

# SO\_GERICHTE VSBES.2022.1 vom 16. November 2021

SO Obergericht, 2021-11-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.1](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.1)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.1 du 16 novembre 2021

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.1 del 16 novembre 2021

## Erwägungen

### E. 1

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1971, meldete sich am 13. November 2000 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) für den Leistungsbezug an (IV-Nr. [Akten der IV-Stelle Nr.] 1). Der damalige Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. B.\_\_\_\_, Spezialarzt für Innere Erkrankungen FMH, hielt hierzu in seinem Bericht vom 3. Dezember 2000 (IV-Nr. 9) fest, beim Beschwerdeführer bestehe mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisch-rezidivierendes, links betontes Lumbovertebral-Syndrom bei/mit mediolateral-linksseitiger, verkalkter Discushernie, leichter Fehlform des thorakolumbalen Überganges sowie leichter Fehlhaltung der LWS bei St. nach thorakolumbalem M. Scheuermann, leichter Beckenfehlstatik und lumbosakraler Übergangsanomalie (Sakralisation des L5 bds. mit beidseitiger Neoarthrose-Bildung zwischen dem Querfortsatz des L5 bds. und dem Sacrum). Für die angestammte Arbeitstätigkeit als Flachdachisoleur bestehe für dauernd eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte oder mittelschwere Arbeitstätigkeiten unter Vermeiden stereotyper Arbeitshaltungen, monotoner Arbeitsabläufe, langem Sitzen / Stehen sowie repetitiver Bück- und Hebelbelastungen über 15 kg bestehe eine 50%ige, medizinisch theoretische Erwerbsfähigkeit. In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin unter anderem eine Abklärung bei der C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 24), ein rheumatologisches Gutachten beim D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 70) sowie zwei psychiatrische Gutachten bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (IV-Nrn. 56 und 79).

1.2 Mit Verfügung vom 11. Mai 2005 (IV-Nr. 85) legte die Beschwerdegegnerin fest, der Beschwerdeführer habe vom 1. August 2001 bis 31. Januar 2002 und vom 1. Oktober 2002 bis 30. April 2003 Anspruch auf eine ganze IV-Rente sowie ab dem 1. Mai 2003 Anspruch auf eine halbe IV-Rente, bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 59 %. Die am 13. Juni 2005 dagegen erhobene Einsprache (IV-Nr. 89) wies die IV-Stelle mit Einspracheentscheid vom 2. Dezember 2005 ab (IV-Nr. 104).

1.3 Die dagegen am 4. Januar 2006 erhobene Beschwerde (IV-Nr. 105.1) hiess das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit Urteil vom 19. Januar 2007 (VSBES.2006.10; IV-Nr. 111) im Wesentlichen aufgrund der unvollständigen medizinischen Aktenlage sowie der mangelhaften psychiatrischen Abklärungsberichte gut und wies die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit diese die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit polydisziplinär – mit Vorteil durch eine F.\_\_\_\_ – medizinisch abklären lasse.

1.4 Infolgedessen veranlasste die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen und liess den Beschwerdeführer durch das G.\_\_\_\_, begutachten. Das Gutachten datiert vom 18. September 2007 (IV-Nr. 119.1).

1.5 Aufgrund einer möglichen gesundheitlichen Verschlechterung stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 25. März 2010 in Aussicht, beim G.\_\_\_\_ ein aktuelles Verlaufsgutachten einzuholen. Da der Beschwerdeführer verlangt hatte, es sei infolge Befangenheit eine andere

Begutachtungsstelle zu beauftragen, hielt die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 15. April 2010 (IV-Nr. 174) fest, man werde die Begutachtung beim G.\_\_\_\_ veranlassen. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 26. April 2010 (IV-Nr. 175 S. 3) wurde mit Urteil des Versicherungsgerichts vom 4. April 2011 (VSBES.2010.102) abgewiesen (IV-Nr. 184).

1.6 Gestützt auf das in der Folge veranlasste G.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. November 2011 (IV-Nr. 187.1) sowie die ergänzende Stellungnahme des G.\_\_\_\_ vom 27. August 2012 (IV-Nr. 201) kam die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 7. November 2013 (IV-Nr. 204, S. 17) zum Schluss, der Beschwerdeführer habe vom 1. August 2001 bis 31. Januar 2002 und vom 1. Oktober 2002 bis 30. April 2003 Anspruch auf eine ganze IV-Rente sowie vom 1. Mai 2003 bis 30. November 2007 Anspruch auf eine halbe IV-Rente. Ab dem 1. Dezember 2007 bestehe dagegen kein Rentenanspruch mehr. 1.7 Dagegen liess der Beschwerdeführer am 11. Dezember 2013 (IV-Nr. 206, S. 3) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn Beschwerde erheben, welche mit Urteil des Versicherungsgerichts vom 25. Februar 2015 (VSBES.2013.347, IV-Nr. 214) abgewiesen wurde. Die dagegen erhobene Beschwerde schrieb das Bundesgericht infolge Rückzugs der Beschwerde ab (IV-Nr. 218). 2. Am 2. Dezember 2015 meldete sich der Beschwerdeführer erneut zum Rentenbezug an (IV-Nr. 219). Mit Verfügung vom 11. April 2016 trat die Beschwerdegegnerin auf das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers nicht ein (IV-Nr. 226). Die dagegen am 13. Mai 2016 erhobene Beschwerde (IV-Nr. 228, S. 3) wies das Versicherungsgericht mit Urteil vom 5. Dezember 2016 ab (VSBES.2016.140; IV-Nr. 240).

### **E. 3**

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur

Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

#### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelprüfung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

5. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers habe Dr. med. I. \_\_\_ entgegen Dr. med. J. \_\_\_ im G. \_\_\_-Gutachten keine rezidivierende depressive Störung, sondern eine chronifizierte Episode festgehalten und dies damit begründet, dass sich der Beschwerdeführer seit Jahren in regelmässiger psychopharmakologischer Behandlung befunden habe und die stationären Behandlungen in der psychiatrischen Klinik nicht zu einer Remission geführt hätten (vgl. Seite 3 seines Berichts vom 3. Juli 2019). Dr. med. J. \_\_\_ vom G. \_\_\_ habe sich damit nicht auseinandergesetzt. Sodann sei Voraussetzung für die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gemäss den einschlägigen Leitlinien (ICD-10), dass in der Vorgeschichte der gegenwärtigen depressiven Episode zumindest eine weitere depressive Episode eruierbar sei und dass die gegenwärtige Episode mindestens zwei Wochen gedauert und von mehreren Monaten ohne eindeutige affektive

Symptomatik zuvor getrennt gewesen sei. Solches sei dem Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_ aber nicht zu entnehmen. Einzig der Hinweis darauf, dass im Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste von einer Aufhellung und Stabilisierung die Rede gewesen sei, genüge hierzu nicht. Die Diagnose, welche nicht erklärbar sei, wecke bereits per se erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit des Gutachtens. Des Weiteren habe Dr. med. J.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer weder zu seiner psychischen Verfassung nach der Behandlung bei Frau Dr. med. K.\_\_\_\_ und nach dem Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 9. Mai 2020 befragt, noch habe er Kontakt mit dem behandelnden Psychiater aufgenommen. Vor allem aber habe sich Dr. med. J.\_\_\_\_ nicht mit der Einschätzung von Dr. med. I.\_\_\_\_ auseinandergesetzt, namentlich was die von diesem bestätigte und begründete Chronifizierung des depressiven Syndroms anbelange. Die fehlende Auseinandersetzung betreffe nicht nur den Längsverlauf, sondern auch den Schweregrad und das somatische Syndrom. Dr. med. J.\_\_\_\_ habe denn auch ohne Nachvollziehbarkeit dieser Aussage festgehalten, es hätten sich «keine Hinweise auf langdauernde, mittelgradige oder depressive Krisen» finden lassen, obwohl gerade auch Dr. med. I.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 9. Mai 2020 nachvollziehbar ein chronifiziertes mittelgradiges depressives Syndrom bestätigt habe. Dies führe zur Nichtverwertbarkeit seines Gutachtens (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_238/2011 vom 20. September 2011, E. 3.2.2.3). Ausserdem sei bezüglich Schweregradbeurteilung der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Psychiatern die Beurteilung einer Antriebsstörung. Diese und die Folgen derselben würden im Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ ausführlich und nachvollziehbar geschildert, nämlich Antriebsarmut in Form eines Energieverlustes mit Durchhaltungsschwäche mit der Folge verminderter Belastbarkeit und verminderter Stressresistenz, was sich im Übrigen auch aus dem Bericht der H.\_\_\_\_ vom 10. März 2020 ergeben habe. Es gebe indes weder eine Stellungnahme von Dr. med. J.\_\_\_\_ zu den divergierenden Feststellungen von Dr. med. I.\_\_\_\_, was die von diesem begründet festgehaltenen Antriebsstörungen anbelange, noch irgendeine Erwähnung des Abbruchs des Belastbarkeitstrainings. Zudem sei im Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_ keine vertiefte Auseinandersetzung mit den von Dr. med. I.\_\_\_\_ erhobenen und begründeten Befunden erfolgt. Dem Gutachten des G.\_\_\_\_ sei ausserdem keine detaillierte Aussage betreffend Beeinträchtigungen, Belastungen und vorhandener persönlicher Ressourcen des Beschwerdeführers zu entnehmen, was mit Blick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach Massgabe der Standardindikatoren unabdingbar sei. Auch seien die im Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ bestätigten selbstunsicheren, emotional instabilen und histrionischen Persönlichkeitszüge seitens von Dr. med. J.\_\_\_\_ unreflektiert geblieben. Dies obwohl bei der Persönlichkeitsdiagnostik im Rahmen der Indikatorenprüfung besonderer hohe Begründungsanforderungen gestellt würden (vgl. BGE 141 V 281, E. 4.3.2). Sodann schweige sich die angefochtene Verfügung zu den erheblichen psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten aus, obwohl insbesondere das chronische lumbospondylogene und das chronische zervikospondylogene Schmerzsyndrom sowie der Verlust dreier Fingerendglieder die Ressourcen erheblich einschränkten. Mit Blick auf den Komplex «Persönlichkeit» sei festzuhalten, dass mit den von Dr. med. I.\_\_\_\_ festgehaltenen selbstunsicheren, emotional instabilen und histrionischen Persönlichkeitszügen ressourcenhemmende Störungen der Persönlichkeit vorlägen. Hier wäre gutachtlich eine Persönlichkeitsdiagnostik zu erwarten gewesen, welche aber von Dr. med. J.\_\_\_\_ verpasst worden sei (vgl. BGE 141 V 281, E. 4.3.1). Hinsichtlich des «sozialen Kontextes» lasse sich sowohl dem Gutachten wie der Berichterstattung von Dr. med. I.\_\_\_\_ entnehmen, dass der Beschwerdeführer zurückgezogen lebe. Dr. med. J.\_\_\_\_ verkenne in seinem Gutachten,

dass vor Jahren eine Trennung der Familie im Kosovo stattgefunden habe. Er sei auch in den letzten Jahren nie selbst als Lenker in den Kosovo gefahren, was mit den wenig detaillierten Ausführungen von Dr. med. J.\_\_\_\_ auf Seite 50 des Gutachtens allenfalls suggeriert werde, im Wesentlichen erfahre der Beschwerdeführer durch seine Ehefrau eine Entlastung. Sein Lebenskontext, welcher auf die Kernfamilie (seine Ehefrau und die Kinder) beschränkt sei, vermöge somit keine Ressourcen zu mobilisieren. Des Weiteren könne eine trotz guter Kooperation misslungene Eingliederung im Rahmen einer gesamthaften, die jeweiligen Umstände des Einzelfalls berücksichtigenden Prüfung bedeutsam sein (vgl. BGE 141 V 281, E. 4.3.1.2). Die gemäss H.\_\_\_\_ und Eingliederungsperson der IV-Stelle trotz optimaler Kooperation des Versicherten misslungene Eingliederung müsse im Rahmen der gesamthaften, die übrigen Umstände berücksichtigenden Indikatorenprüfung zu grossen Zweifeln bezüglich einer bloss um 20 % reduzierten Arbeitsfähigkeit führen. Diese Einschätzungen hätten gutachterlich keine Auseinandersetzung erfahren, es sei lediglich darauf hingewiesen worden, dass die beruflichen Massnahmen «erfolglos» geblieben seien. Sodann habe der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 4. August 2021 den Bericht der L.\_\_\_\_ vom 18. Juni 2021 zugehen lassen. Diesem sei u.a. zu entnehmen gewesen, dass eine Irritation durch die Spondylodese LWK 4 bestehe, mit u.a. Schmerzen in der 3. Phase und einer Druckdolenz über der Schraube. Erst am 20. Januar 2022 könne die neurochirurgische Abklärung (dem Vernehmen nach in der Praxis von Dr. med. M.\_\_\_\_) stattfinden, wo beurteilt werde, ob die Schraube auf Höhe des 4. Lendenwirbelkörpers links zu entfernen sei. Dieser Aspekt der Krankheitsentwicklung sei seitens der Beschwerdegegnerin bis dato unberücksichtigt geblieben. Schliesslich erweise sich die Heranziehung der LSE-Tabellenlöhnen als nicht sachgerecht. Die LSE-Tabellen umfassten im niedrigsten Kompetenzniveau 1 definitionsgemäss Löhne für einfache Tätigkeiten körperlicher und handwerklicher Art, welche dem Beschwerdeführer nicht zur Wahl stünden. Insbesondere erfassten sie eben nicht ausschliesslich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten, welche für den Beschwerdeführer in Frage kämen. Namentlich die körperlich anstrengenderen Arbeiten würden statistisch signifikant besser entlohnt. Dies führe gemäss neuesten Erkenntnissen zu realitätsfremden Annahmen betreffend das tatsächlich erreichbare Lohnniveau von Versicherten wie dem Beschwerdeführer ■ und damit zu einem deutlich überhöhten hypothetischen Invalideneinkommen. Dies gehe u.a. auch aus dem durch das von der N.\_\_\_\_ erstellten Gutachten vom 8. Januar 2021 hervor. Insbesondere seien gemäss dem Gutachten des Büro N.\_\_\_\_ die Löhne von versicherten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen signifikant tiefer als die Löhne gesunder Personen. Vor dem Hintergrund der gesundheitlich bedingten Lohnunterschiede sei es gemäss den Erkenntnissen des Büro N.\_\_\_\_ angezeigt, beim Beizug der LSE zur Invaliditätsbemessung vom mittleren Quartil bzw. Median abzurücken und auf das untere Quartil (0.25-Quartil) abzustellen. Eben solche Forderungen nach einem differenzierten Setting als dasjenige der LSE gingen in der Literatur hervor, etwa aus dem Aufsatz von Gabriela Riemer-Kafka et al. Invalidenkonforme Tabellenlöhne, in: Jusletter vom 22. März 2021, Rz. 16 f. oder dem Rechtsgutachten von Meier/ Egli / Filippo / Gächter, welche durch Anwendung des unteren Quartils eine Korrektur um generell 15 % bis 20 % forderten, denn die LSE lasse keine Differenzierungen nach dem Gesundheitszustand oder der Behinderung zu. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung bedürfe mithin im Wissen um die Erhebungen des Büro N.\_\_\_\_ resp. des auch vom Bundesgericht geforderten präziseren Settings (vgl. Urteil 8C\_541 /2012) einer Korrektur. Der Beschwerdeführer fordere, solange dieses präzisere

