aktuellen psychiatrischen Befund lasse sich keine Störung von Krankheitswert diagnostizieren, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätte. Aus rheumatologischer Sicht bestehe weiterhin eine klare, posttraumatisch bedingte, beginnende AC-Gelenksarthrose rechts mit wahrscheinlich einem Impingement. Daneben könne ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne Beeinträchtigung neuronaler Strukturen diagnostiziert werden, dessen Stellenwert angesichts des psychiatrischen Befundes und bei letztlich radiologisch altersentsprechenden degenerativen Veränderungen mit Vorbehalt zu werten sei. Die grosse Diskrepanz zwischen den subjektiven Symptomen und den objektivierten Untersuchungsbefunden spreche auch somatisch für eine grosse emotionale Überlagerung. Ebenso wiesen das nicht-anatomisch korrelierende

Druckdolenz-Schmerzbild und die grundsätzlich unauffälligen Befunde in den bildgebenden Verfahren auf eine hohe funktionelle Überlagerung hin. Die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen, körperlich schweren Tätigkeit betrage 100 %, insbesondere seien Arbeiten über Schulterhöhe rechts, sowie speziell schulterbelastende Arbeiten wie Schaufeln, Pickeln und Hämmern sowie Arbeiten mit vibrierenden Maschinen ausgeschlossen. In allfälligen Verweistätigkeiten sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig (leichte bis mittelschwere handwerkliche Arbeiten in Wechselbelastung, Hebelimite von maximal 10 kg, keine Überkopfarbeiten oder wiederholte Arbeiten mit dem rechten Arm über der Horizontalen; IV-Nr. 238.1 S. 6 ff.). Im Referenzzeitpunkt hielt die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 14. Oktober 2016 fest, der Invaliditätsgrad betrage unverändert 16 % (IV-Nr. 256). Das Versicherungsgericht bestätigte mit rechtskräftigem Urteil vom 11. Januar 2018 (VSBES.2016.304) die vorerwähnte Verfügung, wobei es im Wesentlichen darlegte, es seien keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass der Beschwerdeführer in Bezug auf seine Schmerzempfindungen psychiatrische Pathologien entwickelt hätte, welche ihn in seiner Arbeitsfähigkeit in relevanter Weise einschränken würden. Ein Revisionsgrund wurde verneint (IV-Nr. 277 S. 32 f. Ziff. 8; vgl. E. II. 5.2 hiavor).

Im Vergleich dazu stellten die F.____-Gutachter im polydisziplinären Gutachten vom 16. Juli 2021 die Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) «Fortgeschrittene Abnützung an der Lendenwirbelsäule L5/S1 (Osteochondrose) und mehretägige, moderate Abnützungen der Zwischenwirbelgelenke (ICD-10 M42.17 und M47.86), «Zustand nach einer operativ versorgten Sprengung/Verrenkung des Schultergelenks (AC-Gelenksluxation) rechts (ICD-10 S43.1)», «Rezidivierende depressive Störung, ggw. leichte Episode (ICD-10 F33.0), «Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8) sowie «Narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8)» und attestierten dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter ebenfalls eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowie in einer angepassten Verweistätigkeit eine solche von 80 % (Präsenz von 8,5 Stunden pro Tag mit einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit). Zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 14. Oktober 2016) wesentlich verändert hätten, hielten die Gutachter fest, bezüglich der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter bestehe eine unveränderte Einschätzung zum Vorgutachten vom 24. März 2016. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit wurde angegeben, von der körperlichen Seite her sei keine relevante funktionelle Veränderung feststellbar. Aus psychiatrischer Sicht könne im Verlauf eine Verschlechterung festgestellt werden; aufgrund dessen sei es zu einer Abnahme der Arbeitsfähigkeit auf 80 % gekommen (IV-Nr. 310 S. 23 f.).

