

SO_GERICHTE VSBES.2022.125 vom 9. Juni 2022

SO Obergericht, 2022-06-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.125

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.125 du 9 juin 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.125 del 9 giugno 2022

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Versicherte A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geb. 1979, meldete sich am 3. März 2005 bei der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stellen Beleg Nr. [nachfolgend: IV-Nr.] 8). Im Bericht des Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. med. B.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom 22. März 2005 (IV-Nr. 15) wurde hierzu festgehalten, der Beschwerdeführer habe sich bei einem Auffahrunfall am 9. Oktober 2004 eine HWS-Distorsion sowie eine lumbale Kontusion zugezogen. Infolgedessen sei er zu 100 % arbeitsunfähig. In der Folge holte die Beschwerdegegnerin verschiedene medizinische Unterlagen ein. Die C.____ Versicherung veranlasste als Unfallversicherung bei der D.____ ein polydisziplinäres Gutachten (IV-Nr. 121.2). Gestützt darauf verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 25. Februar 2013 (IV-Nr. 129) einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung.

1.2 Am 6. Mai 2016 meldete sich der Beschwerdeführer erneut zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin an (IV-Nr. 136). Mit Verfügung vom 21. Juli 2016 trat die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers nicht ein (IV-Nr. 150). Die dagegen am 13. September 2016 erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht mit Urteil VSBES.2016.235 vom 8. Mai 2017 ab (IV-Nr. 175).

Sodann liess der Beschwerdeführer am 23. Juni 2017 ein Gesuch um Revision des Urteils des Versicherungsgerichts vom 8. Mai 2017 stellen, welches das Versicherungsgericht mit Urteil VSBES.2017.171 vom 28. Juni 2017 abwies (IV-Nr. 177).

2. Am 29. November 2016 meldete sich der Beschwerdeführer wiederum zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin an (IV-Nr. 163). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Unterlagen ein und veranlasste berufliche Massnahmen. Mit Abschlussbericht vom 28. Februar 2018 (IV-Nr. 187) hielt der zuständige Eingliederungsfachmann der Beschwerdegegnerin fest, der Beschwerdeführer sei telefonisch nicht erreichbar gewesen und habe Mailanfragen nicht beantwortet. Die Massnahme bei der E.____ habe er unbegründet und unentschuldig abgebrochen. Eingliederungsmassnahmen machten unter diesen Umständen keinen Sinn, das Dossier werde nach angemessener Betreuungszeit in der Jobberatung abgeschlossen.

Mit Schreiben vom 29. Juni 2018 (IV-Nr. 190) eröffnete die Beschwerdegegnerin ein sogenanntes Mahn- und Bedenkzeitverfahren (MBZV), worin sie den Beschwerdeführer aufforderte, sich bis 13. Juli 2018 mit seiner Psychiaterin, Dr. med. F.____, zwecks Intensivierung der psychiatrischen Behandlung in Verbindung zu setzen.

Im weiteren Verlauf veranlasste die Beschwerdegegnerin bei der G.____ ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie und

Innere Medizin. Das Gutachten erging am 12. Juli 2021 (IV-Nr. 225.1). Darin wurde dem Beschwerdeführer einzig aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Einschränkung attestiert, wobei unter fortgesetzter psychiatrischer Behandlung sowie Abstinenz von Cannabis und Alkohol per Anfang Oktober 2021 eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % zu erwarten sei.

Hierauf eröffnete die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 27. Oktober 2021 ein weiteres MBZV (IV-Nr. 237), worin sie den Beschwerdeführer aufforderte, sich in eine intensive fachärztlich-psychiatrische, leitliniengerechte Behandlung zu begeben und die Abstinenz von Cannabis und Alkohol ab 10. November 2021 zweimal pro Monat in unregelmässigen Abständen mittels Urinprobe nachzuweisen.

Mit Vorbescheid vom 21. April 2022 (IV-Nr. 257) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in Aussicht, sie werde den Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente abweisen. Die Abklärungen hätten ergeben, dass sich die geltend gemachten Leiden nicht als schwere psychische Krankheit im Sinne der Invalidenversicherung definieren liessen. Es liege insbesondere keine nennenswerte psychiatrische Komorbidität vor. Im Weiteren gelte festzuhalten, dass die Behandlungsoptionen nicht ausgeschöpft worden seien. Gemäss aktueller Rechtsprechung des Bundesgerichts resultierten aus der Störung vorliegend somit keine funktionellen Leistungseinschränkungen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Gewichtige Gründe, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden könne, lägen keine vor. An diesem Vorbescheid hielt die Beschwerdegegnerin schliesslich auch mit leistungsabweisender Verfügung vom 9. Juni 2022 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) fest.

3. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 15. Juni 2022 Beschwerde erheben (A.S. 6 ff.) und die folgenden Rechtsbegehren stellen:

a. Wie beurteilen Sie den Bedarf nach einer Verlaufsbeurteilung im Falle des Versicherten?

4. Mit Verfügung vom 21. Juni 2022 (A.S. 21) weist der damalige Präsident des Versicherungsgerichts den Antrag auf Vereinigung mit dem bereits laufenden Verfahren VSBES.2022.105 (betreffend unentgeltliche Rechtsverbeiständung im IV-Verwaltungs- und Vorbescheidverfahren) wegen unterschiedlicher Zuständigkeit (Einzelrichter- bzw. Gesamtgerichtskompetenz) ab.

5. Mit Beschwerdeantwort vom 6. Juli 2022 (A.S. 37 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

6. Mit Verfügung vom 21. Juli 2022 (A.S. 40 f.) wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Rémy Wyssmann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt.

7. Mit Replik vom 3. August 2022 (A.S. 43 ff.) reicht der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ein und stellt den Beweisantrag, es seien beim A-Stab ■ Sanität von Amtes wegen die militärärztlichen Akten des Beschwerdeführers zu edieren.