Setting nicht vorliege, einen Abzug des Tabellenlohns von 25 %. Im Übrigen sei in Erinnerung zu rufen, dass nach dem gesetzgeberischen Willen an der Bestimmung des Invalideneinkommens mittels den LSE-Tabellenlöhnen nicht mehr festgehalten werden könne, nachdem sowohl der National- wie auch der Ständerat der Motion der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates [20.3377] («Invaliditätskonforme Tabellenlöhne bei der Berechnung des IV-Grads») zugestimmt hätten und der Bundesrat beauftragt worden sei, die realitätsfernen statistischen Werte bis im Jahr 2023 mittels einer neuen Bemessungsgrundlage zu ersetzen, welche die behinderungsbedingten Nachteile berücksichtige. Weil nach dem Willen des Gesetzgebers zuerst eine neue bundesrätliche Bemessungsgrundlage für die Bestimmung des Invalideneinkommens geschaffen werden müsse, dürfe solange nicht mehr auf die LSE-Tabellenlöhne abgestellt werden. Möglich wäre das Invalideneinkommen anhand des von der Invalidenversicherung nachgewiesenen konkret erzielbaren Einkommens zubemessen. Derartige Abklärungen habe die IV-Stelle indes nicht getätigt. Alternativ käme für den Versicherten auch ein Abzug vom Tabellenlohn in der Grössenordnung von 20 % in Frage. Zu den Gründen sei darauf hinzuweisen, dass das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) statt ein genaueres Setting einen Pauschalabzug von 10 % offeriert habe, welcher im Einzelfall auch erhöht werden solle (vgl. beiliegenden Auszug aus dem Amtlichen Bulletin des Nationalrates und Infosperber-Artikel). Diese Erhöhungsgründe seien vorliegend die Nachteile, welche sich durch die Minderbelastbarkeit des Wirbelsäule und der linken Hand mit Beschränkung auf nur noch körperlich leicht belastende Tätigkeiten und eine Pensenfähigkeit von nur 50 % ergäben (vgl. Art. 26bis Abs. 3 IVV) und der Beschwerdeführer in der Gruppen- und Teamfähigkeit, in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit und Durchhaltefähigkeit und psychischen Belastbarkeit mittelgradige Beeinträchtigungen aufweise, sodass die Stellensuche zusätzlich erschwert werde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_447/2017 vom 17. Januar 2018, E. 5.5.2).

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, aus den medizinischen Unterlagen gehe hervor, dass dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bauarbeiter seit 2009 nicht mehr zumutbar sei. In einer angepassten Verweistätigkeit (körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen) sei er aber seit 2011 zu 80 % einsetzbar und sollte somit ein Renten ausschliessendes Einkommen erzielen können. Sodann halte Dr. med. J. \_\_\_ im G. \_\_\_-Gutachten explizit fest, dass in den Vorgutachten keine psychiatrischen Diagnosen gestellt worden seien. Ausserdem halte er wörtlich fest: «Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich seit der Rentenaufhebung vom 7. November 2013 nicht wesentlich verändert. (...) Es fänden sich keine Hinweise auf langandauernde, mittelgradige oder schwere depressive Krisen. Somit bestehe aus psychiatrischer Sicht seit 12/2013 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in angestammter und angepasster Tätigkeit.» Es könne also nicht gesagt werden, dass Dr. med. J. \_\_\_ aktenwidrige Feststellungen gemacht hätte. Vielmehr habe er differenziert festgehalten, wie sich der psychiatrische Gesundheitszustand seit 2013 entwickelt habe. Die Tatsache, dass Dr. med. I. \_\_\_ von einer mittelgradigen depressiven Störung ausgehe, vermöge den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. J. \_\_\_ nicht zu schmälern. Denn es sei zu berücksichtigen, dass es sich bei Dr. med. I. \_\_\_ um den behandelnden Arzt handle, wobei der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen sei, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagten, was den Beweiswert ihrer Beurteilung entsprechend reduziere (BGE 125 V 353

E. 3b/cc; 9C\_114/2007 E. 3.2.3 mit weiteren Hinweisen). Ausserdem halte Dr. med. I. \_\_\_ in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 6. April 2021 fest, dass er den von Dr. med. J. \_\_\_ erhobenen Psychostatus und die Gesamtbeurteilung grösstenteils bestätigen könne. Bei der Tatsache, dass Dr. med. J. \_\_\_ einige Befunde als milder und harmloser interpretiere als dies Dr. med. I. \_\_\_ mache, handle es sich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts. Des Weiteren könne die Beurteilung der Indikatoren dem Gutachten klar entnommen werden. Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» halte der Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer unter leichten depressiven Verstimmungen leide, da er seine jetzige Situation mehr oder weniger als ausweglos erlebe. Mittelgradige oder schwere depressive Verstimmungen lägen hingegen nicht vor. Dies sei auch aus der Befunderhebung ersichtlich, wo festgehalten worden sei, dass sich der Beschwerdeführer differenziert ausdrücke, keine Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt habe und gut auf die gestellten Fragen habe eingehen können. Auch seien die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistung intakt gewesen. Weiter führe Dr. med. J. \_\_\_ aus, dass die Behandlung adäquat sei. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung lasse sich aber weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht hinreichend objektivieren. Diese sei weitgehend invaliditätsfremd und würde sich durch eine psychiatrische Behandlung auch kaum beeinflussen lassen. Aus diesem Grund bestünden aus psychiatrischer Sicht keine weiteren Behandlungsmöglichkeiten. Darauf sei auch das Scheitern der Eingliederungsmassnahmen zurückzuführen. Zwar bestünden diverse somatische Komorbiditäten, diese seien im Rahmen der Konsensbesprechung der Gutachter bei der Festlegung der noch bestehenden Arbeitsfähigkeit entsprechend berücksichtigt worden. Zum Komplex «Persönlichkeit» werde im Gutachten festgehalten, dass der Beschwerdeführer einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person habe. Er habe sich gegenüber der Umgebung klar abgrenzen können. Gedankenausbreitung oder Fremdbeeinflussungserlebnisse seien nicht vorhanden gewesen. Der Beschwerdeführer habe nicht von Zwangsgedanken berichtet und Hinweise auf Zwangshandlungen seien nicht vorhanden gewesen. Ausserdem habe er nicht über Ängste berichtet und keine Phobien erwähnt. Es hätten keine Hinweise auf Veränderung des Antriebs oder der Stimmung im Tagesverlauf bestanden. Zum Komplex «Sozialer Kontext» habe der Gutachter zu den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen auf Seite 50 seines Gutachtens ausführlich Stellung genommen. Der Beschwerdeführer habe eine gute Beziehung zu seiner Familie, pflege regelmässige Kontakte zu seinen Familienangehörigen, fahre Auto und sei 2019 auch mit dem Auto ins Heimatland gereist. Hingegen sei er belastet durch die Schmerzen, die fehlenden Perspektiven und die angespannte finanzielle Situation. Bei der angespannten finanziellen Situation handle es sich hingegen um einen psychosozialen Faktor, welcher nicht berücksichtigt werden dürfe. Zur «Konsistenz der Beschwerden» habe Dr. med. J. \_\_\_ in seinem Gutachten unter Punkt 7.3 denn auch eine ausführliche Konsistenzprüfung vorgenommen. Dabei halte er fest, dass sich die vom Beschwerdeführer beklagte praktisch vollständige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht objektivieren lasse. Zudem habe er eine gute Beziehung zu den Familienmitgliedern, unternehme Spaziergänge und pflege Kontakte zu den Verwandten. Ausserdem fahre er Auto. Somit könne die Indikatorenprüfung anhand des Gutachtens vorgenommen werden. Es ergäben sich daraus keine Hinweise, dass nicht auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter abgestellt werden könnte. Ausserdem sei darauf hinzuweisen, dass der ausführliche Bericht von Dr. med. I. \_\_\_ vom 9. Mai 2020 wie auch der Abschlussbericht der Beruflichen Eingliederung vom 25. März 2020 und der Abschlussbericht des Belastbarkeitstrainings der H. \_\_\_ vom 10. März 2020 den

Gutachtern vorgelegen hätten und dementsprechend in die Beurteilung mit einbezogen worden seien. Ergänzend sei zu erwähnen, dass der Bericht vom 18. Juni 2021 der L.\_\_\_\_ von der IV-Stelle gewürdigt worden sei. Daraus sei keine nennenswerte Veränderung des Gesundheitszustandes abzuleiten. Die vorgebrachten Beschwerden seien bereits im Rahmen des rheumatologischen Gutachtens vom 22. März 2021 durch Dr. med. O.\_\_\_\_ des G.\_\_\_\_ berücksichtigt und gewürdigt worden. Dr. med. P.\_\_\_\_ der L.\_\_\_\_ halte denn auch fest, dass weiterhin reizloses und orthotopes Osteosynthesematerial ohne Hinweis auf Lockerung oder Dislokation vorliege. Auch sei aktuell kein Hinweis auf eine höhergradige Stenosierung von Spinalkanal oder Neuroforamina von BWK12/LWK1 bis LWK5/SWK1 auszumachen. Er habe lediglich eine Irritation durch die Spondylodese Höhe LWK4 gefunden. Diese sei jedoch nicht geeignet, eine andere Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zu begründen.

6. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere berufliche Massnahmen und eine Rente mit Verfügung vom 16. November 2021 zurecht verneint hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren grundsätzlich ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Rentenabweisungsverfügung ■ vorliegend am 7. November 2013 (IV-Nr. 204, S. 17) ■ bestanden hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_413/2009 vom 11. September 2009 E. 4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 16. November 2021 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

6.1 Bei ihrer letzten leistungsabweisenden Verfügung vom 7. November 2013, welche vom Versicherungsgericht mit Urteil vom 25. Februar 2015 bestätigt wurde, stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das G.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. November 2011 (IV-Nr. 187.1) sowie die Stellungnahme der G.\_\_\_\_-Gutachter vom 27. August 2012 (IV-Nr. 201) ab. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt:

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1.Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)

·Status nach Sequestrektomie bei luxierter Diskushernie L4/5 rechts 5/07

·Status nach transforaminaler lumbaler intersomatischer Fusion L4/5 11/2009 bei Postdiskektomiesyndrom L4/5 und bei akuter Fussheberparese rechts

2.Status nach traumatischer Amputation von Mittel- und Ringfinger im DIP-Gelenk sowie des Kleinfingers im Endglied links nach Arbeitsunfall 08/2000 (ICD-10 T92.6)

·Status nach Neurom- und Rezidivneuromexstirpation Februar und November 2001 ohne Anhaltspunkt für weitere Rezidive

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1.Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

2.Inkomplettes metabolisches Syndrom (ICD-10 E88.9)

·Adipositas

·Diabetes mellitus

·Hyperlipidämie

3.Status nach Nasenmuscheloperation Mai 2011

4.Status nach Nikotinabusus

Aufgrund der erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen, mit nachgewiesener Segmentdegeneration L4/5, seien dem Beschwerdeführer körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten mit starker und mittelstarker Rückenbelastung und somit die von ihm früher durchgeführten Tätigkeiten bleibend nicht mehr zumutbar. Körperlich leichte Tätigkeiten mit nur leichter Rückenbelastung sowie der Möglichkeit zu Wechselpositionen, ohne gehäuftes Bücken und Überkopparbeiten sowie ohne monoton-repetitive Haltungen und Bewegungen könnten dem Beschwerdeführer ganztags zugemutet werden, mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit, bedingt durch die nachvollziehbare Schmerzsymptomatik, von 20 %.

6.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

6.2.1 Im Bericht des Q.\_\_\_\_, Wirbelsäulenchirurgie, vom 14. Oktober 2017 (IV-Nr. 243, S. 6) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Chronisches spondylogenes Syndrom

Radiologisch zeigten sich in der Röntgenaufnahme und MRI-Untersuchung der LWS regelrechte Verhältnisse. Keine Metalllockerung. Keine weiteren Bandscheibenvorfälle. Es bestehe radiologisch lediglich eine Facettengelenksarthrose auf Höhe L3/4 beidseits sowie L5/S1, was die angegebenen Beschwerden in Form von Schmerzen der unteren LWS-Segmente mit ab und zu Ausstrahlung in beide Beine dorsal diffus bis zum Fuss erklären könne.

6.2.2 Im Bericht des D.\_\_\_\_, Wirbelsäulenchirurgie, vom 23. Januar 2018 (IV-Nr. 246, S. 11) wurde ausgeführt, es lägen verschiedene MRI- und Rx-Untersuchungen der letzten zwei Jahre vor. Zusammengefasst zeige sich ein Zustand mit stabiler Spondylodese mit TLIF-Technik und intaktem, korrekt einliegendem Osteosynthesematerial. Weiter zeige sich eine beidseitige Übergangsanomalie am ehesten Castellvi Typ 3B mit kompletter Verknöcherung, wobei ein ehemaliger Gelenkspalt angedeutet sichtbar sei. In den MRI-Untersuchungen zeige sich kein Ödem, um das Neogelenk beidseits. Ebenfalls zeige sich ein freier Spinalkanal, lediglich im Anschlusssegment L3/4 bestehe eine rechtsbetonte Diskusprotrusion ohne Neurokompression. Es bestehe ein chronifiziertes lumbales Schmerzsyndrom bei Übergangsanomalie und Zustand nach stabiler Fusion L4/5. In der heutigen Untersuchung seien die ISG-Provokationstests klar positiv.

6.2.3 In seiner Stellungnahme vom 3. Juli 2019 (IV-Nr. 369, S. 3) stellte Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnosen:

Die fehlende Tagesstruktur mit permanent bestehenden körperlichen Beschwerden hätten beim Beschwerdeführer eine zusätzliche Ängstlichkeit bzw. Kränkung bewirkt, was im Verlauf zu einer massiven Verschlechterung des psychischen Zustandes geführt habe. Anlässlich der Konsultationen in einem Intervall von 3 bis 4 Wochen seit dem Behandlungsbeginn habe der Beschwerdeführer permanent Symptome einer mittelgradigen depressiven Episode gezeigt. Im Vordergrund seien die depressive Stimmungslage mit Verzweiflung, Antriebsminderung und Tageserschöpfung gestanden. Das Zustandsbild

habe in den meisten Konsultationen auch Hinweise auf einen ratlosen, spürbar erheblich besorgten und stark erschöpften Mann sowie ein tiefgreifendes Misstrauen gegenüber der betreuenden Ärzteschaft und wenig Möglichkeiten zur Bereitschaft, Vertrauen in andere Menschen zu fassen, ergeben; die beschriebenen Beschwerden seien im Rahmen der depressiven Störung zu interpretieren. Hinzu kämen auch mangelnde Erholung mit Initiativemangel (er fühle sich innerlich blockiert). Zudem seien beim Beschwerdeführer als sehr belastend auch übersteigerte, hypochondrisch gefärbte Befürchtungen vor lebenslangem Leiden mit Schmerzsymptomatik, Befürchtungen, im Rollstuhl oder nicht mehr selbständig zu sein, Schuldgefühle gegenüber der Ehefrau und den Kindern im Hinblick auf die Vaterrolle und in der Rolle als Ehemann, mit zunehmend beeinträchtigter Lebensqualität zu beobachten. Er habe des Weiteren Konzentrationsstörungen, Umständlichkeit im Denkablauf und depressiv bedingte, verminderte Belastbarkeit bei Antriebsreduktion und mangelnder Frustrationstoleranz geäußert. Aufgrund der genannten psychischen Symptome in Korrelation mit somatischen Beschwerden und folglich den daraus entwickelnden Einschränkungen sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für angestammte Tätigkeit als Bau-Hilfsarbeiter und auch eine mindestens 60%ige Arbeitsunfähigkeit für Verweistätigkeiten attestiert worden. Bisher habe keine wirksame Psychopharmakotherapie gefunden werden können, es könne von einer mindestens teilweisen Chronifizierung des Beschwerdebildes und aufgrund mehrerer depressiven Episoden von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden. Aufgrund seines heterogenen und ausgeprägten Störungsbildes mit den entsprechenden Beeinträchtigungen sei aus seiner Sicht die Adaptationsfähigkeit an neue Situationen deutlich eingeschränkt und zurzeit sei keine Veränderung des psychischen Zustandsbildes absehbar, dieses müsse aber im Verlauf pro rata temporis nach Befund jeweils neu exploriert werden. Zudem sei noch zu erwähnen, dass sich der Beschwerdeführer seit einigen Jahren unter regelmässiger psychopharmakologischer und analgetischer Behandlung und ergänzend mit einer multimodalen Behandlungsstrategie mit Psychoedukation und verhaltenstherapeutisch orientierten Ansätzen befinde und sich der psychische Zustand bislang nicht gebessert habe. Auch die stationären Behandlungen in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Q.\_\_\_\_ hätten beim Beschwerdeführer nicht zu einer anhaltenden Verbesserung des psychischen Zustands geführt. Eine Weiterführung der ambulanten Behandlung im gegebenen Rahmen sei aufgrund des bestehenden therapeutischen Bündnisses in seiner Muttersprache indiziert.