8.2 Mit Blick auf die Beurteilung der F.____-Gutachter, wonach sich der psychische Gesundheitszustand und damit die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit seit dem Referenzzeitpunkt verschlechtert habe, ist festzuhalten, dass Voraussetzung für eine Rentenrevision die Änderung des Invaliditätsgrades in einer für den Anspruch erheblichen Weise ist (Art. 17 ATSG; vgl. E. II. 3.1 hiavor). Eine hinzugetretene Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung, wenn dieser veränderte Umstand

den Rentenanspruch berührt (Urteil des Bundesgerichts 9C_113/2021 vom 23. Juni 2021 E. 2 mit Hinweisen). Die im vorliegenden Fall im Vergleich zum Referenzzeitpunkt neu hinzugetretenen psychiatrischen Diagnosen «Rezidivierende depressive Störung, ggw. leichte Episode», «Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom» und «Narzisstische Persönlichkeitsstörung» und die damit einhergehende verminderte psychische Belastbarkeit stellen eine andauernde leichte Verschlechterung des Gesundheitszustands und der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers dar, weshalb von einem Revisionsgrund auszugehen ist. Im Folgenden ist zu prüfen, ob deswegen ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente entstanden ist.

E. 9

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

Im vorliegenden Fall arbeitete der Beschwerdeführer zuletzt bis zu seinem Arbeitsunfall vom 23. August 1999 als Bauarbeiter bei der Bauunternehmung B.____, [...]. Die Beschwerdegegnerin ermittelte in ihrem Einspracheentscheid vom 12. August 2004, worauf der Beschwerdeführer bezüglich der Festsetzung seines Valideneinkommens Bezug nimmt (vgl. Beschwerde, S. 17 [A.S. 23]), gestützt auf den Arbeitgeberbericht vom 3. Juli 2000 (IV-Nr. 10) ein Valideneinkommen von CHF 63'404.00 (Stundenlohn von CHF 28.07, aufgerechnet auf ein Pensum von 100 % [x 8.5 Stunden pro Tag x 21.75 Tage pro Monat x 12 Monate] unter Berücksichtigung der Teuerung bis zum Jahr 2000; IV-Nr. 118 S. 4). Nach Aufrechnung der Teuerung bis zum Jahr 2020 (Tabelle T1.93, Nominallohnindex Männer, Baugewerbe, 2000: 106.5, 2020: 131.9) führt dies zu einem Valideneinkommen von CHF 78'526.00.

9.2 Da der Beschwerdeführer seit seiner letzten Tätigkeit bei der vorerwähnten Arbeitgeberin keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt hat, sind zur Bestimmung des Invalideneinkommens die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018 des Bundesamtes für Statistik (BFS) heranzuziehen (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Nach den hier massgebenden Angaben der K.____ ist der Beschwerdeführer in der Lage, eine adaptierte Verweistätigkeit im Ausmass von 80 % (Präsenz von 100 % mit einer Leistungseinschränkung von 20 % aufgrund einer leicht verminderten psychischen Belastbarkeit) auszuüben. Demnach ist er in der Lage, ein Einkommen von CHF 4'333.60 (80 % von CHF 5'417.00; Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer) zu erzielen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.7 Std. pro Woche und die Nominallohnentwicklung (Nominallohnindex Männer, Total, 2018: 129.6, 2020: 131.9) ergibt dies ein Invalideneinkommen von CHF 4'597.95 pro Monat.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einem invaliden Versicherten, der wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten ausüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als Invaliden zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 126 V 75 ff.). Weil gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und daher in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen, sind die statistischen Tabellenlöhne gegebenenfalls zu kürzen. Daher ist zwar nicht automatisch und in jedem Fall, aber doch in aller Regel bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und/oder behinderungsbedingten zusätzlichen Limitierungen ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, Art. 28a N 100). Der Umstand, dass beim Beschwerdeführer von einer eingeschränkten funktionellen Belastbarkeit auszugehen ist, da verschiedene Arbeitsverrichtungen (Heben/Tragen von Gewichten über 12,5 kg, Arbeitszwangshaltungen mit vermehrter Belastung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule, Grobarbeiten mit dem Arm rechts, höhenexponierte Tätigkeiten und Überkopfarbeiten) zu vermeiden sind, rechtfertigt einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn im Ausmass von 10 %. Der leicht verminderten psychischen Belastbarkeit des Beschwerdeführers (mässige Beeinträchtigung der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie der Spontanaktivität) wurde bereits mit einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit Rechnung getragen und kann hier nicht noch einmal berücksichtigt werden. Zum geltend gemachten Abzug für Teilzeitarbeit ist festzuhalten, dass statistisch Männer ohne Kaderfunktion mit einem Beschäftigungsgrad von 75 bis 89 % gemäss der LSE-Tabelle T18 für das Jahr 2018 verhältnismässig mehr verdienen als solche mit einem Beschäftigungsgrad von 90 % oder mehr (Vollzeit). Dass der Beschwerdeführer nur noch im Ausmass von 80 % arbeits- bzw. leistungsfähig ist, führt somit nicht zu einer Erhöhung des leidensbedingten Abzugs. Die langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, schlechte Deutschkenntnisse sowie die Nationalität des Beschwerdeführers begründen bezogen auf das Kompetenzniveau 1 ebenfalls keinen Abzug. Ein Maximalabzug von 25 %, wie dies vom Beschwerdeführer geltend gemacht, kann somit nicht berücksichtigt werden. Der im Einspracheentscheid vom 12. August 2004 berücksichtigte leidensbedingte Abzug von 15 % erscheint unter Würdigung sämtlicher Aspekte als zu hoch, zumal auch die Beschwerdegegnerin in ihrem später ergangenen Einspracheentscheid vom 11. Juni 2010 einen Abzug von nurmehr 10 % als angemessen erachtete (vgl. IV-Nr. 169 S. 8). Unter Berücksichtigung eines Abzugs von 10 % ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 4'138.15 pro Monat bzw. CHF 49'658.00 pro Jahr. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 78'526.00 resultiert ein Invaliditätsgrad von (aufgerundet) 37 %, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet (Art. 28 Abs. 2 IVG; vgl. E. II. 2.2 hiervor).