8. Mit Eingabe vom 2. September 2022 (A.S. 57) reicht der Beschwerdeführer unter anderem die ihn betreffenden militärärztlichen Akten zu den Akten, womit sein Antrag betreffend Einholung der Militärakten gegenstandslos geworden ist.

9. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

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

2. Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Die hier angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts 8C_787/2021 vom 23. März 2022 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 2

a) Es sei die Beschwerdesache zur Vervollständigung des Sachverhalts und zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. b) Eventualiter: Es seien durch das angerufene Gericht dem psychiatrischen G.____-Gutachter Dr. H.____ folgende Fragen zur schriftlichen Beantwortung zu unterbreiten: a. Wie beurteilen Sie den Bedarf nach einer Verlaufsbeurteilung im Falle des Versicherten? b. Wurde wie von Ihnen gutachterlicherseits gefordert, eine leitliniengerechte Behandlung (Psychotherapie und antidepressive Medikation) umgehend nach der Beurteilung im Juli 2021 auch tatsächlich fortgesetzt resp. eingeleitet, durchgeführt, überwacht und ausgewertet? c. Wie beurteilen Sie die seither bei Frau Dr. F.____ durchgeführte Psychotherapie? d. Auf Seite 133 Ihres Gutachtens haben Sie den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung geäußert. Mit welchen Untersuchungsmethoden kann dieser Verdacht bestätigt oder ausgeräumt werden? Kann eine Persönlichkeitsakzentuierung oder eine Persönlichkeitsstörung im Verhältnis zur depressiven Störung als interferierend beurteilt werden? e. Wie plausibilisieren Sie die von Ihnen festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % sowohl in der angestammten wie auch in einer verweisenden Tätigkeit hinsichtlich der von ihnen erhobenen Befunde (Schmerzen, Ängste, Hoffnungslosigkeit, Antriebsschwäche, Müdigkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, verminderte Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit usw.) und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person? f. Wie beurteilen Sie das Resultat der erfolgten psychiatrischen Behandlung und Abstinenz hinsichtlich der von Ihnen prognostizierten Arbeitsfähigkeit von 100 % per Oktober 2021? g. Ist der Versicherte der Auflage vom 27. Oktober 2021 im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG rechtsgenüßlich nachgekommen und welche Konsequenzen ergeben sich daraus? h. Wie beurteilen Sie das Invalidisierungsrisiko des Versicherten und den Bedarf nach professionellen beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen? c) Subeventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer ab wann rechtens die gesetzlichen Leistungen (inkl. berufliche Eingliederungsmassnahmen) nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 50 % zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % seit wann rechtens zuzusprechen.

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 Beweiswürdigung 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. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere berufliche Massnahmen und eine Rente mit Verfügung vom 9. Juni 2022 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 25. Februar 2013 ■ bestanden hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_413/2009 vom 11. September 2009 E. 4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 9. Juni 2022 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

5.1 Bei ihrer letzten leistungsabweisenden Verfügung vom 25. Februar 2013 stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das von der C.____ Versicherung als Unfallversicherung veranlasste D.____-Gutachten vom 26. Mai 2010 (Fachrichtungen: Innere Medizin, Rheumatologie, Neuropsychologie, Psychiatrie; IV-Nr. 121.2) ab. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Zur Beurteilung wurde im Gutachten festgehalten, im Vordergrund der aktuellen neuropsychologischen Befunde stünden die leicht bis mittelschweren Defizite in den Aufmerksamkeitsfunktionen. Das Ergebnis im Symptomvalidierungstest sei als unauffällig zu werten. Des Weiteren seien die Testergebnisse konsistent mit den eigenanamnestischen Angaben zum kognitivem Leistungsvermögen und der Funktionalität im Beruf. Die Validität der neuropsychologischen Ergebnisse sei gegeben. Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ergäben sich keine Hinweise auf psychopathologische Auffälligkeiten, die mit den Testbefunden interferieren könnten. Das Ausfallprofil sei vereinbar mit einer leichten neuropsychischen Störung. Die neuropsychologischen Testbefunde seien vereinbar mit einer Arbeitsfähigkeit von 80 % (Präsenz 100 %; Leistung 80 %). Auf Grund der Aufmerksamkeitsdefizite, der Verlangsamung und der verminderten Belastbarkeit sowie der erhöhten Ermüdung sei bei einer Arbeitszeitpräsenz von 100 % (42 Stunden pro Woche) ein Arbeitsleistungsvermögen von 80 % gegeben. Aus rein

psychiatrischer Sicht sei der Versicherte in seiner Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Momentan ergäben sich bei ihm keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer nach ICD-10 diagnostizierbaren psychischen Störung. Sodann sei die zuletzt ausgeübte körperlich schwere Tätigkeit als angelernter Metallbauschlosser aus rheumatologischer Sicht bleibend nicht mehr zumutbar. Keine Einschränkung bestehe aus rheumatologischer Sicht für eine körperlich leicht bis mittelschwere Tätigkeit, ohne Arbeiten über Kopf, ohne länger dauernde fixierte HWS-Stellung oder häufige repetitive HWS-Rotationen, mit Gewichtslimitation auf maximal selten 15 kg, repetitiv 10 kg. Ebenso keine Einschränkungen ergaben sich schliesslich aus der internistischen Befunderhebung (vgl. IV-Nr. 121.2, S. 17). In ihrer Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dem Beschwerdeführer sei eine Tätigkeit bei einer zeitlichen 100%igen Präsenz und Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Zwangshaltung der HWS und ohne anhaltende Überkopfarbeiten mit einer darin zu erbringenden 80 bis 90%igen Leistungsfähigkeit zumutbar.