6.2.4 Im Bericht des Q.\_\_\_\_, Wirbelsäulenchirurgie, vom 5. November 2019 (IV-Nr. 295, S. 4) wurde festgehalten, während der heutigen klinischen Untersuchung hätten sich weder neurologische Ausfälle noch Anzeichen für eine Radikulopathie nachweisen lassen. Es bestehe lediglich eine massive Druckdolenz in den unteren LWS-Segmenten auf Höhe L3/4 beidseits linksbetont. Die heute angefertigten Röntgenbilder der LWS zeigten regelrechte Verhältnisse. Keine Metalllockerung. Mit dem klinischen Verdacht auf eine aktivierte Facettengelenksarthrose L3/4 beziehungsweise epifusionale Degeneration auf dieser Höhe habe man den Beschwerdeführer für eine erneute MRI-Untersuchung der LWS angemeldet.

6.2.5 Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, S.\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 25. November 2019 (IV-Nr. 273, S. 2) folgende Befunde:

Das MRI der LWS vom 19. November 2019 habe folgende Befunde ergeben: Bei Status nach Spondylodese LW4/5 mit Cage zeige sich eine korrekte Lage des Cages sowie der Schrauben in LW5 und LW4 rechts, fraglich sei die Schraube LW4 links etwas lateralisiert.

Weiter fraglich sei eine Lockerung der Schrauben bei leichtgradigem Saum um diese herum DD Artefakt. Bei LW3/4 zeige sich eine breitbasige Discusprotrusion vor allem intraforaminal bds. als fragliche Anschlussdegeneration nach Spondylodese. Insgesamt Steilstellung der LWS mit fast völliger Aufhebung der Lordose.

6.2.6 Im Bericht vom 9. Mai 2020 (IV-Nr. 293) stellte Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnosen:

Die aktuelle depressive Episode zeige sich in der Antriebsreduktion, der Affektlabilität, der Insuffizienzgefühle, dem Grübeln, der erhöhten Ermüdbarkeit und der Konzentrationsdefizite und in vermindertem Durchhaltevermögen. Trotz der knapp zweijährigen Behandlungsperiode gehe er, Dr. med. I.\_\_\_\_, von einer eher ungünstigen Prognose aus. Dies habe auch der durchgeführte Eingliederungsversuch in der H.\_\_\_\_ gezeigt. Es solle zuerst eine sichtbare und nachhaltige Stabilisierung des Beschwerdebildes im ambulanten Rahmen zwecks Verbesserung des Funktionsniveaus erreicht werden. Aufgrund des bisherigen Behandlungsverlaufs und der aktuellen Psychopathologie zeige sich ein sehr komplizierter und deutlich beeinträchtigter Gesundheitszustand und er, Dr. med. I.\_\_\_\_, erachte den Beschwerdeführer zurzeit aufgrund der im Text beschriebenen, störungsbedingten Einschränkungen als 100 % arbeitsunfähig für die angestammte Tätigkeit als Bau-Hilfsarbeiter und auch mindestens zu 60 % arbeits- und leistungsunfähig für Verweistätigkeiten. Aufgrund der unzureichenden Abstraktions- und Reflexionsfähigkeit im Kontext zur depressiv bedingten Stressintoleranz komme es wiederholt zu unkontrollierten Affekteinbrüchen. Insgesamt verfüge der Beschwerdeführer über eine einfache psychische Struktur, welche von Problemlernung und Idealisierung der früheren Situationen sowie impulsgesteuerter Uneinsichtigkeit geprägt sei. In der jetzigen Situation fühle er sich als hilfloses Opfer seiner Situation. Hinweise für eine Aggravation und Simulation ergäben sich nicht.

6.2.7 Im polydisziplinären G.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. März 2021 (Fachrichtungen Neurologie, Rheumatologie, Psychiatrie, Innere Medizin; IV-Nr. 311.2) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit:

Aus Sicht des Bewegungsapparates könnten die vom Exploranden beklagten Beschwerden nur zum Teil objektiviert werden. Es bestehe ein organischer Kern der Schmerzsymptomatik bei chronischem lumbospondylogem Schmerzsyndrom rechtsbetont und Status nach zweimaligen Wirbelsäuleneingriffen 2007 und 2009. Klinisch und kernspintomographisch habe sich im MRI vom 11/2019 jedoch ein regelrechter postoperativer Befund gezeigt. Zudem könne die Diagnose eines Status nach traumatischer Amputation im DIP-Gelenk Dig III bis V links nach Arbeitsunfall im 08/2000 gestellt werden. Während der rheumatologischen Untersuchung hätten sich Inkonsistenzen gezeigt, indem zum Beispiel bei der Überprüfung des Lasègue im Liegen beide Beine bis 40° hätten angehoben werden können, die Überprüfung des Lasègue im Langsitz sei aber beidseits unauffällig. Zudem seien die weiteren Waddell-Zeichen als Hinweise für das Vorliegen einer psychischen Überlagerung positiv prüfbar. Die vom Exploranden angegebene Schmerzproblematik im Nacken und Hinterkopf mit Ausstrahlung nach frontal wirke sich sowohl gemäss rheumatologischer wie auch neurologischer Beurteilung nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der

subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden sei gemäss aktueller psychiatrischer Beurteilung eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren verantwortlich. Daneben bestehe eine aktuell leichte depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung. Die vom Exploranden berichteten Erscheinungen, wonach er vor dem Einschlafen tote Menschen sehe, seien als Pseudohalluzinationen zu werten und begründeten aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Insgesamt bestehe aus psychiatrischer Sicht eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus allgemeininternistischer Sicht könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aufgrund der verminderten Belastbarkeit des unteren Achsenskelettes seien sämtliche körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten für den Exploranden ungeeignet. Zudem bestehe aufgrund der chronischen Schmerzstörung und der leichten depressiven Episode eine verminderte Durchhaltefähigkeit. Aus interdisziplinärer Sicht sei dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Flachdachisolateurs seit 2009 nicht mehr zumutbar. Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen sei dem Exploranden in einem Pensum von 80 % zumutbar. Es sei davon auszugehen, dass die aktuellen Angaben zur Arbeitsfähigkeit unverändert seit 2011 gälten.

6.2.8 Mit Stellungnahme vom 6. April 2021 (IV-Nr. 318, S. 5) führte Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, bei der letzten psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. J.\_\_\_\_, G.\_\_\_\_, könnten aus psychiatrischer Sicht die angeführte Anamneseerhebung, die Untersuchung und diagnostischen Überlegungen grösstenteils unterstützt werden. Andererseits sei es unverständlich, weshalb der Begutachter die zugestellten Unterlagen unterschätze und die gestellten Diagnosen (rezidivierende depressive Störung ggw. mittelgradigen Ausmasses) nicht berücksichtige. Dr. med. J.\_\_\_\_ habe eine rezidivierende depressive Störung, ggw. leichtgradige Episode (F33.0) und chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) diagnostiziert, er berücksichtige aber nicht den Verlauf anhand der ihm zugestellten Unterlagen. Was den Psychostatus und die Gesamtbeurteilung von Dr. med. J.\_\_\_\_ anbelange, so könne er, Dr. med. I.\_\_\_\_, diese grösstenteils bestätigen, jedoch habe Dr. med. J.\_\_\_\_ einige Befunde als milder und harmloser interpretiert, entgegen der Realsituation. Aus der Sicht von Dr. med. I.\_\_\_\_ sei in der Gesamtschau eine klare Verschlechterung des psychischen Zustandes klar objektivierbar und zurzeit bestehe mindestens eine mittelgradige depressive Episode. Die psychische Belastbarkeit erscheine deutlich herabgesetzt, dies zeige sich in einer verminderten Adaptationsfähigkeit zur Bewältigung von Belastungssituationen oder Veränderungen; die verminderte Belastbarkeit lasse sich mit dem Antriebsmangel und der verminderten Stressresistenz begründen. Er leide auch unter depressiven Verstimmungen, er fühle sich minderwertig und leistungsunfähig, zeige einen sozialen Rückzug, sei freudlos, habe wenig Zukunftsperspektiven. Er meide die Kontakte, da er seine Situation verheimlichen möchte, nicht über seine Beschwerden sprechen möchte. Er schäme sich auch für seinen Zustand, ziehe sich zurück. Der Beschwerdeführer habe sich wegen der Körpereinschränkungen und affektiven Beschwerden aus jeglicher Tätigkeit im Alltagsleben zurückgezogen. Er sei im Gespräch bei den Konsultationen deutlich verlangsamt, angespannt und berichte regelmässig über ein Schweregefühl im Rücken, begleitet von Kopf- und Muskelschmerzen. Er sei psychisch vermindert belastbar. Bezüglich der Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren, emotional instabilen und histrionischen Zügen könnten die entsprechenden

charakterneurotischen Persönlichkeitszüge (Trennung der Familie im Kosovo vor Jahren, der daraus resultierende Leidensdruck, die Kränkung durch den Verlust der Arbeitsfähigkeit) abgeleitet werden. Bei den Untersuchungssitzungen habe klar objektiviert werden können, wie der Beschwerdeführer seine Affekte und emotionalen Konflikte somatisiere und nicht verbal zum Ausdruck bringen könne. Des Weiteren seien Affekte und innerliche Konflikte in der Darstellung und in der Ausprägung histrionisch, er verlange dadurch nach Anerkennung seiner Beschwerden durch die Familie und setze sich damit in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Insgesamt bestehe beim Beschwerdeführer weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Bau-Hilfsarbeiter und aufgrund der beschriebenen, funktionsbedingten Beeinträchtigungen, dem Ausprägungsgrad der Beschwerden und Befunde sowie den Beeinträchtigungen der innerpsychischen Ressourcen sowie in Anbetracht der Kombination einer depressiven Störung mit einer Schmerzproblematik beim Verdacht der beschriebenen Persönlichkeitsakzentuierung, müsse aus psychiatrischer Sicht von einer 60%igen Arbeits- / Leistungsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ausgegangen werden. Die langanhaltende Arbeitsabstinenz und die chronische Schmerzsymptomatik verschlechtere die Prognose für einen Wiedereingliederungsprozess (das angefangene Belastungstraining bei der H.\_\_\_\_ in [...] habe er wegen Beschwerden abbrechen müssen). Des Weiteren beeinflusse diese die chronische Depression negativ. Die chronifizierte Krankheitsentwicklung mit permanent vorhandener Schmerzsymptomatik, meistens mit wechselhafter Intensität, führe zur Beeinträchtigung des familiären Zusammenlebens und stehe wiederum in negativer Wechselwirkung mit der Depression des Beschwerdeführers. Dadurch sei die Belastungsresistenz herabgesetzt.

6.2.9 Im Bericht vom 18. Juni 2021 (IV-Nr. 326, S. 2) hielt Dr. med. P.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie FMH, L.\_\_\_\_, bezüglich des MRI LWS vom 27. April 2021 folgende Beurteilung fest: «Vergleichend zum 19. November 2019 bei Status nach transpedikulärer Spondylodese LWK4 und LWK5 mit Cage-Anlage weiterhin reizloses und orthotopes Osteosynthesematerial ohne Hinweis auf Lockerung oder Dislokation. Ossäre Integration des Cages im höhengeminderten Bandscheibenfach. Bekannte Retrospondylose. Aktuell kein Hinweis auf höhergradige Stenosierung von Spinalkanal oder Neuroforamina von BWK12/LWK1 bis LWK5/SWK1. Die Chondrose in LWK3/4 nimmt im Verlauf minimal zu, das Diskusbulging ist unverändert und weiterhin nicht neurokompressiv. Weiterhin keine Myelopathie. Keine Gefügestörung oder Zeichen der Instabilität. Keine offensichtliche Affektion der erfassten Facettengelenke. Kein Infekthinweis.» Weiter führte Dr. med. P.\_\_\_\_ aus, insgesamt falle es ihr schwer, den Beschwerdeführer hinsichtlich seines Leidensdrucks und der Schmerzausmasse zu beurteilen, welcher ja auch ein subjektiver sei. In ihrer Untersuchung habe sich lediglich eine Irritation durch die Spondylodese Höhe LWK 4 ergebe. Der Beschwerdeführer müsste mit einem Neurochirurgen besprechen, inwieweit es Sinn mache, die Schraube zu entfernen. Es bestehe sicherlich ein Risiko, dass nach Entfernung der Spondylodese eine Instabilitätsproblematik in dem Segment entstehe, welche dann wieder zu Schmerz-ausstrahlungen in den Beinen führen könne.

6.2.10 Im Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie FMH, vom 22. Februar 2022 (Beschwerdebeilage 4) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei;

MRI und CT zeigten eine eindruckliche, weit fortgeschrittene Spondylarthrose L3/4 links, mässiggradig rechts, was mit den links-dominanten lumbalen Rückenschmerzen gut

korreliere. Die Spondylarthrose L3/4 sei auf beiden Seiten im Vergleich zum MRI vom 19. November 2019 klar progredient. Die bekannte Diskopathie L3/4 zeige sich im Wesentlichen stationär, wobei sich der rechtsseitige Anulusriss zwischenzeitlich erholt habe. Das CT schliesse nun eine Schraubenfehlage oder eine Schraubenlockerung definitiv aus und bestätige die erfolgreiche ossäre Fusion L4/5. Damit seien die langjährigen postoperativen Schmerzen nachweislich nicht durch die Instrumentation L4/5 bedingt. Es sei nun als nächste Massnahme die Durchführung einer Infiltration der Fazettengelenke L3/4 beidseits und epidural L3/4 links besprochen worden. Ein klar positives Ansprechen würde die Verdachtsdiagnose erhärten.