E. 10

10.1 Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 30. September 2021, worin der Anspruch des Beschwerdeführers

auf eine Invalidenrente abgewiesen wurde (A.S. 1 ff.), im Ergebnis nicht zu beanstanden. Mit dem beweiswertigen Gutachten der F.____ vom 16. Juli 2021 wurde der Beschwerdeführer in sämtlichen in Frage kommenden Fachdisziplinen umfassend und damit rechtsgenügend abgeklärt. Es besteht somit kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen.

10.2 Zu einem allfälligen Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ist festzuhalten, dass der ermittelte Invaliditätsgrad von 37 % hierfür grundsätzlich genügen würde. Erforderlich wäre jedoch auch die subjektive Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers, d.h. sein Eingliederungswille. Ein solcher erscheint angesichts des in der Beschwerde vom 3. Oktober 2021 enthaltenen Hinweises, der Beschwerdeführer erachte sich auch in einer angepassten Verweistätigkeit nicht als arbeitsfähig (vgl. A.S. 3), zumindest aktuell nicht gegeben zu sein. Berufliche Massnahmen werden denn auch nicht beantragt. Ein Anspruch auf berufliche Massnahmen könnte jedoch entstehen, wenn der Beschwerdeführer sich bereit zeigt, im Rahmen der gutachterlich ermittelten Arbeits- und Leistungsfähigkeit einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 30. September 2021 ist abzuweisen.

E. 11

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

11.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 14. Februar 2022; A.S. 37 f.; vgl. E. I. 2.3 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Zenari hat in der von ihm eingereichten Kostennote vom 28. Februar 2022 (A.S. 41 f.) einen Zeitaufwand von insgesamt 12.77 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 260.00 und Barauslagen von insgesamt CHF 511.10 geltend gemacht.

Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. gelten praxisgemäss als Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Die unter den Daten vom 26. Oktober 2021 und 16. Februar 2022 angegebenen Positionen «Brief an Klient» (je 0.17 Std.) können somit nicht berücksichtigt werden, da hier von der Zustellung von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen ist. Demnach ist der geltend gemachte Zeitaufwand um 0.34 Stunden auf 12.43 Stunden zu reduzieren. Der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt CHF 180.00. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 2'960.15 (Honorar von CHF 2'237.40 zuzüglich Auslagen von CHF 511.10 und MwSt. von CHF 211.65 [7.7 %]). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Im Weiteren besteht ein Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 669.35 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar; eine Honorarvereinbarung mit einem Stundenansatz von CHF 260.00 liegt nicht vor).

11.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Die Verfahrenskosten von CHF 600.00 sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

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