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

5.2.1 In dem vom Bezirksgericht Lenzburg beim I. ___ veranlassten interdisziplinären Gerichtsgutachten vom 18. Mai 2017 (Fachrichtungen: Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie, Neuropsychologie; IV-Nr. 175) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Zur Beurteilung wurde im Gutachten ausgeführt, es bestehe aus organischer Sicht mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein zervikozephalales Schmerzsyndrom bei leichtgradigen degenerativen Veränderungen sowie ein Lumbovertebralsyndrom, ebenfalls bei leichtgradigen degenerativen Veränderungen der LWS sowie möglichen intermittierenden, radikulären Reizerscheinungen rechts. Es bestehe somit eine leichte Minderbelastbarkeit des Achsenorgans. Dies führe dazu, dass der Versicherte nicht repetitiv in Zwangspositionen arbeiten, keine Lasten über 15 kg repetitiv heben sowie nicht repetitive Tätigkeiten über Kopfhöhe ausüben sollte mit Reklination des Kopfes. Die zuletzt ausgeübte körperlich schwere Tätigkeit als angelernter Metallbauschlosser sei aus orthopädischer Sicht ab 2010 nicht mehr zumutbar. In der oben beschriebenen leichten bis mittelschweren Verweistätigkeit bestehe eine ganztags vollschichtige Arbeitsfähigkeit ab 2010 (siehe auch D. ___-Gutachten 05/2010, an der dort festgelegten Arbeitsfähigkeit habe sich seither aus organischer Sicht nichts geändert). Aus rein psychiatrischer Sicht ergebe sich aus den aktuellen Beschwerden/Beeinträchtigungen eine erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, die derzeit für den ersten Arbeitsmarkt bei 100 % liege. Hierzu sei festzuhalten, dass in der BEFAS-Abklärung mit Schlussbericht vom 11. August 2006 eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit ganztags mit Leistung aktuell 60 % festgehalten worden sei, es jedoch praktisch nicht möglich sei, einen Arbeitsplatz in der Privatwirtschaft zu finden, wegen des auffälligen Verhaltens des Versicherten. In einem Abschlussbericht der Berufsberatung der IV vom 26. März 2007 werde wiederum auf den nicht einfachen Beratungsverlauf hingewiesen, der Versicherte habe sich geweigert, eine testdiagnostische Abklärung durchführen sowie eine praktische Abklärung in der Rehaklinik J. ___ vornehmen zu lassen. Es sei damals der Verdacht auf behinderungsfremde Momente entstanden, eine weitere Umschulung habe nicht mehr unterstützt werden können. In der D. ___-Begutachtung vom 26. Mai 2010 werde die Arbeitsfähigkeit auf 60 % Leistung (recte: 80 ■ 90 %) bei voller zeitlicher Präsenz geschätzt. Dabei sei die zuletzt ausgeübte

körperlich schwere Tätigkeit als angelernter Metallbauschlosser aus rheumatologischer Sicht bleibend nicht mehr in Frage gekommen. Keine Einschränkung habe aus rheumatologischer Sicht für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Überkopfarbeit bestanden, ohne länger andauernd fixierte HWS-Stellung oder häufig repetitive HWS-Rotationen, mit Gewichtslimitation auf maximal selten 15 kg, repetitiv 10 kg. Die damalige, begonnene Ausbildung zum Automatiker sei gemäss dem vom Exploranden beschriebenen muskuloskelettalen Belastungsprofil als optimal erschienen. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch das D.____ erscheine auch aus heutiger Sicht adäquat. Eigenanamnestisch habe sich im Anschluss an den misslungenen beruflichen Wiedereinstieg nach Abschluss der Ausbildung zum Automatiker auch die inzwischen manifeste depressive Symptomatik entwickelt, am ehesten seit dem Jahre 2013. Erstmals sei der Versicherte aufgrund dieser Beschwerden im Jahre 2016 in Behandlung gewesen, damals bei den K.____, wo er dreimal eine psychiatrische Konsultation in Anspruch genommen habe. Analog dazu sei damals auch die Verdachtsdiagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt worden. Entsprechend dieser Aktenlage sei davon auszugehen, dass bis 2016 die Arbeitsfähigkeit von 60 % (recte: 80 ■ 90 %) gegolten habe. Die aktuell festgestellte volle Arbeitsunfähigkeit müsse am ehesten mindestens seit 05/2016 bestanden haben. Die weitere Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit sei offen. Aus psychiatrischer Sicht sollte die derzeit seit vier Monaten stattfindende psychotherapeutische Behandlung intensiviert und um eine zusätzliche antidepressive Medikation ergänzt werden.

5.2.2 Im Verlaufsbericht vom 6. Juni 2019 (IV-Nr. 196) führte Dr. med. F.____, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der Beschwerdeführer wirke angespannt und belastet, im Untersuchungsgang dysphorisch gereizt, fast misstrauisch, jedoch in der Gesprächssituation kooperativ, wach, allseits orientiert; Psychomotorisch etwas verlangsamt, zeige er ein unauffälliges Sprechverhalten. Grundstimmung bedrückt, deutlich zum depressiven Pol verschoben. Subjektiv intermittierend massive Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen. Der Gesprächsfluss werde zum Teil bei komplexeren Themen und Zusammenhängen durch eine eingeschränkte Auffassung beeinträchtigt. So würden zum Teil Fragen verdeutlicht und erläutert bevor sie durch den Beschwerdeführer beantwortet werden könnten. Hierdurch würden die Fragen zum Teil umständlich beantwortet. Deutliche Einschränkung der affektiven Modulationsfähigkeit. Hypomimie. Keine Hinweise für wahnhaftes Geschehen, Sinnestäuschungen oder Ich-Demarkationspathologien. Denken formal kohärent, verlangsamt, in der letzten Zeit vermehrt Grübelneigung. Die Beantwortung der Fragen erfolge verlangsamt, jedoch ohne logische Brüche, keine Anhaltspunkte für formale Denkstörungen. Insbesondere im Kontakt mit Bekannten und Verwandten primärprozesshaftes Funktionieren. Denken In Bezug auf rationales Funktionieren vordergründig unauffällig. Latente Suizidalität, der Beschwerdeführer distanzieren sich von suizidalen Impulsen, aktuell kein Handlungsdrang. Beim Beschwerdeführer bestehe eine rezidivierende depressive Störung mit Somatisierung, aktuell mittelgradig, mit somatischen Syndrom (ICD-10 33.2). Aktuell bestehe nach wie vor eine hochgradige Arbeitsunfähigkeit, medizinisch theoretisch 70 bis 80 %. Der Beschwerdeführer komme seiner Mitwirkungspflicht in vollem Umfang nach, indem er trotz der entsprechenden Nebenwirkungen psychopharmakologisch entsprechend einer mittelschweren psychiatrischen Alteration behandelt und compliant sei. Auch unter adäquat dosierter antidepressiver Pharmakotherapie leide der Beschwerdeführer an einem mittelschweren depressiven Störungsbild mit ihm deutlich einschränkenden Stimmungsschwankungen. Die Einschränkung der Funktionalität im Alltag und vor allem