6.2.11 Im Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie FMH, vom 14. April 2022 (Beschwerdebeilage 5) wurde ausgeführt, die Infiltration der Fazettengelenke L3/4 beidseits und die epidurale Infiltration L3/4 links vor sechs Wochen habe dem Beschwerdeführer eine eindruckliche Schmerzfreiheit gebracht, wie er sie seit Jahren nicht mehr gekannt habe. Keine zuvor durchgeführte Therapie oder Infiltration habe auch nur eine annähernde Wirkung gebracht. Seit einer Woche seien die altbekannten Schmerzen zurückgekehrt. Dieses eindruckliche Ansprechen auf die infiltrative Behandlung unterstütze den ohnehin schon hochgradigen Verdacht auf das Vorliegen einer symptomatischen Spondylarthrose L3/4 links. Da die konservativen Massnahmen nicht annähernd zu einem befriedigenden Ergebnis geführt hätten und die Schmerzen über Jahre hinweg persistierten, bestehe die relative Operationsindikation zur Stabilisierung des Segmentes L3/4 im Sinne einer Verlängerung der transpedikulären Spondylodese L3-5 beidseits und TLIF L3/4 von links. Alternativ könnte die Infiltration wiederholt werden, längerfristig allerdings unter Beachten von 3-monatigen Mindestabständen.

7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre G.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. März 2021 (IV-Nr. 311.2), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist.

7.1 Im neurologischen Teilgutachten des G.\_\_\_\_ (IV-Nr. 311.8) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer leide seiner Darstellung zufolge seit 20 Jahren unter starken Rückenschmerzen, weswegen er seither auch nicht mehr berufstätig sein könne. Eine detaillierte Wiederholung der Anamnese sei an dieser Stelle nicht nötig, es könne verwiesen werden auf die beiden Gutachten des G.\_\_\_\_ von 2007 und 2011 wie auch die hierin integrierten neurologischen Teilgutachten. Eine wesentliche Änderung der Beschwerden werde seither nicht berichtet, er fühle sich nach wie vor durch die Rückenschmerzen massiv eingeschränkt und leistungsunfähig. Neuere neurologische Abklärungen oder Behandlungen würden nicht angegeben und seien auch nicht in den Akten enthalten. Zu nennen sei lediglich der Bericht des Neurochirurgen, Dr. R.\_\_\_\_, vom 25. November 2019, S.\_\_\_\_, [...] in [...], welcher aufgrund einer erneuten Bildgebung eine Anschlussdegeneration, Steilstellung der LWS mit fast völliger Aufhebung der Lordose und Diskusprotrusion L3/4 aufführe. Im Befund würden keine Paresen, keine Seitendifferenzen, differente Lasègues und multiple Schmerzen genannt. Letztlich werde von einem LWS-Syndrom nach Diskektomie und Spondylodese ausgegangen, zusätzlich auch von einem Spannungs- und migräniformen Kopfschmerz. Die aktuelle Untersuchung zeige nun einen in objektiver Hinsicht unauffälligen neurologischen Status. Die Reflexe seien seitengleich erhältlich, keine Störungen der Trophik oder Motorik. Die angegebene subjektive Hypästhesie am rechten Unterschenkel könne keinem Dermatome zugeordnet werden, es fänden sich keine Wurzelreizeichen. Zusätzlich sei von einem

Mischkopfschmerz auszugehen, welcher Spannungskopfschmerz- und Migränekomponenten sowie aber auch eine Schmerzmittelübergebrauchskomponente umfasse. Betreffs der Kopfschmerzen und der wahrscheinlichen Schmerzmittelübergebrauchskomponente sei eine Reduktion der Schmerzmittel notwendig. So habe der Hausarzt Dr. med. U.\_\_\_\_ bereits 2017 den Verdacht auf ein medikamenteninduziertes Kopfweh geäußert. Betreffs einer möglichen Migränekomponente wäre bei der angegebenen Häufung der Schmerzen eine prophylaktische Behandlung naheliegend, bei der vom Hausarzt mitgenannten hypertonen Blutdrucklage vorzugweise mit einem Betablocker. Weiterer Handlungsbedarf bestehe nicht. Die Beurteilung des degenerativen Anteils des LWS-Syndroms falle in den rheumatologischen Teil dieses Gutachtens. Anhaltspunkte für eine neurale Beteiligung lägen nicht vor. Das beklagte Ausmass der Schmerzen könne organisch-neurologisch nicht erklärt werden. Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen vermag auch die Schlussfolgerung des neurologischen Gutachters zu überzeugen, wonach körperlich leichte Tätigkeiten ohne Rückenbelastung mit der Gelegenheit zu Stellungswechseln dem Beschwerdeführer vollzeitig zumutbar seien.

## 7.2

7.2.1 Im rheumatologischen Teilgutachten des G.\_\_\_\_ (IV-Nr. 311.7) führte die Gutachterin aus, bei der aktuellen gutachterlichen Untersuchung habe der Explorand weiterhin über Dauerschmerzen im Lumbalbereich mit ischialgieformer Ausstrahlung in beide Beine, rechtsbetont, geklagt. Die Beschwerden würden bei Belastung deutlich zunehmen. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich eine reizlose Operationsnarbe. Die Beweglichkeit der LWS sei in sämtlichen Ebenen schmerzbedingt deutlich eingeschränkt, wobei vor allem die Reklination beschwerdeverstärkend wirke. Es zeige sich eine myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen, die für die Beschwerdesymptomatik mitverantwortlich seien. Gegen die vom Exploranden angegebene chronische Schmerzsymptomatik spreche, dass der Kibler'sche Hautfaltentest, der für eine chronische schmerzbedingte Verspannung der darunterliegenden Muskulatur spreche, negativ sei. Die Zeichen nach Waddell, die für eine psychische Überlagerung sprächen, seien ebenfalls positiv. So könnten bei der Überprüfung des Lasègue im Liegen beide Beine lediglich bis 40° angehoben werden. Ab dann gebe der Explorand deutliche Schmerzen im Lumbalbereich an und spanne muskulär dagegen. Die Überprüfung des Lasègue im Langsitz beidseits sei unauffällig. Darüber hinaus gebe der Explorand chronische Schmerzen und Verspannungen im Bereich der Schulter-Nackenmuskulatur mit Ausstrahlungen in den Kopf und Kopfschmerzen an. Bei der aktuellen Untersuchung sei die HWS in sämtlichen Ebenen frei beweglich. Es fänden sich nur leichtgradige Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur, die die angegebene Schmerzsymptomatik nicht erklärten. Im Bereich der linken Hand zeigten sich nach Teilamputation des dritten bis fünften Fingers im 08/2000 regelrechte postoperative Verhältnisse. Die Stümpfe seien reizlos. Nach Angaben des Exploranden sei er hierdurch nicht relevant eingeschränkt. Für die von Seiten des Bewegungsapparates her geklagten Schmerzen und Funktionseinschränkungen finde sich nur zum Teil ein entsprechendes morphologisches Korrelat.

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen und die eingehende gutachterliche Befunderhebung (s. S. 55 f. des Gutachtens) vermag sodann auch die nachfolgende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie des Zumutbarkeitsprofils zu überzeugen: Die im Rahmen der letzten Begutachtung im G.\_\_\_\_ am 19. Oktober 2011 durch den

Rheumatologen, Dr. med. V.\_\_\_\_, gestellte Diagnose eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms sei zum damaligen Zeitpunkt korrekt gewesen und decke sich mit der vorliegenden, ebenso mit der wie dort attestiert 100%igen Arbeitsunfähigkeit für schwere und mittelschwere Tätigkeiten und der 80%igen Arbeitsfähigkeit für leichte, adaptierte Tätigkeiten. Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, ohne Einnahme von wirbelbelastenden Zwangshaltungen sei dem Exploranden zumutbar. Aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik und des damit verbundenen erhöhten Pausenbedarfs bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 %. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Flachdachisoleurs sei dem Exploranden seit der TLIF L4/5 im 11/2009 nicht mehr zumutbar. Aus rheumatologischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit seit November 2013 nicht wesentlich verändert.

7.2.2 Am Beweiswert des überzeugenden rheumatologischen Teilgutachtens vermögen sodann auch die nach der Begutachtung ergangenen Berichte nichts zu ändern. Der Beschwerdeführer macht in diesem Zusammenhang geltend, der im Bericht der S.\_\_\_\_ vom 18. Juni 2021 beschriebene Aspekt der Krankheitsentwicklung, wonach eine Irritation durch die Spondylodese LWK 4 bestehe, mit u.a. Schmerzen in der 3. Phase und einer Druckdolenz über der Schraube, sei bislang unberücksichtigt geblieben. Diesbezüglich kann auf die zutreffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin verwiesen werden. So wurde im genannten Bericht ausgeführt, dass weiterhin reizloses und orthotopes Osteosynthesematerial ohne Hinweis auf Lockerung oder Dislokation vorliege. Auch sei aktuell kein Hinweis auf eine höhergradige Stenosierung von Spinalkanal oder Neuroforamina von BWK12/LWK1 bis LWK5/SWK1 auszumachen. Es habe sich lediglich eine Irritation durch die Spondylodese Höhe LWK4 gefunden. Diese erscheint denn auch nicht geeignet, eine andere Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zu begründen. Zudem wurde in dem erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2022 (Beschwerdebeilage 4) festgehalten, das CT schliesse nun eine Schraubenfehlage oder eine Schraubenlockerung definitiv aus und bestätige die erfolgreiche ossäre Fusion L4/5. Im Übrigen vermögen die beiden Berichte von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2022 und 14. April 2022 (Beschwerdebeilagen 4 und 5) keine seit der Begutachtung eingetretene Verschlechterung zu begründen. Die von Dr. med. M.\_\_\_\_ diagnostizierte Spondylarthrose L3/4 wurde als Facettengelenksarthrose L3/4 bereits vor der Begutachtung diagnostiziert (s. u.a. Bericht des Q.\_\_\_\_, Wirbelsäulenchirurgie, vom 5. November 2019; IV-Nr. 295, S. 4). Einzig der von Dr. med. M.\_\_\_\_ geäußerte Verdacht, dass die Spondylarthrose symptomatisch sein solle, ist neu. Aber eine Verschlechterung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit seit der Begutachtung 3. März 2021 ist damit nicht dargetan, auch wenn Dr. med. M.\_\_\_\_ schreibt, die Arthrose sei seit 19. November 2019 progredient. Die vom Beschwerdeführer eventualiter beantragte orthopädische Begutachtung ist somit nicht erforderlich.

7.3 Im internistischen Teilgutachten des G.\_\_\_\_ (IV-Nr. 311.5) führte der Gutachter aus, ganz im Vordergrund der Beschwerdesymptomatik stünden einerseits die lumbalen Rückenschmerzen mit intermittierender Ausstrahlung ins rechte Bein, dann die vom Nacken in den Hinterkopf nach frontal ausstrahlenden Kopfschmerzen sowie der psychische Gesundheitszustand des Exploranden. Zu diesen werde aus rheumatologischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht Stellung bezogen. Ansonsten könnten aus allgemeinmedizinischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

gestellt werden. Diese Schlussfolgerung vermag gestützt auf die internistische Befunderhebung (s. S. 39 des Gutachtens) ebenfalls zu überzeugen.

#### 7.4

7.4.1 Im psychiatrischen Teilgutachten des G. \_\_\_ (IV-Nr. 311.6) hielt der Gutachter hinsichtlich der erhobenen Untersuchungsbefunde fest, beim Beschwerdeführer seien die Schilderungen seiner Beschwerden im Vordergrund gestanden, wobei die Schilderung der Schmerzen sehr diffus gewesen sei. Er habe schnell und viel sowie mit deutlicher und kräftiger Stimme gesprochen, sei auch unterschwellig etwas gereizt gewesen. Die Klage über seine Schmerzen, seine desolante finanzielle Situation, seine fehlenden Perspektiven seien im Vordergrund gestanden. Die Stimmung sei herabgesetzt, klagsam, gelegentlich auch leichtgradig depressiv gewesen. Der Antrieb sei nicht vermindert gewesen. Während der Untersuchung sei der Beschwerdeführer einmal aufgestanden, habe sich etwas bewegt. Der affektive Kontakt zum Untersucher sei distanziert geblieben. Das Denken sei von seinen Klagen über seine somatischen Beschwerden, seine desolante finanzielle Situation, die fehlenden Perspektiven geprägt gewesen. Er habe von einem Lebensüberdruß berichtet, habe sich aber von Suizidgedanken sowie Suizidimpuls distanziert. Der Explorand habe einen wachen Eindruck gemacht, sei bewusstseinsklar gewesen. Der Explorand sei zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert gewesen. Der Explorand habe sich differenziert ausgedrückt. Die im Rahmen der Untersuchung gemachten Beobachtungen und Feststellungen hätten auf durchschnittliche Intelligenzleistungen hingewiesen. Während der Untersuchung habe er keine Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt. Er habe gut auf die gestellten Fragen eingehen können. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Seine Ausführungen seien anschaulich gewesen. Er habe kein Gedankenabreissen, keine Neologismen, keine Gedankenleere gezeigt. In seinen Schilderungen seien keine Hinweise auf überwertige Ideen erkennbar. Wahnhaftes Denken oder Wahnvorstellungen seien nicht vorhanden gewesen. Es habe keine Anhaltspunkte für illusionäre Verkennungen, akustische, optische, olfaktorische oder taktile Halluzinationen gegeben. Der Explorand habe einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person gehabt. Er habe sich gegenüber der Umgebung klar abgrenzen können. Gedankenausbreitung oder Fremdbeeinflussungserlebnisse seien nicht vorhanden gewesen. Der Explorand habe nicht von Zwangsgedanken berichtet. Hinweise auf Zwangshandlungen seien nicht vorhanden gewesen. Er habe nicht über Ängste berichtet und keine Phobien erwähnt. Es hätten keine Hinweise auf Veränderung des Antriebes oder der Stimmung im Tagesverlauf bestanden.

Gestützt auf die vorstehende Befunderhebung vermag sodann auch die gutachterliche Herleitung der Diagnosen zu überzeugen: Der Explorand sei seit Jahren überzeugt davon, aufgrund seiner Beschwerden nicht arbeiten zu können, was sich auch im Rahmen der beruflichen Abklärung gezeigt habe. Diese ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung lasse sich weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht hinreichend objektivieren. Es müsse von einer psychischen Überlagerung der geklagten Beschwerden ausgegangen werden. Es handle sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Der Explorand leide seit Jahren unter einer angespannten finanziellen Situation, sei während Jahren vom Sozialamt unterstützt worden, müsse jetzt von seiner Ehefrau und seinen Kindern unterstützt werden. Er fühle sich daher minderwertig. Er könne sich nichts leisten, müsse die Wünsche seiner Kinder abschlagen, fühle sich als Versager. Er sehe für sich auch keine Perspektiven. Diese Belastungen trügen

zur psychischen Überlagerung der geklagten Beschwerden bei. Der Explorand leide unter leichten depressiven Verstimmungen, da er die jetzige Situation mehr oder weniger als ausweglos erlebe. Mittelgradige oder schwere depressive Verstimmungen lägen nicht vor. Mit Hilfe der Medikamente könne der Explorand einigermassen schlafen. Der Explorand habe berichtet, dass er vor dem Einschlafen seit zwei Wochen tote Menschen sehe. Dabei es handle es sich um Pseudohalluzinationen, es fänden sich keine Hinweise für das Vorhandensein einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Diese Pseudohalluzinationen begründeten weder eine psychiatrische Diagnose noch eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Der Explorand fahre Auto, sei beispielsweise 2019 zusammen mit seiner Tochter im Auto in den Kosovo gefahren. Die Beziehung mit seiner Ehefrau und seinen Kindern sei gut. Er pflege auch regelmässige Kontakte mit seinem Bruder, den Familienangehörigen seiner Ehefrau. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei er gereizt gewesen, gelegentlich leichtgradig depressiv. Neben der Schmerzstörung und der leichtgradig ausgeprägten depressiven Störung könne keine weitere psychiatrische Störung diagnostiziert werden.