der Lebensqualität sei deutlich.

5.2.3 Im Bericht vom 16. Juli 2020 (IV-Nr. 216) hielt Dr. med. F.____, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie, fest, die nachfolgende Beurteilung erfolge notfallmässig vor dem Hintergrund einer akuten Verschlechterung des labilen Vorzustands. Aktuelle bestehe eine rezidivierende depressive Störung mit Somatisierung aktuell mittelgradig mit somatischen Syndrom (ICD-10 F33.2) sowie ein Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung mit chronischen Kopf- und Nackenschmerzen im Sinn einer innerpsychischen Verfestigung und aktuell präsuizidaler bzw. suizidaler Exazerbation sowie dissoziativer Symptombildung am ehesten posttraumatisch im Sinne einer akuten Belastungsreaktion bei Re-Traumatisierungsdynamik (ICD-10 F07.9). Das aktuelle Beschwerdebild des Beschwerdeführers entspreche einer schwergradigen (depressiven) psychischen Beeinträchtigung bei komorbiden psychischen Störungen. Der Beschwerdeführer sei aktuell stationär behandlungsbedürftig. Sie, Dr. med. F.____, bitte dringend um eine Dispensation von der vorgesehenen Begutachtung aus medizinischer Indikation, da es andernfalls zu einer unabsehbaren Labilisierung des Gesundheitszustandes kommen werde, was dem Beschwerdeführer aktuell in keinem Fall zumutbar sei.

5.2.4 In dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten G.____-Gutachten vom 12. Juli 2021 (Fachrichtungen: Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie, Innere Medizin; IV-Nr. 225.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%ige Einschränkung. Die mittelgradige depressive Episode bedinge aufgrund der assoziierten affektiven und vegetativen Instabilität derzeit noch eine reduzierte Belastbarkeit, sei jedoch besserbar. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % sei unter fortgesetzter psychiatrischer Behandlung und Abstinenz von Cannabis und Alkohol per Anfang Oktober 2021 zu erwarten. Die Mitarbeit des Versicherten sei dabei medizinisch gut zumutbar, stehe in seinem Gesundheitsinteresse und dürfe auch als Mass des subjektiven Leidensdrucks verstanden werden. In den Bereichen Innere Medizin, Neurologie und Orthopädie bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Für die reklamierten Schmerzen hätten sich keine hinreichenden Befundkorrelate gefunden und im Labor sei kein wirksamer Analgetikaspiegel nachweisbar gewesen. Das Labor zeige im Substanzenscreening einen positiven Befund für Cannabinoide. Die Symptomvalidierung sei auffällig gewesen, im Sinne eines verfälschenden Antwortverhaltens. Die Beurteilung gelte rückblickend seit ca. 2016.

5.2.5 Im Bericht vom 18. Februar 2022 (IV-Nr. 248, S. 40) führte Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, klinisch-objektiv könne im Rahmen der aktuellen Momentaufnahme ein gemischtes, anerges und gespanntes mittelschweres depressives Syndrom festgehalten werden. Diagnostisch bestünden eine chronifizierte depressive Problematik im Sinne einer schwergradigen affektiven (depressiven) Störung ICD-10 F32.11, DD rezidivierende depressive Störung ICD-10 F33.1 und eine chronifizierte Schmerzproblematik mit psychischen Folgen ICD-10 F45.41. Zudem bestehe eine prämorbid Strukturpathologie und eine massive Soziophobie bis hin zu paranoider Symptombildung und ausgeprägtem Vermeidungsverhalten in der Interaktion. Des Weiteren bestehe eine rezidivierende depressive Störung mit

Somatisierung und intermittierenden präsuizidalen Phasen und konversionsneurotischen Symptomen ICD-10 F33.2 mit komplettem Verlust der Tagesstruktur. Das Zustandsbild sei tendenziell progredient sich verschlechternd. Biografisch und interaktionell seien deutliche Hinweise für strukturelle Vulnerabilität als versicherungsmedizinisch relevante Coping- und Ressourcenlimitierung feststellbar. Psychodynamisch relevante, konfliktbedingte Minderung von Ich-Funktionen, medizinalfremde Stressoren / Kontextfaktoren und Persönlichkeitsakzentuierungen seien für die innerpsychische Verfestigung und zunehmende Chronifizierung und den protrahierenden Heilverlauf mitentscheidend.

5.2.6 Anlässlich der interdisziplinären Besprechung vom 11. April 2022 (IV-Nr. 254) führte Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, aus, es sei festzustellen, dass die im I.____- und im G.____-Gutachten dokumentierte depressive Symptomatik im 05/2017 ausgeprägter gewesen sei als im 07/2021. In beiden Gutachten werde auf die nicht ausgeschöpften Behandlungsoptionen hingewiesen. Im Gutachten der G.____ würden zudem Hinweise auf eine inkonsistente Präsentation der Beschwerden festgehalten. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durch das I.____ im 05/2017 von einer relevanten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Allerdings sei zu beachten, dass die psychiatrische Behandlung erst vier Monate zuvor aufgenommen und von den Gutachtern als ungenügend taxiert worden sei. Für den weiteren Verlauf sei im Lichte der Erkenntnisse der Gutachter der G.____ eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr mit der nötigen Zuverlässigkeit ausgewiesen. Einerseits habe sich die depressive Symptomatik trotz weiterhin nicht angemessener Behandlung verbessert, andererseits hätten sich Hinweise auf eine aggraviorische Tendenz ergeben.

5.2.7 In der Aktennotiz vom 21. April 2022 (IV-Nr. 256) hielt Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, fest, aus Sicht des RAD ändere sich mit der nachträglichen Lieferung der Medikamentenliste vom 4. April 2022 nichts bezüglich der interdisziplinären Stellungnahme vom 11. April 2022. Die depressive Symptomatik habe sich ja bis zum Gutachten der G.____ schon deutlich verbessert gehabt. Wenn nun neu Wellbutrin in genügender Dosierung eingesetzt werde, könne das zwar zu einer weiteren Verbesserung führen und vor allem zur Stabilisierung beitragen, doch sei unverändert davon auszugehen, dass schon zum Zeitpunkt der Begutachtung keine relevante Einschränkung mehr ausgewiesen gewesen sei.

5.2.8 Mit Stellungnahme per E-Mail vom 15. Juni 2022 (Beschwerdebeilage 4) führte Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers aus, der Beschwerdeführer befinde sich nach wie vor in ihrer Praxis in fachärztlicher, psychiatrischer Behandlung. Eine Anpassung der (Dosiserhöhung) der anxiolytisch-neuroleptisch antidepressiven Medikation sei wegen einer Zustandsverschlechterung notwendig geworden. Von einem remittierten Zustand könne keine Rede sein.

6. Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2022 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der G.____ vom 12. Juli 2021 (IV-Nr. 225.1) ab.

Vorweg ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) mit Medienmitteilung vom 4. Oktober 2023 darüber informiert hat, dass die Invalidenversicherung keine medizinischen Gutachten mehr an die G.____

vergibt. Damit kommt die IV der Empfehlung der Eidgenössischen Kommission für die Qualität bei der medizinischen Begutachtung (EKQMB) nach. Diese hat in ärztlichen Gutachten der G.____ formale und inhaltliche Mängel festgestellt. Weiter hat das BSV die IV-Stellen angewiesen, bereits vorliegende Gutachten der G.____ einer erneuten Qualitätskontrolle zu unterziehen, wenn im konkreten Fall noch kein rechtskräftiger Leistungsentscheid vorliegt. Rechtskräftige Leistungsentscheide bleiben bestehen. Im Lichte dieser Ausführungen ist nicht davon auszugehen, dass bereits erstellte G.____-Gutachten per se als nicht beweismässig anzusehen sind. Jedoch ist in diesem Zusammenhang auf den zwischenzeitlich ergangenen Bundesgerichtsentscheid 8C_122/2023 vom 26. Februar 2024 hinzuweisen. Darin führte das Bundesgericht aus, bei der Würdigung von durch die G.____ erstellten Gutachten sei dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die IV gestützt auf die am 4. Oktober 2023 veröffentlichte Empfehlung EKQMB die Vergabe von bi- und polydisziplinären Expertisen an diese Gutachterstelle beendet habe. In der Übergangssituation, in der bereits eingeholte Gutachten der G.____ zu würdigen seien, rechtfertigt es sich, an die Beweiswürdigung strengere Anforderungen zu stellen und die beweismässige Situation mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen zu vergleichen. In solchen Fällen genügen bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, um eine neue Begutachtung anzuordnen bzw. ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urteil des Bundesgerichts 8C_122/2023 vom 26. Februar 2024 E. 2.3).

Demnach ist auch im vorliegenden Fall zu prüfen, ob das G.____-Gutachten vom 12. Juli 2021 die vorgenannten strengen Beweiskriterien gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung erfüllt.

6.1 Im orthopädischen Teilgutachten (IV-Nr. 225.1, S. 79) zeigte der orthopädische Gutachter überzeugend auf, dass beim Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen: Der Beschwerdeführer klagt vorrangig über seit circa zehn Jahren bestehende lumbale und lumboischialgieforme rechtsseitige Beschwerden. Angegeben werde ein ständiger Schmerz, der durch bestimmte Körperhaltungen (zum Beispiel Oberkörpervorhalte) akzentuiert werde. Darüber hinaus berichte der Versicherte über rezidivierende Schmerzen im Sinne eines «Hexenschusses». Bei der hiesigen orthopädisch-neurologischen Untersuchung habe sich kein Störungsbefund erheben lassen. Auch hätten sich keine Zeichen eines chronischen Lumbalsyndroms (kein paravertebraler Muskelhartspann, keine namhafte Einschränkung der spontanen Mobilität) gefunden. Passend hierzu beschreibe das aktuelle MRI der LWS, bis auf geringe degenerative Veränderungen auf Höhe BWK 12/LWK 1, keine wesentlichen degenerativen Veränderungen der LWS, keine Zeichen für entzündliche Veränderungen sowie keine neuroforaminalen Stenosen bei normal weitem Spinalkanal. Auch für die geklagten ständigen Nackenbeschwerden (seit einem Unfall im Jahr 2004) finde sich kein klinisches orthopädisch-neurologisches Befundkorrelat. Die im MRI beschriebenen degenerativen Veränderungen mit leichter osteogener neuroforaminaler Enge von C6 zeigten in der klinischen Untersuchung keinen adäquaten Störungsbefund. Bereits aktenkundig sei im interdisziplinär medizinischen Gutachten des I.____ auf das Fehlen von die geklagten Beschwerden erklärenden somatischen Befunden hingewiesen worden. Auch für die berichteten bilateralen Kniebeschwerden finde sich in der klinischen und bildmorphologischen Diagnostik kein erklärender Störungsbefund. Hinsichtlich der geklagten Leistenschmerzen links finde sich bei der klinischen Untersuchung ein