#### 7.4.2

7.4.2.1 Sodann führte der psychiatrische Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus, aufgrund der leichtgradig ausgeprägten Depression und der Schmerzstörung bestehe beim Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit eine Einschränkung von 20 % bzw. eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag.

Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

-Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b)Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c)Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2)Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

-gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

-behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 7.4.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass insgesamt von einer leichtgradigen Ausprägung der gestellten Diagnosen auszugehen ist.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, der Explorand befinde sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung, werde antidepressiv behandelt. Die Behandlung sei adäquat. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung, nach der überhaupt keine Arbeit mehr möglich sei, habe sich auch im Rahmen der beruflichen Abklärung bei der H.\_\_\_\_ gezeigt. Diese lasse sich aber weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht hinreichend objektivieren. Diese ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung sei weitgehend invaliditätsfremd und würde sich durch eine psychiatrische Behandlung auch kaum beeinflussen lassen. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine weiteren Behandlungsmöglichkeiten. Durch medizinische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit nicht verbessert werden. Berufliche Massnahmen seien bereits erfolglos durchgeführt worden. Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung sei nicht zu erwarten, dass weitere berufliche Massnahmen Erfolg haben würden. Diese gutachterlichen Ausführungen deuten an sich auf eine Behandlungs- und Eingliederungsresistenz hin. Nachdem dies, wie vom Gutachter nachvollziehbar dargelegt wurde, aber vor allem auf die subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers zurückzuführen ist, sind diese Aspekte invaliditätsfremd, womit bei der Indikatorenprüfung im Resultat nicht von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz auszugehen ist. Im Übrigen haben sich die Gutachter in den vorstehenden Ausführungen ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ■ auch mit den Ergebnissen der beruflichen Abklärung in der H.\_\_\_\_ auseinandergesetzt.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Im vorliegenden Gutachten wurden keine Wechselwirkungen der diagnostizierten Komorbiditäten genannt. Vielmehr geht das diagnostizierte chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom, was das nicht objektivierbare Ausmass der geklagten Schmerzen anbelangt, in der aus psychiatrischer Sicht diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen

Faktoren auf.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person habe. Er habe sich gegenüber der Umgebung klar abgrenzen können. Gedankenausbreitung oder Fremdbeeinflussungserlebnisse seien nicht vorhanden gewesen. Der Beschwerdeführer habe nicht von Zwangsgedanken berichtet und Hinweise auf Zwangshandlungen seien nicht vorhanden gewesen. Ausserdem habe er nicht über Ängste berichtet und keine Phobien erwähnt. Es hätten keine Hinweise auf Veränderung des Antriebs oder der Stimmung im Tagesverlauf bestanden. Zu den sozialen und persönlichen Ressourcen hielt der Gutachter sodann fest, der Explorand lebe zusammen mit seiner Familie, habe mit seiner Ehefrau und den Kindern eine gute Beziehung. Er lebe zurückgezogen, da er sich schäme, weil er keiner Arbeit nachgehe, das Gefühl habe, die anderen Menschen würden sich über ihn lustig machen. Er pflege aber regelmässig Kontakt mit seinen Familienangehörigen. Autofahren sei möglich. Der Explorand sei zusammen mit seiner Familie 2019 im Auto in seine Heimat gefahren. Der Explorand sei belastet durch die Schmerzen, die fehlenden Perspektiven, die angespannte finanzielle Situation. Zusammenfassend liegen demnach beim Beschwerdeführer neben gewissen Einschränkungen überwiegend positive soziale und persönliche Ressourcen vor.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich ist auf das vorgehend unter der Kategorie «funktioneller Schweregrad» Gesagte zu verweisen. Daraus sind zwar gewisse Einschränkungen ersichtlich, das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus ist jedoch nicht gegeben.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp.

-resistenz» Gesagte verwiesen werden, weshalb diesbezüglich von einem mittelgradigen Leidensdruck auszugehen ist.

7.4.2.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 7.4.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag auch die gutachterliche Einschätzung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit zu überzeugen. Ebenso ist die im psychiatrischen Teilgutachten vorgenommene Verlaufsbeurteilung nachvollziehbar. Diesbezüglich führte der Gutachter aus, der Explorand sei bereits zweimal im G.\_\_\_\_ psychiatrisch begutachtet worden. Weder im Gutachten im Jahre 2007 noch im Gutachten im Jahre 2011 sei aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Der Explorand sei 2013 und 2016 während acht Tagen und während fünf Wochen stationär psychiatrisch behandelt worden. Die W.\_\_\_\_ hätten eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine chronische Schmerzstörung und akzentuierte Persönlichkeitszüge. Den Berichten sei zu entnehmen, dass sich die Stimmung des Exploranden im Rahmen der klinischen Behandlung aufgehellt habe, und er in einer stabilen psychischen Verfassung habe entlassen werden können. Der behandelnde Psychiater, Dr. med. I.\_\_\_\_, habe in seinem Bericht vom 9. Mai 2020 eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Bauhilfsarbeiter und eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit für Verweistätigkeiten attestiert. Der Explorand stehe seit 09/2018 in Behandlung beim Psychiater. Die gedrückte Stimmung, eine gewisse Freudlosigkeit und ein Interessenverlust hätten auch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden können. Der Explorand habe berichtet, dass er regelmässig während ca. zehn bis zwölf Stunden im Bett liege, danach aufwache und je nachdem am Morgen, wenn er zu viele Medikamente eingenommen habe, noch müde sei. Der Explorand leide vor allem unter der angespannten finanziellen Situation, sehe für sich keine Perspektiven, fühle sich als Versager, da er seiner Familie vom Finanziellen her nichts bieten könne. Er habe einen aktiven Eindruck gemacht, habe viel geredet, es hätten keine Antriebsstörungen vorgelegen. Der Explorand habe nicht von Impulsdurchbrüchen berichtet und habe gelegentlich eine gewisse Reizbarkeit erwähnt, weil er sich minderwertig fühle, keine Perspektiven sehe. Der Explorand habe kein Misstrauen gezeigt, die Konzentrationsfähigkeit sei nicht vermindert. Die Auffassung sei uneingeschränkt gewesen. Eine Ermüdung habe nicht festgestellt werden können. Die depressiven Verstimmungen seien leichtgradig ausgeprägt. Es fänden sich keine Hinweise, dass der Explorand jemals während längerer Zeit unter mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden gelitten hätte. 12/2013 sei er erstmals stationär psychiatrisch behandelt worden. Die Behandlungen seien in der Regel von kurzer Dauer gewesen, der Explorand habe im verbesserten Zustand aus der Klinik entlassen werden können. Es fänden sich somit keine Hinweise für das Vorhandensein einer langanhaltenden, ausgeprägten depressiven Störung. Aufgrund der Depressionen bestehe seit 12/2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Diese Verlaufsbeurteilung wird sodann auch dadurch gestützt, dass das Versicherungsgericht mit den Urteilen vom 5. Dezember 2016 (VSBES.2016.140; IV-Nr. 240) und vom 24. Juli 2017 (VSBES.2018.251; IV-Nr. 268) jeweils zum Schluss kam, eine relevante gesundheitliche Verschlechterung sei im Vergleich zur letzten rentenabweisenden Verfügung vom 7.

November 2013 ■ in diesem Zeitpunkt wurde keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt ■ nicht glaubhaft gemacht worden. Zudem legte der psychiatrische Gutachter vorstehend einleuchtend dar, inwiefern und weshalb er im Vergleich zu den Berichten des behandelnden Psychiaters, Dr. med. I.\_\_\_\_, zu anderen Befunden und Diagnosen kam.

7.4.2.3 Auf das beweiswertige psychiatrische Gutachten des G.\_\_\_\_ kann somit abgestellt werden. Den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermögen auch die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen nicht zu vermindern. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist die vom psychiatrischen Gutachter gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nachvollziehbar, zumal diese Diagnose bereits in den Austrittsberichten der Psychiatrischen Dienste vom 30. Dezember 2013 (IV-Nr. 207, S. 9) und 15. Januar 2016 (IV-Nr. 225, S. 3) gestellt wurde. Sodann ist es dem Gutachter überlassen, ob er es für notwendig erachtet, mit den behandelnden Ärzten des Beschwerdeführers Rücksprache zu nehmen. Die diesbezügliche Rüge des Beschwerdeführers ist somit nicht weiterführend. Des Weiteren hat sich der psychiatrische Gutachter durchaus mit der Einschätzung von Dr. med. I.\_\_\_\_ auseinandergesetzt. Er legte in seinem Gutachten dar, dass er die von Dr. med. I.\_\_\_\_ erhobenen Befunde nur teilweise und nicht im gleichen Ausmass erheben konnte. In diesem Zusammenhang ist zudem einerseits der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, was den Beweiswert der Beurteilung von Dr. med. I.\_\_\_\_ entsprechend reduziert (BGE 125 V 353 E. 3b/cc; 9C\_114/2007 E. 3.2.3 mit weiteren Hinweisen). Andererseits ist zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei ist. Sie eröffnet der begutachtenden psychiatrischen Fachperson deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern lege artis vorgegangen worden ist, was beim vorliegenden psychiatrischen Teilgutachten zu bejahen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag geht es nicht an, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnde Ärzteschaft nachträglich zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangt oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhält. Anders verhält es sich lediglich, wenn die behandelnden Ärztinnen und Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteile 8C\_913/2013 vom 11. April 2014 E. 4.4.3, 8C\_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.2 und 8C\_567/2010 vom 19. November 2010 E. 3.2.2). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Wie vorstehend ausgeführt wurde, vermag das psychiatrische Teilgutachten zu überzeugen, weshalb im Lichte der obigen Ausführungen auf dieses abgestellt werden kann. Die vom Beschwerdeführer eventualiter beantragte psychiatrische Begutachtung ist somit nicht notwendig.

7.5 Gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der G.\_\_\_\_-Gutachter zu überzeugen, wonach sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit seit der letzten rentenabweisenden Verfügung vom 7. November 2013 nicht wesentlich verändert habe. Dem Beschwerdeführer sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Flachdachisoleurs seit 2009 nicht mehr zumutbar. Eine

körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen sei dem Exploranden in einem Pensum von 80 % zumutbar. Es sei davon auszugehen, dass die aktuellen Angaben zur Arbeitsfähigkeit unverändert seit 2011 gälten.

Auf das beweismässige G.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. März 2021 ist somit abzustellen.

## **E. 5**

Tinnitus (ICD-10 H93.1) Aus Sicht des Bewegungsapparates könnten die vom Exploranden beklagten Beschwerden nur zum Teil objektiviert werden. Es bestehe ein organischer Kern der Schmerzsymptomatik bei chronischem lumbospondylothem Schmerzsyndrom rechtsbetont und Status nach zweimaligen Wirbelsäuleneingriffen 2007 und 2009. Klinisch und kernspintomographisch habe sich im MRI vom 11/2019 jedoch ein regelrechter postoperativer Befund gezeigt. Zudem könne die Diagnose eines Status nach traumatischer Amputation im DIP-Gelenk Dig III bis V links nach Arbeitsunfall im 08/2000 gestellt werden. Während der rheumatologischen Untersuchung hätten sich Inkonsistenzen gezeigt, indem zum Beispiel bei der Überprüfung des Lasègue im Liegen beide Beine bis 40° hätten angehoben werden können, die Überprüfung des Lasègue im Langsitz sei aber beidseits unauffällig. Zudem seien die weiteren Waddell-Zeichen als Hinweise für das Vorliegen einer psychischen Überlagerung positiv prüfbar. Die vom Exploranden angegebene Schmerzproblematik im Nacken und Hinterkopf mit Ausstrahlung nach frontal wirke sich sowohl gemäss rheumatologischer wie auch neurologischer Beurteilung nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden sei gemäss aktueller psychiatrischer Beurteilung eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren verantwortlich. Daneben bestehe eine aktuell leichte depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung. Die vom Exploranden berichteten Erscheinungen, wonach er vor dem Einschlafen tote Menschen sehe, seien als Pseudohalluzinationen zu werten und begründeten aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Insgesamt bestehe aus psychiatrischer Sicht eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus allgemeininternistischer Sicht könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aufgrund der verminderten Belastbarkeit des unteren Achsenskelettes seien sämtliche körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten für den Exploranden ungeeignet. Zudem bestehe aufgrund der chronischen Schmerzstörung und der leichten depressiven Episode eine verminderte Durchhaltefähigkeit. Aus interdisziplinärer Sicht sei dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Flachdachisoleurs seit 2009 nicht mehr zumutbar. Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen sei dem Exploranden in einem Pensum von 80 % zumutbar. Es sei davon auszugehen, dass die aktuellen Angaben zur Arbeitsfähigkeit unverändert seit 2011 gälten. 6.2.8 Mit Stellungnahme vom 6. April 2021 (IV-Nr. 318, S. 5) führte Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, bei der letzten psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. J.\_\_\_\_, G.\_\_\_\_, könnten aus psychiatrischer Sicht die angeführte Anamneseerhebung, die Untersuchung und diagnostischen Überlegungen grösstenteils unterstützt werden. Andererseits sei es unverständlich, weshalb der Begutachter die zugestellten Unterlagen unterschätze und die gestellten Diagnosen (rezidivierende depressive Störung ggw. mittelgradigen Ausmasses) nicht berücksichtige. Dr. med. J.\_\_\_\_ habe eine rezidivierende depressive Störung, ggw.

leichtgradige Episode (F33.0) und chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) diagnostiziert, er berücksichtige aber nicht den Verlauf anhand der ihm zugestellten Unterlagen. Was den Psychostatus und die Gesamtbeurteilung von Dr. med. J. \_\_\_ anbelange, so könne er, Dr. med. I. \_\_\_, diese grösstenteils bestätigen, jedoch habe Dr. med. J. \_\_\_ einige Befunde als milder und harmloser interpretiert, entgegen der Realsituation. Aus der Sicht von Dr. med. I. \_\_\_ sei in der Gesamtschau eine klare Verschlechterung des psychischen Zustandes klar objektivierbar und zurzeit bestehe mindestens eine mittelgradige depressive Episode. Die psychische Belastbarkeit erscheine deutlich herabgesetzt, dies zeige sich in einer verminderten Adaptationsfähigkeit zur Bewältigung von Belastungssituationen oder Veränderungen; die verminderte Belastbarkeit lasse sich mit dem Antriebsmangel und der verminderten Stressresistenz begründen. Er leide auch unter depressiven Verstimmungen, er fühle sich minderwertig und leistungsunfähig, zeige einen sozialen Rückzug, sei freudlos, habe wenig Zukunftsperspektiven. Er meide die Kontakte, da er seine Situation verheimlichen möchte, nicht über seine Beschwerden sprechen möchte. Er schäme sich auch für seinen Zustand, ziehe sich zurück. Der Beschwerdeführer habe sich wegen der Körpereinschränkungen und affektiven Beschwerden aus jeglicher Tätigkeit im Alltagsleben zurückgezogen. Er sei im Gespräch bei den Konsultationen deutlich verlangsamt, angespannt und berichte regelmässig über ein Schweregefühl im Rücken, begleitet von Kopf- und Muskelschmerzen. Er sei psychisch vermindert belastbar. Bezüglich der Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren, emotional instabilen und histrionischen Zügen könnten die entsprechenden charakterneurotischen Persönlichkeitszüge (Trennung der Familie im Kosovo vor Jahren, der daraus resultierende Leidensdruck, die Kränkung durch den Verlust der Arbeitsfähigkeit) abgeleitet werden. Bei den Untersuchungssitzungen habe klar objektiviert werden können, wie der Beschwerdeführer seine Affekte und emotionalen Konflikte somatisiere und nicht verbal zum Ausdruck bringen könne. Des Weiteren seien Affekte und innerliche Konflikte in der Darstellung und in der Ausprägung histrionisch, er verlange dadurch nach Anerkennung seiner Beschwerden durch die Familie und setze sich damit in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Insgesamt bestehe beim Beschwerdeführer weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Bau-Hilfsarbeiter und aufgrund der beschriebenen, funktionsbedingten Beeinträchtigungen, dem Ausprägungsgrad der Beschwerden und Befunde sowie den Beeinträchtigungen der innerpsychischen Ressourcen sowie in Anbetracht der Kombination einer depressiven Störung mit einer Schmerzproblematik beim Verdacht der beschriebenen Persönlichkeitsakzentuierung, müsse aus psychiatrischer Sicht von einer 60%igen Arbeits- / Leistungsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ausgegangen werden. Die langanhaltende Arbeitsabstinenz und die chronische Schmerzsymptomatik verschlechtere die Prognose für einen Wiedereingliederungsprozess (das angefangene Belastungstraining bei der H. \_\_\_ in [...] habe er wegen Beschwerden abbrechen müssen). Des Weiteren beeinflusse diese die chronische Depression negativ. Die chronifizierte Krankheitsentwicklung mit permanent vorhandener Schmerzsymptomatik, meistens mit wechselhafter Intensität, führe zur Beeinträchtigung des familiären Zusammenlebens und stehe wiederum in negativer Wechselwirkung mit der Depression des Beschwerdeführers. Dadurch sei die Belastungsresistenz herabgesetzt. 6.2.9 Im Bericht vom 18. Juni 2021 (IV-Nr. 326, S. 2) hielt Dr. med. P. \_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie FMH, L. \_\_\_, bezüglich des MRI LWS vom 27. April 2021 folgende Beurteilung fest: «Vergleichend zum 19. November 2019 bei Status nach transpedikulärer Spondylodese LWK4 und LWK5 mit

Cage-Anlage weiterhin reizloses und orthotopes Osteosynthesematerial ohne Hinweis auf Lockerung oder Dislokation. Ossäre Integration des Cages im höhengeminderten Bandscheibenfach. Bekannte Retrospondylose. Aktuell kein Hinweis auf höhergradige Stenose von Spinalkanal oder Neuroforamina von BWK12/LWK1 bis LWK5/SWK1. Die Chondrose in LWK3/4 nimmt im Verlauf minimal zu, das Diskusbulging ist unverändert und weiterhin nicht neurokompressiv. Weiterhin keine Myelopathie. Keine Gefügestörung oder Zeichen der Instabilität. Keine offensichtliche Affektion der erfassten Facettengelenke. Kein Infekthinweis.» Weiter führte Dr. med. P.\_\_\_\_ aus, insgesamt falle es ihr schwer, den Beschwerdeführer hinsichtlich seines Leidensdrucks und der Schmerzausmasse zu beurteilen, welcher ja auch ein subjektiver sei. In ihrer Untersuchung habe sich lediglich eine Irritation durch die Spondylodese Höhe LWK 4 ergebe. Der Beschwerdeführer müsste mit einem Neurochirurgen besprechen, inwieweit es Sinn mache, die Schraube zu entfernen. Es bestehe sicherlich ein Risiko, dass nach Entfernung der Spondylodese eine Instabilitätsproblematik in dem Segment entstehe, welche dann wieder zu Schmerz-ausstrahlungen in den Beinen führen könne. 6.2.10 Im Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie FMH, vom 22. Februar 2022 (Beschwerdebeilage 4) wurden folgende Diagnosen gestellt: Chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei; - Fortgeschrittene Spondylarthrose L3/4 links, mässige Spondylarthrose L3/4 rechts, leichte Osteochondrose L3/4 mit breitbasigem Diskusbulging, segmentale Überbeweglichkeit L3/4 und leichte, linksbetonte Rezessusstenosen L3/4 - St.n. Re-Dekompression und TLIF L4/5 rechts und transpedikuläre Spondylodese L4/5 beidseits 2009, fecit Dr. med. T.\_\_\_\_ - St.n. mikrochirurgischer Sequestrektomie L4/5 rechts mit X-Tube am 3. April 2007, fecit Dr. med. T.\_\_\_\_ - Lumbosakrale Übergangsanomalie Castellvi Typ I II B, Übergangswirbel L5 MRI und CT zeigten eine eindruckliche, weit fortgeschrittene Spondylarthrose L3/4 links, mässiggradig rechts, was mit den links-dominanten lumbalen Rückenschmerzen gut korreliere. Die Spondylarthrose L3/4 sei auf beiden Seiten im Vergleich zum MRI vom 19. November 2019 klar progredient. Die bekannte Diskopathie L3/4 zeige sich im Wesentlichen stationär, wobei sich der rechtsseitige Anulusriss zwischenzeitlich erholt habe. Das CT schliesse nun eine Schraubenfehlage oder eine Schraubenlockerung definitiv aus und bestätige die erfolgreiche ossäre Fusion L4/5. Damit seien die langjährigen postoperativen Schmerzen nachweislich nicht durch die Instrumentation L4/5 bedingt. Es sei nun als nächste Massnahme die Durchführung einer Infiltration der Fazettengelenke L3/4 beidseits und epidural L3/4 links besprochen worden. Ein klar positives Ansprechen würde die Verdachtsdiagnose erhärten. 6.2.11 Im Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie FMH, vom 14. April 2022 (Beschwerdebeilage 5) wurde ausgeführt, die Infiltration der Fazettengelenke L3/4 beidseits und die epidurale Infiltration L3/4 links vor sechs Wochen habe dem Beschwerdeführer eine eindruckliche Schmerzfreiheit gebracht, wie er sie seit Jahren nicht mehr gekannt habe. Keine zuvor durchgeführte Therapie oder Infiltration habe auch nur eine annähernde Wirkung gebracht. Seit einer Woche seien die altbekannten Schmerzen zurückgekehrt. Dieses eindruckliche Ansprechen auf die infiltrative Behandlung unterstütze den ohnehin schon hochgradigen Verdacht auf das Vorliegen einer symptomatischen Spondylarthrose L3/4 links. Da die konservativen Massnahmen nicht annähernd zu einem befriedigenden Ergebnis geführt hätten und die Schmerzen über Jahre hinweg persistierten, bestehe die relative Operationsindikation zur Stabilisierung des Segmentes L3/4 im Sinne einer Verlängerung der transpedikulären Spondylodese L3-5 beidseits und TLIF L3/4 von links. Alternativ könnte die Infiltration wiederholt werden, längerfristig allerdings unter Beachten von 3-monatigen

Mindestabständen. 7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre G.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. März 2021 (IV-Nr. 311.2), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. 7.1 Im neurologischen Teilgutachten des G.\_\_\_\_ (IV-Nr. 311.8) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer leide seiner Darstellung zufolge seit 20 Jahren unter starken Rückenschmerzen, weswegen er seither auch nicht mehr berufstätig sein könne. Eine detaillierte Wiederholung der Anamnese sei an dieser Stelle nicht nötig, es könne verwiesen werden auf die beiden Gutachten des G.\_\_\_\_ von 2007 und 2011 wie auch die hierin integrierten neurologischen Teilgutachten. Eine wesentliche Änderung der Beschwerden werde seither nicht berichtet, er fühle sich nach wie vor durch die Rückenschmerzen massiv eingeschränkt und leistungsunfähig. Neuere neurologische Abklärungen oder Behandlungen würden nicht angegeben und seien auch nicht in den Akten enthalten. Zu nennen sei lediglich der Bericht des Neurochirurgen, Dr. R.\_\_\_\_, vom 25. November 2019, S.\_\_\_\_, [...] in [...], welcher aufgrund einer erneuten Bildgebung eine Anschlussdegeneration, Steilstellung der LWS mit fast völliger Aufhebung der Lordose und Diskusprotrusion L3/4 aufführe. Im Befund würden keine Paresen, keine Seitendifferenzen, differente Lasègues und multiple Schmerzen genannt. Letztlich werde von einem LWS-Syndrom nach Diskektomie und Spondylodese ausgegangen, zusätzlich auch von einem Spannungs- und migräniformen Kopfschmerz. Die aktuelle Untersuchung zeige nun einen in objektiver Hinsicht unauffälligen neurologischen Status. Die Reflexe seien seitengleich erhältlich, keine Störungen der Trophik oder Motorik. Die angegebene subjektive Hypästhesie am rechten Unterschenkel könne keinem Dermatome zugeordnet werden, es fänden sich keine Wurzelreizeichen. Zusätzlich sei von einem Mischkopfschmerz auszugehen, welcher Spannungskopfschmerz- und Migränekomponenten sowie aber auch eine Schmerzmittelübergebrauchskomponente umfasse. Betreffs der Kopfschmerzen und der wahrscheinlichen Schmerzmittelübergebrauchskomponente sei eine Reduktion der Schmerzmittel notwendig. So habe der Hausarzt Dr. med. U.\_\_\_\_ bereits 2017 den Verdacht auf ein medikamenteninduziertes Kopfwegh geäussert. Betreffs einer möglichen Migränekomponente wäre bei der angegebenen Häufung der Schmerzen eine prophylaktische Behandlung naheliegend, bei der vom Hausarzt mitgenannten hypertonen Blutdrucklage vorzugsweise mit einem Betablocker. Weiterer Handlungsbedarf bestehe nicht. Die Beurteilung des degenerativen Anteils des LWS-Syndroms falle in den rheumatologischen Teil dieses Gutachtens. Anhaltspunkte für eine neurale Beteiligung lägen nicht vor. Das beklagte Ausmass der Schmerzen könne organisch-neurologisch nicht erklärt werden. Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen vermag auch die Schlussfolgerung des neurologischen Gutachters zu überzeugen, wonach körperlich leichte Tätigkeiten ohne Rückenbelastung mit der Gelegenheit zu Stellungswechseln dem Beschwerdeführer vollzeitlich zumutbar seien. 7.2 7.2.1 Im rheumatologischen Teilgutachten des G.\_\_\_\_ (IV-Nr. 311.7) führte die Gutachterin aus, bei der aktuellen gutachterlichen Untersuchung habe der Explorand weiterhin über Dauerschmerzen im Lumbalbereich mit ischialgieformiger Ausstrahlung in beide Beine, rechtsbetont, geklagt. Die Beschwerden würden bei Belastung deutlich zunehmen. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich eine reizlose Operationsnarbe. Die Beweglichkeit der LWS sei in sämtlichen Ebenen schmerzbedingt deutlich eingeschränkt, wobei vor allem die Reklination beschwerdeverstärkend wirke. Es zeige sich eine myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen, die für die Beschwerdesymptomatik mitverantwortlich seien. Gegen die vom Exploranden angegebene

chronische Schmerzsymptomatik spreche, dass der Kibler'sche Hautfaltentest, der für eine chronische schmerzbedingte Verspannung der darunterliegenden Muskulatur spreche, negativ sei. Die Zeichen nach Waddell, die für eine psychische Überlagerung sprächen, seien ebenfalls positiv. So könnten bei der Überprüfung des Lasègue im Liegen beide Beine lediglich bis 40° angehoben werden. Ab dann gebe der Explorand deutliche Schmerzen im Lumbalbereich an und spanne muskulär dagegen. Die Überprüfung des Lasègue im Langsitz beidseits sei unauffällig. Darüber hinaus gebe der Explorand chronische Schmerzen und Verspannungen im Bereich der Schulter-Nackermuskulatur mit Ausstrahlungen in den Kopf und Kopfschmerzen an. Bei der aktuellen Untersuchung sei die HWS in sämtlichen Ebenen frei beweglich. Es fänden sich nur leichtgradige Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur, die die angegebene Schmerzsymptomatik nicht erklärten. Im Bereich der linken Hand zeigten sich nach Teilamputation des dritten bis fünften Fingers im 08/2000 regelrechte postoperative Verhältnisse. Die Stümpfe seien reizlos. Nach Angaben des Exploranden sei er hierdurch nicht relevant eingeschränkt. Für die von Seiten des Bewegungsapparates her geklagten Schmerzen und Funktionseinschränkungen finde sich nur zum Teil ein entsprechendes morphologisches Korrelat. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen und die eingehende gutachterliche Befunderhebung (s. S. 55 f. des Gutachtens) vermag sodann auch die nachfolgende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie des Zumutbarkeitsprofils zu überzeugen: Die im Rahmen der letzten Begutachtung im G. \_\_\_ am 19. Oktober 2011 durch den Rheumatologen, Dr. med. V. \_\_\_, gestellte Diagnose eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms sei zum damaligen Zeitpunkt korrekt gewesen und decke sich mit der vorliegenden, ebenso mit der wie dort attestiert 100%igen Arbeitsunfähigkeit für schwere und mittelschwere Tätigkeiten und der 80%igen Arbeitsfähigkeit für leichte, adaptierte Tätigkeiten. Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, ohne Einnahme von wirbelbelastenden Zwangshaltungen sei dem Exploranden zumutbar. Aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik und des damit verbundenen erhöhten Pausenbedarfs bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 %. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Flachdachisoleurs sei dem Exploranden seit der TLIF L4/5 im 11/2009 nicht mehr zumutbar. Aus rheumatologischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit seit November 2013 nicht wesentlich verändert.

7.2.2 Am Beweiswert des überzeugenden rheumatologischen Teilgutachtens vermögen sodann auch die nach der Begutachtung ergangenen Berichte nichts zu ändern. Der Beschwerdeführer macht in diesem Zusammenhang geltend, der im Bericht der S. \_\_\_ vom 18. Juni 2021 beschriebene Aspekt der Krankheitsentwicklung, wonach eine Irritation durch die Spondylodese LWK 4 bestehe, mit u.a. Schmerzen in der 3. Phase und einer Druckdolenz über der Schraube, sei bislang unberücksichtigt geblieben. Diesbezüglich kann auf die zutreffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin verwiesen werden. So wurde im genannten Bericht ausgeführt, dass weiterhin reizloses und orthotopes Osteosynthesematerial ohne Hinweis auf Lockerung oder Dislokation vorliege. Auch sei aktuell kein Hinweis auf eine höhergradige Stenosierung von Spinalkanal oder Neuroforamina von BWK12/LWK1 bis LWK5/SWK1 auszumachen. Es habe sich lediglich eine Irritation durch die Spondylodese Höhe LWK4 gefunden. Diese erscheint denn auch nicht geeignet, eine andere Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zu begründen. Zudem wurde in dem erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. med. M. \_\_\_ vom 22. Februar 2022 (Beschwerdebeilage 4) festgehalten, das CT schliesse nun eine Schraubenfehlage oder eine Schraubenlockerung definitiv aus und bestätige die erfolgreiche ossäre Fusion L4/5. Im Übrigen vermögen die beiden Berichte von Dr. med.