altersentsprechender Normalbefund, bis auf die Angabe einer Druckdolenz im Bereich des Trochanters, der Leiste und dem vorderen Beckenring links. Der aktenkundige MRI-Bericht (M.____ vom 24. November 2020) beschreibe die im Vergleich zur Voruntersuchung vom 30. Juli 2020 regredienten ödematösen intramedullären Knochenmarksveränderungen im proximalen Femurschaft links. Diese würden in Anbetracht des Verlaufes als ein in Abheilung befindlicher Knochenmarkinfarkt interpretiert. Darüber hinaus habe sich in der MRI-Untersuchung vom 24. November 2020 eine leichte inflammatorische Insertionstendopathie der Gluteus medius-Sehne am Trochanter major beidseits gezeigt. Die in der Bildgebung beschriebenen Befunde erklärten die geklagten Leistenschmerzen links bei fehlendem klinischem Störungsbefund nicht. In der klinischen Untersuchung finde sich ein deutlicher Knicksenkfuß beidseits mit Druckschmerzangabe am Os naviculare rechts, dies sei am ehesten im Sinne einer belastungsbedingten Insertionstendinopathie der Tibialis posterior-Sehne zu interpretieren. Dies sei bereits im Vorgutachten des I.____ beschrieben worden und bleibe ohne namhaften Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Zu empfehlen sei jedoch die Versorgung mit orthopädischen Schuheinlagen zur Unterstützung des medialen Fussrandes und somit Entlastung der Insertion der Tibialis posterior-Sehne.

Gestützt auf die vorgehenden nachvollziehbaren Ausführungen ist entsprechend auch die gutachterliche Schlussfolgerung überzeugend, wonach der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht weder in seiner bisherigen Tätigkeit als Automatiker noch in einer angepassten Tätigkeit in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei. Auch die gutachterliche Feststellung, wonach sich retrospektiv ebenfalls keine Anhaltspunkte für eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit herausarbeiten liessen, leuchtet gestützt auf die Vorakten ein. Demnach ist auf das beweiswertige orthopädische Teilgutachten der G.____ abzustellen.

6.2 Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 225.1, S. 57) wurde in nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass aus neurologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen waren: Der klinisch neurologische Untersuchungsbefund habe keine nervalen Dehnungszeichen, weder cervical noch lumbal gezeigt. Die Hirnnervenfunktionen stellten sich in allen Einzelheiten regelrecht dar. Manifeste oder latente Paresen hätten nicht vorgelegen, keine Muskelatrophien und keine Faszikulationen. Die Reflextätigkeit habe sich auf lebhaftem Niveau seitengleich normal präsentiert und zeige die Intaktheit der Reflexbögen an. Hinweise auf eine Schädigung der Rückenmarksfunktionen hätten sich nicht ergeben. Bei der Überprüfung der Sensibilität sei für alle Qualitäten ein normales Empfinden angegeben worden. Die koordinativen Funktionen hätten sich vollständig regelrecht dargestellt. Hinweise auf vegetative Störungen hätten sich ebenfalls nicht ergeben. Zusammenfassend liege ein klinisch neurologisch unauffälliger Untersuchungsbefund vor. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei in allen Abschnitten nicht namhaft limitiert gewesen. Die angegebene Kopfschmerzsymptomatik könne als Spannungskopfschmerz klassifiziert werden und sei einer leitliniengerechten Therapie, welche aktenkundig und den hiesigen Angaben zu Folge nicht durchgeführt worden sei, einfach zugänglich. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen der Angabe starker bis stärkster Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schmerzen in der Lendenwirbelsäule einerseits und dem Fehlen einer entsprechend adäquaten kontinuierlichen medizinischen Behandlung andererseits. So werde lediglich bei Bedarf zweimal in der Woche Ibuprofen 600 mg eingenommen. Bei vollständig regelrechtem

klinisch neurologischem Untersuchungsbefund finde sich keine organisch-neurologische Erklärung für die angegebenen Beschwerden.

Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen ist auch die gutachterliche Schlussfolgerung überzeugend, wonach der Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht weder in seiner bisherigen Tätigkeit noch in einer angepassten Tätigkeit in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei. Im Übrigen ergeben sich aus den Akten im zeitlichen Verlauf ebenfalls keine Hinweise auf neurologisch bedingte Einschränkung, was denn auch im neurologischen Teilgutachten entsprechend festgestellt wurde. Demnach ist auf das beweismässige neurologische Teilgutachten der G. ___ abzustellen.

6.3 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 225.1, S. 34) wurden ebenfalls keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erhoben. Dies wurde vom internistischen Gutachter nachvollziehbar dargelegt: Der hiesige internistische Befund habe die kardiale Befunderhebung in Ruhe und nach Belastung wie auch den arteriellen Gefässstatus unauffällig gezeigt. Die Blutdruckmessungen hätten normotone Werte ergeben. Die pulmonale Befunderhebung habe in Ruhe, bei forcierter Atmung Vesikulärräuschen ohne Nebengeräusche und ohne eine, wie anamnestisch angegeben, erneute Schmerzreklamation gezeigt. Einen Belastungstest durch Treppensteigen habe der Versicherte internistisch beschwerdefrei durchführen können. Das abgeleitete EKG habe einen unauffälligen Stromkurvenverlauf aufgezeigt. Zusammenfassend seien somit hinsichtlich des kardialen und pulmonalen Status keine richtungsweisenden Befunde hinsichtlich der reklamierten Kreislaufbeschwerden und somit aus internistischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit abzuleiten, dies gestützt durch die eigenberichtete Wegfähigkeit mit täglichen Spaziergängen bis zu 30 Minuten Dauer und der internistisch beschwerdefrei absolvierten Belastungsphase. Sodann habe die abdominale Befunderhebung unauffällige Befunde gezeigt. Insbesondere habe sich bei der Palpation der Bauchdecken kein epigastrischer Schmerz gezeigt, zudem sei kein Sodbrennen auslösbar gewesen, was für eine gute medikamentöse Einstellung mittels Protonenpumpeninhibitor spreche. Richtungsweisende Befunde, die internistisch kausal die anamnestisch angegebene Appetitlosigkeit und Durchfallneigung erklären würden, hätten sich nicht gezeigt. Der Versicherte sei während der internistischen Untersuchung stets attent, aufmerksam, freundlich und kooperativ gewesen. Internistisch sei ein Sistieren des Nikotin- sowie Cannabiskonsums anzuraten. Die Labordiagnostik hätten eine Thrombozytose, eine Erhöhung der Blutplättchen, die idiopathisch oder während einer Entzündungsreaktion auftreten könne, sowie eine Leukozytose gezeigt, die unspezifisch auf einen ablaufenden Entzündungsprozess hinweise und bei zugleich nachweisbarer Monozytose am ehesten auf einen M. Pfeiffer deute. Eine hausärztliche Kontrolle des Blutbildes zur differenzialdiagnostischen Abklärung sei empfehlenswert und angeraten worden. Dem erniedrigten Kreatininwert im Urin komme per se bei sonst unauffälligen Nierenparametern keine pathologische Bedeutung zu. Im Substanznachweis seien die Cannabinoide qualitativ positiv und quantitativ >180ng/ml nachweisbar gewesen, was auf einen Cannabiskonsum deute. Der unterhalb des therapeutischen Bereichs liegende Medikamentenspiegel des Ibuprofens deute auf einen eher geringen Schmerzmittelbedarf und ein somit eher geringeres Schmerzniveau hin. Die eigenberichtete Alltagsgestaltung mit den Befähigungen, die Haushaltsbesorgungen hälftig gemeinsam mit seiner Partnerin zu erledigen, täglich bis zu 30 Minuten spazieren zu gehen, zwei Hauskatzen zu versorgen und im Jahr 2020 als Beifahrer mit dem Auto zwei Tage nach [...] zu reisen, sprächen neben

dem internistisch beschwerdefrei absolvierten Belastungstest durch Treppensteigen über zwei Etagen für erhaltene Ressourcen.

Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen vermag schliesslich auch die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach sich im internistischen Fachgebiet aufgrund des Aktenkapitels, der Anamnese und der Befunderhebung somit keine Hinweise auf Erkrankungen ergäben, die eigenständige dauerhafte Einschränkungen der Belastbarkeit in der angestammten oder einer vergleichbaren Tätigkeit bedingen. Auch rückblickend sei anamnestisch und aktenkundig keine internistische Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zu erkennen. Anderslautende internistische Berichte mit internistisch begründeten Arbeitsunfähigkeiten lägen nicht vor. Demnach ist auf das beweismässige internistische Teilgutachten der G. ___ abzustellen.

6.4

6.4.1 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 225.1, S. 106) wurde ausgeführt, die testpsychologische Untersuchung habe formal unterdurchschnittliche Testergebnisse in den Bereichen des mittelfristigen visuellen Gedächtnisses, der intrinsischen Alertness, der Verarbeitungsgeschwindigkeit, der fluiden Intelligenz sowie des figuralen divergenten Denkens ergeben. Die Symptomvalidierung habe jedoch einen deutlichen Hinweis auf ein nicht authentisches Antwortverhalten gezeigt. Im hier vorliegenden Fall des untersuchten Versicherten sei mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer Antwortverzerrung auszugehen. Zudem habe sich beim Versicherten eine mittlere Reaktionszeit von 614 msek (intrinsische Alertness) und ein Variationskoeffizient von 54 (intrinsische Alertness) ergeben. Hier bestehe also ebenfalls ein deutlicher Anhalt für ein verfälschendes Antwortverhalten. Das Instruktionsverständnis und die Umstellfähigkeit seien ausreichend gegeben. Die Frustrationstoleranz sei gut gegeben. Es zeigten sich keine Ermüdungserscheinungen und Pausen würden nicht reklamiert. Die Arbeitsrichtung bei Papier/Bleistift-Aufgaben sei regelrecht, die visuelle Exploration systematisch. Linkshändigkeit. Visus intakt. Aufgrund der erheblich auffälligen Symptomvalidierung seien die formal auffälligen Leistungen in den übrigen testpsychologischen Untersuchungen nicht im Sinne einer kognitiven Störung interpretierbar. In Zusammenschau der Ergebnisse der kognitiven Testung zeige sich kein ausreichender Anhalt für eine behinderungsrelevante kognitive Störung.