M.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2022 und 14. April 2022 (Beschwerdebeilagen 4 und 5) keine seit der Begutachtung eingetretene Verschlechterung zu begründen. Die von Dr. med. M.\_\_\_\_ diagnostizierte Spondylarthrose L3/4 wurde als Facettengelenksarthrose L3/4 bereits vor der Begutachtung diagnostiziert (s. u.a. Bericht des Q.\_\_\_\_, Wirbelsäulenchirurgie, vom 5. November 2019; IV-Nr. 295, S. 4). Einzig der von Dr. med. M.\_\_\_\_ geäußerte Verdacht, dass die Spondylarthrose symptomatisch sein solle, ist neu. Aber eine Verschlechterung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit seit der Begutachtung 3. März 2021 ist damit nicht dargetan, auch wenn Dr. med. M.\_\_\_\_ schreibt, die Arthrose sei seit 19. November 2019 progredient. Die vom Beschwerdeführer eventualiter beantragte orthopädische Begutachtung ist somit nicht erforderlich.

7.3 Im internistischen Teilgutachten des G.\_\_\_\_ (IV-Nr. 311.5) führte der Gutachter aus, ganz im Vordergrund der Beschwerdesymptomatik stünden einerseits die lumbalen Rückenschmerzen mit intermittierender Ausstrahlung ins rechte Bein, dann die vom Nacken in den Hinterkopf nach frontal ausstrahlenden Kopfschmerzen sowie der psychische Gesundheitszustand des Exploranden. Zu diesen werde aus rheumatologischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht Stellung bezogen. Ansonsten könnten aus allgemeinmedizinischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Diese Schlussfolgerung vermag gestützt auf die internistische Befunderhebung (s. S. 39 des Gutachtens) ebenfalls zu überzeugen.

7.4 7.4.1 Im psychiatrischen Teilgutachten des G.\_\_\_\_ (IV-Nr. 311.6) hielt der Gutachter hinsichtlich der erhobenen Untersuchungsbefunde fest, beim Beschwerdeführer seien die Schilderungen seiner Beschwerden im Vordergrund gestanden, wobei die Schilderung der Schmerzen sehr diffus gewesen sei. Er habe schnell und viel sowie mit deutlicher und kräftiger Stimme gesprochen, sei auch unterschwellig etwas gereizt gewesen. Die Klage über seine Schmerzen, seine desolante finanzielle Situation, seine fehlenden Perspektiven seien im Vordergrund gestanden. Die Stimmung sei herabgesetzt, klagsam, gelegentlich auch leichtgradig depressiv gewesen. Der Antrieb sei nicht vermindert gewesen. Während der Untersuchung sei der Beschwerdeführer einmal aufgestanden, habe sich etwas bewegt. Der affektive Kontakt zum Untersucher sei distanziert geblieben. Das Denken sei von seinen Klagen über seine somatischen Beschwerden, seine desolante finanzielle Situation, die fehlenden Perspektiven geprägt gewesen. Er habe von einem Lebensüberdruß berichtet, habe sich aber von Suizidgedanken sowie Suizidimpuls distanziert. Der Explorand habe einen wachen Eindruck gemacht, sei bewusstseinsklar gewesen. Der Explorand sei zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert gewesen. Der Explorand habe sich differenziert ausgedrückt. Die im Rahmen der Untersuchung gemachten Beobachtungen und Feststellungen hätten auf durchschnittliche Intelligenzleistungen hingewiesen. Während der Untersuchung habe er keine Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt. Er habe gut auf die gestellten Fragen eingehen können. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Seine Ausführungen seien anschaulich gewesen. Er habe kein Gedankenabreissen, keine Neologismen, keine Gedankenleere gezeigt. In seinen Schilderungen seien keine Hinweise auf überwertige Ideen erkennbar. Wahnhaftes Denken oder Wahnvorstellungen seien nicht vorhanden gewesen. Es habe keine Anhaltspunkte für illusionäre Verkennungen, akustische, optische, olfaktorische oder taktile Halluzinationen gegeben. Der Explorand habe einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person gehabt. Er habe sich gegenüber der Umgebung klar abgrenzen können. Gedankenausbreitung oder Fremdbeeinflussungserlebnisse seien nicht vorhanden gewesen. Der Explorand habe nicht von Zwangsgedanken berichtet. Hinweise auf Zwangshandlungen seien nicht vorhanden gewesen. Er habe nicht über Ängste berichtet

und keine Phobien erwähnt. Es hätten keine Hinweise auf Veränderung des Antriebes oder der Stimmung im Tagesverlauf bestanden. Gestützt auf die vorstehende Befunderhebung vermag sodann auch die gutachterliche Herleitung der Diagnosen zu überzeugen: Der Explorand sei seit Jahren überzeugt davon, aufgrund seiner Beschwerden nicht arbeiten zu können, was sich auch im Rahmen der beruflichen Abklärung gezeigt habe. Diese ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung lasse sich weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht hinreichend objektivieren. Es müsse von einer psychischen Überlagerung der geklagten Beschwerden ausgegangen werden. Es handle sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Der Explorand leide seit Jahren unter einer angespannten finanziellen Situation, sei während Jahren vom Sozialamt unterstützt worden, müsse jetzt von seiner Ehefrau und seinen Kindern unterstützt werden. Er fühle sich daher minderwertig. Er könne sich nichts leisten, müsse die Wünsche seiner Kinder abschlagen, fühle sich als Versager. Er sehe für sich auch keine Perspektiven. Diese Belastungen trügen zur psychischen Überlagerung der geklagten Beschwerden bei. Der Explorand leide unter leichten depressiven Verstimmungen, da er die jetzige Situation mehr oder weniger als ausweglos erlebe. Mittelgradige oder schwere depressive Verstimmungen lägen nicht vor. Mit Hilfe der Medikamente könne der Explorand einigermassen schlafen. Der Explorand habe berichtet, dass er vor dem Einschlafen seit zwei Wochen tote Menschen sehe. Dabei es handle es sich um Pseudohalluzinationen, es fänden sich keine Hinweise für das Vorhandensein einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Diese Pseudohalluzinationen begründeten weder eine psychiatrische Diagnose noch eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Der Explorand fahre Auto, sei beispielsweise 2019 zusammen mit seiner Tochter im Auto in den Kosovo gefahren. Die Beziehung mit seiner Ehefrau und seinen Kindern sei gut. Er pflege auch regelmässige Kontakte mit seinem Bruder, den Familienangehörigen seiner Ehefrau. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei er gereizt gewesen, gelegentlich leichtgradig depressiv. Neben der Schmerzstörung und der leichtgradig ausgeprägten depressiven Störung könne keine weitere psychiatrische Störung diagnostiziert werden.

7.4.2 7.4.2.1 Sodann führte der psychiatrische Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus, aufgrund der leichtgradig ausgeprägten Depression und der Schmerzstörung bestehe beim Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit eine Einschränkung von 20 % bzw. eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag. Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine

ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 7.4.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass insgesamt von einer leichtgradigen Ausprägung der gestellten Diagnosen auszugehen ist. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, der Explorand befinde sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung, werde antidepressiv behandelt. Die Behandlung sei adäquat. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung, nach der überhaupt keine Arbeit mehr möglich sei, habe sich auch im Rahmen der beruflichen Abklärung bei der H. \_\_\_ gezeigt. Diese lasse sich aber weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht hinreichend objektivieren. Diese ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung sei weitgehend invaliditätsfremd und würde sich durch eine psychiatrische Behandlung auch kaum beeinflussen lassen. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine weiteren Behandlungsmöglichkeiten. Durch medizinische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit nicht verbessert werden. Berufliche Massnahmen seien bereits erfolglos durchgeführt worden. Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung sei nicht zu erwarten, dass weitere berufliche Massnahmen Erfolg haben würden. Diese gutachterlichen Ausführungen deuten an sich auf eine Behandlungs- und Eingliederungsresistenz hin. Nachdem dies, wie vom Gutachter nachvollziehbar dargelegt wurde, aber vor allem auf die subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers zurückzuführen ist, sind diese Aspekte invaliditätsfremd, womit bei der Indikatorenprüfung im Resultat nicht von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz auszugehen ist. Im Übrigen haben sich die Gutachter in den vorstehenden Ausführungen – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – auch mit den Ergebnissen der beruflichen Abklärung in der H. \_\_\_ auseinandergesetzt. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Im vorliegenden Gutachten wurden keine Wechselwirkungen der diagnostizierten Komorbiditäten genannt. Vielmehr geht das diagnostizierte chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom, was das nicht objektivierbare Ausmass der geklagten Schmerzen anbelangt, in der aus psychiatrischer

Sicht diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auf. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person habe. Er habe sich gegenüber der Umgebung klar abgrenzen können. Gedankenausbreitung oder Fremdbeeinflussungserlebnisse seien nicht vorhanden gewesen. Der Beschwerdeführer habe nicht von Zwangsgedanken berichtet und Hinweise auf Zwangshandlungen seien nicht vorhanden gewesen. Ausserdem habe er nicht über Ängste berichtet und keine Phobien erwähnt. Es hätten keine Hinweise auf Veränderung des Antriebs oder der Stimmung im Tagesverlauf bestanden. Zu den sozialen und persönlichen Ressourcen hielt der Gutachter sodann fest, dass der Explorand lebe zusammen mit seiner Familie, habe mit seiner Ehefrau und den Kindern eine gute Beziehung. Er lebe zurückgezogen, da er sich schäme, weil er keiner Arbeit nachgehe, das Gefühl habe, die anderen Menschen würden sich über ihn lustig machen. Er pflege aber regelmässig Kontakt mit seinen Familienangehörigen. Autofahren sei möglich. Der Explorand sei zusammen mit seiner Familie 2019 im Auto in seine Heimat gefahren. Der Explorand sei belastet durch die Schmerzen, die fehlenden Perspektiven, die angespannte finanzielle Situation. Zusammenfassend liegen demnach beim Beschwerdeführer neben gewissen Einschränkungen überwiegend positive soziale und persönliche Ressourcen vor. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich ist auf das vorgehend unter der Kategorie «funktioneller Schweregrad» Gesagte zu verweisen. Daraus sind zwar gewisse Einschränkungen ersichtlich, das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus ist jedoch nicht gegeben. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden, weshalb diesbezüglich von einem mittelgradigen Leidensdruck

auszugehen ist. 7.4.2.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 7.4.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag auch die gutachterliche Einschätzung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit zu überzeugen. Ebenso ist die im psychiatrischen Teilgutachten vorgenommene Verlaufsbeurteilung nachvollziehbar. Diesbezüglich führte der Gutachter aus, der Explorand sei bereits zweimal im G.\_\_\_\_ psychiatrisch begutachtet worden. Weder im Gutachten im Jahre 2007 noch im Gutachten im Jahre 2011 sei aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Der Explorand sei 2013 und 2016 während acht Tagen und während fünf Wochen stationär psychiatrisch behandelt worden. Die W.\_\_\_\_ hätten eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine chronische Schmerzstörung und akzentuierte Persönlichkeitszüge. Den Berichten sei zu entnehmen, dass sich die Stimmung des Exploranden im Rahmen der klinischen Behandlung aufgehellt habe, und er in einer stabilen psychischen Verfassung habe entlassen werden können. Der behandelnde Psychiater, Dr. med. I.\_\_\_\_, habe in seinem Bericht vom 9. Mai 2020 eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Bauhilfsarbeiter und eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit für Verweistätigkeiten attestiert. Der Explorand stehe seit 09/2018 in Behandlung beim Psychiater. Die gedrückte Stimmung, eine gewisse Freudlosigkeit und ein Interessenverlust hätten auch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden können. Der Explorand habe berichtet, dass er regelmässig während ca. zehn bis zwölf Stunden im Bett liege, danach aufwache und je nachdem am Morgen, wenn er zu viele Medikamente eingenommen habe, noch müde sei. Der Explorand leide vor allem unter der angespannten finanziellen Situation, sehe für sich keine Perspektiven, fühle sich als Versager, da er seiner Familie vom Finanziellen her nichts bieten könne. Er habe einen aktiven Eindruck gemacht, habe viel geredet, es hätten keine Antriebsstörungen vorgelegen. Der Explorand habe nicht von Impulsdurchbrüchen berichtet und habe gelegentlich eine gewisse Reizbarkeit erwähnt, weil er sich minderwertig fühle, keine Perspektiven sehe. Der Explorand habe kein Misstrauen gezeigt, die Konzentrationsfähigkeit sei nicht vermindert. Die Auffassung sei uneingeschränkt gewesen. Eine Ermüdung habe nicht festgestellt werden können. Die depressiven Verstimmungen seien leichtgradig ausgeprägt. Es fänden sich keine Hinweise, dass der Explorand jemals während längerer Zeit unter mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden gelitten hätte. 12/2013 sei er erstmals stationär psychiatrisch behandelt worden. Die Behandlungen seien in der Regel von kurzer Dauer gewesen, der Explorand habe im verbesserten Zustand aus der Klinik entlassen werden können. Es fänden sich somit keine Hinweise für das Vorhandensein einer langanhaltenden, ausgeprägten depressiven Störung. Aufgrund der Depressionen bestehe seit 12/2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Diese Verlaufsbeurteilung wird sodann auch dadurch gestützt, dass das Versicherungsgericht mit den Urteilen vom 5. Dezember 2016 (VSBES.2016.140; IV-Nr. 240) und vom 24. Juli 2017 (VSBES.2018.251; IV-Nr. 268) jeweils zum Schluss kam, eine relevante gesundheitliche Verschlechterung sei im Vergleich zur letzten rentenabweisenden Verfügung vom 7. November 2013 – in diesem Zeitpunkt wurde keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt – nicht glaubhaft gemacht worden. Zudem

legte der psychiatrische Gutachter vorstehend einleuchtend dar, inwiefern und weshalb er im Vergleich zu den Berichten des behandelnden Psychiaters, Dr. med. I.\_\_\_\_, zu anderen Befunden und Diagnosen kam. 7.4.2.3 Auf das beweismässige psychiatrische Gutachten des G.\_\_\_\_ kann somit abgestellt werden. Den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermögen auch die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen nicht zu vermindern. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist die vom psychiatrischen Gutachter gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nachvollziehbar, zumal diese Diagnose bereits in den Austrittsberichten der Psychiatrischen Dienste vom 30. Dezember 2013 (IV-Nr. 207, S. 9) und 15. Januar 2016 (IV-Nr. 225, S. 3) gestellt wurde. Sodann ist es dem Gutachter überlassen, ob er es für notwendig erachtet, mit den behandelnden Ärzten des Beschwerdeführers Rücksprache zu nehmen. Die diesbezügliche Rüge des Beschwerdeführers ist somit nicht weiterführend. Des Weiteren hat sich der psychiatrische Gutachter durchaus mit der Einschätzung von Dr. med. I.\_\_\_\_ auseinandergesetzt. Er legte in seinem Gutachten dar, dass er die von Dr. med. I.\_\_\_\_ erhobenen Befunde nur teilweise und nicht im gleichen Ausmass erheben konnte. In diesem Zusammenhang ist zudem einerseits der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, was den Beweiswert der Beurteilung von Dr. med. I.\_\_\_\_ entsprechend reduziert (BGE 125 V 353 E. 3b/cc; 9C\_114/2007 E. 3.2.3 mit weiteren Hinweisen). Andererseits ist zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei ist. Sie eröffnet der begutachtenden psychiatrischen Fachperson deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern lege artis vorgegangen worden ist, was beim vorliegenden psychiatrischen Teilgutachten zu bejahen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag geht es nicht an, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnde Ärzteschaft nachträglich zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangt oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhält. Anders verhält es sich lediglich, wenn die behandelnden Ärztinnen und Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteile 8C\_913/2013 vom 11. April 2014 E. 4.4.3, 8C\_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.2 und 8C\_567/2010 vom 19. November 2010 E. 3.2.2). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Wie vorstehend ausgeführt wurde, vermag das psychiatrische Teilgutachten zu überzeugen, weshalb im Lichte der obigen Ausführungen auf dieses abgestellt werden kann. Die vom Beschwerdeführer eventualiter beantragte psychiatrische Begutachtung ist somit nicht notwendig. 7.5 Gestützt auf die beweismässigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der G.\_\_\_\_-Gutachter zu überzeugen, wonach sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit seit der letzten rentenabweisenden Verfügung vom 7. November 2013 nicht wesentlich verändert habe. Dem Beschwerdeführer sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Flachdachisoliers seit 2009 nicht mehr zumutbar. Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen sei dem Exploranden in einem Pensum von 80 % zumutbar. Es sei davon auszugehen, dass die aktuellen Angaben zur Arbeitsfähigkeit unverändert seit 2011 gälten. Auf das beweismässige G.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. März 2021

ist somit abzustellen.

## E. 8

Daran vermag das Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern, wonach gestützt auf das Gutachten des BüroN.\_\_\_\_das Heranziehen von LSE-Löhnen nur bei gesunden Menschen angemessen sei. Dagegen sei bei körperlich eingeschränkten Leuten wie dem Beschwerdeführer von erheblich geringeren Löhnen auszugehen. Dies habe auch das Versicherungsgericht im vorliegenden Fall zu beachten. Dem ist entgegenzuhalten, dass das Bundesgericht mit Urteil 8C\_256/2021 vom 9. März 2022 (BGE 148 V 174) zum Schluss kam, dass eine Änderung seiner bisherigen Rechtsprechung zur Ermittlung des Invaliditätsgrades anhand der Tabellenlöhne der LSE nicht angezeigt sei. So lägen keine ernsthaften sachlichen Gründe für eine Änderung der Praxis vor. Für die korrekte Festlegung des Invaliditätsgrades seien die bisher angewandten Korrekturinstrumente von zentraler Bedeutung. Eine Änderung der Rechtsprechung zum heutigen Zeitpunkt wäre mit Blick auf die per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Anpassungen des Bundesgesetzes und der Verordnung über die Invalidenversicherung ohnehin nicht opportun. Des Weiteren ist in diesem Zusammenhang hervorzuheben, dass sich das Gutachten mit dem Titel «Nutzung Tabellenmedianlöhne LSE zur Bestimmung der Vergleichslöhne bei der IV-Rentenbemessung» des BürosN.\_\_(N.\_\_\_\_) vom 8. Januar 2021 bei seinen Vorschlägen im Wesentlichen auf die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) abstützt. Die SAKE basiert aktuell auf 100'000 stichprobeweise durchgeführten Interviews mit Arbeitskräften. Dagegen stützt sich die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) auf schriftliche Stichprobenerhebungen bei aktuell rund 36'000 privaten und öffentlichen Unternehmen mit insgesamt rund 2 Millionen Arbeitnehmenden. Damit basiert die LSE auf einer erheblich grösseren Anzahl an Arbeitnehmerdaten als die SAKE und erscheint damit als verlässlichere Grundlage, womit auch aus diesem Grund nicht ohne Weiteres auf die Vorschläge des BürosN.\_\_\_\_abgestellt werden kann. Somit erscheint es für das Versicherungsgericht derzeit nicht angebracht, von der Anwendung der LSE abzuweichen.

8.2.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Frauen, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, kein Abzug anerkannt. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72).

Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich aus den genannten Gründen ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht demnach mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen.

Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 48 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Dagegen ergibt sich aus der Tabelle T12\_b der LSE 2018, dass in diesem Jahr Männer der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Aufenthaltsbewilligung C (Median) ■ wozu der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage zählt (vgl. IV-Nr. 2) ■ im Vergleich zum Total von Schweizern und Ausländern der gleichen Kategorie einen um rund 5 % geringeren Lohn erzielten. Dieser Umstand ist im Rahmen des Abzugs zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.2 und 9C\_360/2022 vom 4. November 2022 E. 4.3.2). Kein Abzug rechtfertigt sich hingegen aus dem Umstand, dass dem Beschwerdeführer von den Gutachtern eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde. So verdienen Männer in einem Pensum von 75 ■ 89 % im Verhältnis sogar mehr, als Männer in einem Vollzeitpensum (vgl. Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, 2018, T18). Die neurechtliche Bestimmung in Art. 26bis Abs. 3 IVV, welche bei einer Leistungseinschränkung von 50 % oder mehr einen Abzug von 10 % für Teilzeitarbeit vorsieht, fällt vorliegend ausser Betracht. Schliesslich ist auch kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn angebracht. So wurde den körperlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers bereits dadurch Rechnung getragen, dass die Gutachter eine 20%ige Leistungseinschränkung statuierten. Eine weitere Berücksichtigung beim Abzug vom anhand statistischer Durchschnittswerte ermittelten Invalideneinkommen würde auf eine unzulässige doppelte Berücksichtigung desselben Aspektes hinauslaufen. Zudem umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbaren Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2012, 8C\_870/2011 E 4.1 mit Hinweisen). Nicht einschlägig ist ausserdem die seitens des Beschwerdeführers zitierte Rechtsprechung betreffend das Bundesgerichtsurteil 8C\_447/2017 vom 17. Januar 2018 E. 5.5.2. Im besagten Entscheid wurde der Versicherten, welche (nachdem sie Opfer einer Entführung, Vergewaltigung und versuchten Tötung geworden war) an einer schweren Beeinträchtigung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit litt, ein leidensbedingter Abzug von 15 % gewährt.

Zusammenfassend ergibt sich damit einzig ein Tabellenlohnabzug von 5 % aufgrund der Aufenthaltskategorie des Beschwerdeführers. Dagegen besteht für den vom Beschwerdeführer geforderten Abzug vom Tabellenlohn von 25 % kein Anlass. Bezüglich seiner Argumentation, bis das gestützt auf die Erhebungendes Büro N.\_\_\_\_ resp. das vom National- und Ständerat sowie auch vom Bundesgericht geforderte präzisere Setting vorliege (vgl. Urteil 8C\_541 /2012), bestehe ein Anspruch auf einen Abzug von 25 %, kann auf die Erwägungen in E. II. 8.2.1 hiervor verwiesen werden.

8.3 Somit ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 26 % (Valideneinkommen: CHF 70'327.00; Invalideneinkommen CHF 51'943.15 [CHF 54'677.00 abzüglich 5 %]) womit analog zur angefochtenen Verfügung vom 16. November 2021 kein Rentenanspruch besteht. Daran würde sich im Übrigen auch dann nichts ändern, wenn man den Abzug auf 10 % bemessen würde.

9. Schliesslich ist auf den Antrag des Beschwerdeführers einzugehen, es seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren. Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 Abs. 1 IVG setzt insbesondere die subjektive Eingliederungsbereitschaft des Versicherten voraus (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 265/05 E. 3.2 vom 3. Oktober 2005). Wie hierzu dem G.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. März 2021 zu entnehmen ist, besteht beim Beschwerdeführer eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung, weshalb aus der Sicht der Gutachter berufliche Massnahmen nicht empfohlen werden können. Damit ist davon auszugehen, dass die subjektive Voraussetzung zur Gewährung von Eingliederungsmassnahmen (Eingliederungsbereitschaft) nicht erfüllt ist, weshalb die Beschwerdegegnerin den diesbezüglichen Anspruch zu Recht verneint hat.

10. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung 16. November 2021 als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, welche mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss verrechnet werden. Der darüber hinausgehende Kostenvorschuss von CHF 400.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, welche mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss verrechnet werden. Der darüber hinausgehende Kostenvorschuss von CHF 400.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

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

Isch

**E. 8.2**

8.2.1 Sodann hat der Beschwerdeführer bislang keine ihm zumutbare Arbeitstätigkeit aufgenommen, weshalb es ebenfalls nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin auf einen Tabellenlohn – hier LSE 2018 TA1\_tirage\_skill\_level, Total Niveau 1, Männer – abgestellt und diesen Lohn auf die üblichen Wochenarbeitsstunden (:40 x 41.7) und auf die Teuerung von 2019 aufgerechnet hat, was bei einer Zumutbarkeit von 80 % ein Invalideneinkommen (vorbehältlich eines allfälligen Tabellenlohnabzuges; vgl. E. 8.2.2 hiernach) von CHF 54'677.00 ergibt. Daran vermag das Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern, wonach gestützt auf das Gutachten des Büro N.\_\_\_\_ das Heranziehen von LSE-Löhnen nur bei gesunden Menschen angemessen sei. Dagegen sei bei körperlich eingeschränkten Leuten wie dem Beschwerdeführer von erheblich geringeren Löhnen auszugehen. Dies habe auch das Versicherungsgericht im vorliegenden Fall zu beachten. Dem ist entgegenzuhalten, dass das Bundesgericht mit Urteil 8C\_256/2021 vom 9. März 2022 (BGE 148 V 174) zum Schluss kam, dass eine Änderung seiner bisherigen Rechtsprechung zur Ermittlung des Invaliditätsgrades anhand der Tabellenlöhne der LSE nicht angezeigt sei. So lägen keine ernsthaften sachlichen Gründe für eine Änderung der Praxis vor. Für die korrekte Festlegung des Invaliditätsgrades seien die bisher angewandten Korrekturinstrumente von zentraler Bedeutung. Eine Änderung der Rechtsprechung zum heutigen Zeitpunkt wäre mit Blick auf die per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Anpassungen des Bundesgesetzes und der Verordnung über die Invalidenversicherung ohnehin nicht opportun. Des Weiteren ist in diesem Zusammenhang hervorzuheben, dass sich das Gutachten mit dem Titel «Nutzung Tabellenmedianlöhne LSE zur Bestimmung der Vergleichslöhne bei der IV-Rentenbemessung» des Büros N.\_\_\_\_ (N.\_\_\_\_) vom 8. Januar 2021 bei seinen Vorschlägen im Wesentlichen auf die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) abstützt. Die SAKE basiert aktuell auf 100'000 stichprobeweise durchgeführten Interviews mit Arbeitskräften. Dagegen stützt sich die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) auf schriftliche Stichprobenerhebungen bei aktuell rund 36'000 privaten und öffentlichen Unternehmen mit insgesamt rund 2 Millionen Arbeitnehmenden. Damit basiert die LSE auf einer erheblich grösseren Anzahl an Arbeitnehmerdaten als die SAKE und erscheint damit als verlässlichere Grundlage, womit auch aus diesem Grund nicht ohne Weiteres auf die Vorschläge des Büros N.\_\_\_\_ abgestellt werden kann. Somit erscheint es für das Versicherungsgericht derzeit nicht angebracht, von der Anwendung der LSE abzuweichen.

### **E. 8.2.2**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei

Frauen, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilweise erwerbstätig sein können, kein Abzug anerkannt. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich aus den genannten Gründen ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht demnach mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen. Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 48 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Dagegen ergibt sich aus der Tabelle T12\_b der LSE 2018, dass in diesem Jahr Männer der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Aufenthaltsbewilligung C (Median) – wozu der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage zählt (vgl. IV-Nr. 2) – im Vergleich zum Total von Schweizern und Ausländern der gleichen Kategorie einen um rund 5 % geringeren Lohn erzielten. Dieser Umstand ist im Rahmen des Abzugs zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.2 und 9C\_360/2022 vom 4. November 2022 E. 4.3.2). Kein Abzug rechtfertigt sich hingegen aus dem Umstand, dass dem Beschwerdeführer von den Gutachtern eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde. So verdienen Männer in einem Pensum von 75 – 89 % im Verhältnis sogar mehr, als Männer in einem Vollzeitpensum (vgl. Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, 2018, T18). Die neurechtliche Bestimmung in Art. 26bis Abs. 3 IVV, welche bei einer Leistungseinschränkung von 50 % oder mehr einen Abzug von 10 % für Teilzeitarbeit vorsieht, fällt vorliegend ausser Betracht. Schliesslich ist auch kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn angebracht. So wurde den körperlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers bereits dadurch Rechnung getragen, dass die Gutachter eine 20%ige Leistungseinschränkung statuierten. Eine weitere Berücksichtigung beim Abzug vom anhand statistischer Durchschnittswerte ermittelten Invalideneinkommen würde auf eine unzulässige doppelte Berücksichtigung desselben Aspektes hinauslaufen. Zudem umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbaren Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2012, 8C\_870/2011 E 4.1 mit Hinweisen). Nicht einschlägig ist ausserdem die seitens des Beschwerdeführers zitierte Rechtsprechung betreffend das Bundesgerichtsurteil 8C\_447/2017 vom 17. Januar 2018 E. 5.5.2. Im besagten Entscheid wurde der Versicherten, welche (nachdem sie Opfer einer Entführung, Vergewaltigung und versuchten Tötung geworden war) an einer schweren Beeinträchtigung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit litt, ein leidensbedingter Abzug von 15 % gewährt. Zusammenfassend ergibt sich damit einzig ein Tabellenlohnabzug von 5 % aufgrund der Aufenthaltskategorie des Beschwerdeführers. Dagegen besteht für den vom Beschwerdeführer geforderten Abzug vom Tabellenlohn von 25 % kein Anlass. Bezüglich seiner Argumentation, bis das gestützt auf die Erhebungen des Büro N.\_\_\_\_ resp. das vom National- und Ständerat sowie auch vom Bundesgericht geforderte präzisere Setting vorliege (vgl. Urteil 8C\_541 /2012), bestehe ein Anspruch auf einen Abzug von 25 %, kann auf die Erwägungen in E. II. 8.2.1 hiervor verwiesen werden. 8.3 Somit ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 26 % (Valideneinkommen: CHF 70'327.00;

Invalideneinkommen CHF 51'943.15 [CHF 54'677.00 abzüglich 5 %]) womit analog zur angefochtenen Verfügung vom 16. November 2021 kein Rentenanspruch besteht. Daran würde sich im Übrigen auch dann nichts ändern, wenn man den Abzug auf 10 % bemessen würde. 9. Schliesslich ist auf den Antrag des Beschwerdeführers einzugehen, es seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren. Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 Abs. 1 IVG setzt insbesondere die subjektive Eingliederungsbereitschaft des Versicherten voraus (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 265/05 E. 3.2 vom 3. Oktober 2005). Wie hierzu dem G.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. März 2021 zu entnehmen ist, besteht beim Beschwerdeführer eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung, weshalb aus der Sicht der Gutachter berufliche Massnahmen nicht empfohlen werden können. Damit ist davon auszugehen, dass die subjektive Voraussetzung zur Gewährung von Eingliederungsmassnahmen (Eingliederungsbereitschaft) nicht erfüllt ist, weshalb die Beschwerdegegnerin den diesbezüglichen Anspruch zu Recht verneint hat. 10. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 16. November 2021 als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, welche mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss verrechnet werden. Der darüber hinausgehende Kostenvorschuss von CHF 400.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

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