Sodann setzte sich der psychiatrische Gutachter mit den von ihm gestellten Diagnosen auseinander und führte aus, im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund fänden sich eine bedrückte und wenig schwingungsfähige Stimmung und Hinweise auf einen teilweisen Verlust von Freude und Genuss im Alltag. Zudem würden Insuffizienzgefühle, Zukunftsängste, eine Grübelneigung, Schlafstörungen und schmerzbedingte Konzentrationsstörungen angegeben. Die Verhaltensbeobachtung, die Angaben zur Alltagsaktivität (Haushaltsführung, Führen einer Partnerschaft, familiäre Kontakte) stützten den Eindruck einer Depressivität. Im Einklang mit den aktenkundigen Vorbewertungen sei die beschriebene Symptomkonstellation mit den ICD-10-konformen Voraussetzungen einer mittelgradigen depressiven Episode vereinbar. Der hier überschaubare Krankheitsverlauf spreche für eine chronifizierte depressive Entwicklung seit etwa 2018, wobei frühere depressive Episoden nicht klar abzugrenzen seien (kein rezidivierender Verlauf). Die seit 2018 begonnene Behandlung habe die abendliche Gabe von Trimipramin in geringer Dosierung und regelmässige Gesprächskontakte (alle zwei bis drei Wochen) bis zum Beginn der Corona-Pandemie im April 2020 umfasst. Eine stationäre oder teilstationäre Behandlung sei nicht durchgeführt worden, nach Angaben des

Versicherten sei eine teilweise Besserung der depressiven Symptomatik unter Trimipramin erreicht worden. Der Therapieverlauf bestätige, dass eine unipolare Depression grundsätzlich einer leitliniengerechten Behandlung zugänglich sei; beim Beschwerdeführer seien jedoch die Behandlungsoptionen nicht ausgeschöpft worden. Durch eine Optimierung der antidepressiven Medikation und eine ambulante Psychotherapie (gegebenenfalls auch im stationären Rahmen) sei eine weitere Besserung daher wahrscheinlich. Parallel zur depressiven Symptomatik hätten sich auch Panikattacken mit einer typischen vegetativen Begleitsymptomatik entwickelt, die an gewisse Auslösesituationen gebunden seien (vor allem Aufenthalt in Menschenmengen, Schlange stehen, Reisen ohne Begleitung). Es habe sich ein Vermeidungsverhalten entwickelt und zwischen den einzelnen Angstattacken seien keine typischen Angstbeschwerden zu explorieren gewesen. Der Versicherte beschreibe eine Besserung der Angstattacken in den oben genannten Auslösesituationen unter der Behandlung mit Surmontil. Insgesamt seien somit die ICD-10-Kriterien einer Agoraphobie mit Panikstörung hinreichend erfüllt, wobei auch hier unter einer laufenden und leitliniengerechten Behandlung (die auch eine ambulante Verhaltenstherapie umschliesse) eine weitere Remission der bereits zum Teil zurückgebildeten Beschwerden zu erwarten sei. Sodann seien die angegebenen Kopfschmerzen, die Schmerzen im Bewegungsapparat und die Lungenschmerzen hier keiner anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zuzuordnen. Es fehle im klinischen Eindruck ein schwerer und quälender Dauerschmerz, darüber hinaus habe zum Zeitpunkt der Schmerzentstehung keine psychosoziale oder emotionale Belastungssituation bestanden, vor dessen Hintergrund sich der chronische Schmerz hätte entwickeln können. Die ICD-10-konformen Voraussetzungen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien somit nicht abzuleiten. Auch die Sonderform einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei hier nicht zu diagnostizieren, da alle F45.4-Diagnosen bei einer gleichzeitig bestehenden Affektstörung (hier mittelgradige depressive Störung und Agoraphobie mit Panikstörung) nach den ICD-10-Regeln nicht nochmals gesondert zu codieren seien (Schmerzangaben also in der affektiven Störungsdiagnose bereits aufgingen). Des Weiteren fänden sich im Laborscreening Hinweise auf Cannabis und einen vermehrten Alkoholkonsum in den letzten 7 bis 14 Tagen. Die Laborbefunde stimmten nicht mit den Angaben des Versicherten in der Anamnese überein und seien ein möglicher Hinweis auf einen Missbrauch von Cannabis und Alkohol. Der mögliche Missbrauch sollte unter ärztlicher Kontrolle beendet werden und regelmässige Kontrolluntersuchungen überprüft werden, zumal die angegebenen depressiv ängstlichen Beschwerden mit den Wirkungen und Nebenwirkungen des Missbrauchs von Cannabis und Alkohol interferierten. Bei der Plausibilitätsprüfung finde sich eine auffällige Diskrepanz zwischen der hohen angegebenen Schmerzstärke und dem wenig auffälligen klinischen Eindruck. Auch die Konzentrationsleistung während der etwa 90-minütigen Exploration entspreche nicht den unterdurchschnittlichen Leistungen bei den orientierenden Kurztests (Kettensubtraktion, Rückwärtsaufzählen der Monatsnamen). Die aktuellen Therapiemassnahmen stünden in keinem Verhältnis zum hier vorgebrachten Leidensdruck. Auch wenn der orientierende Test zur Beschwerdevalidierung mit dem unterdurchschnittlichen Ergebnis (11 von 15 Punkten im Rey Memory Test) formal unauffällig sei, entspreche dieses Ergebnis auch nicht der zu erwartenden kognitiven Leistung. Ferner sei beobachtet worden, dass das Bewegungsausmass der Lendenwirbelsäule zum Teil als eingeschränkt, zum Teil als unauffällig präsentiert worden sei. Der aktenkundig vorbeschriebene Cannabismissbrauch sei hier auf Nachfrage nicht mehr angegeben worden, habe aber im Labor erneut nachgewiesen werden können.

Zusammengefasst fänden sich somit mehrere Hinweise auf eine inkonsistente Beschwerdepäsentation. In der testpsychologischen Zusatzbegutachtung zeigten sich ebenfalls Auffälligkeiten bei der Beschwerdevalidierung. Sodann könnten die Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit paranoiden, anankastischen und narzisstischen Anteilen aus den Darstellungen des Vorgutachters (vermehrte Kränkbarkeit, Rigidität, Perfektionismus und querulatorische Tendenz) nachvollzogen werden. Der überschaubare Längsschnitt vor 2004 zeige jedoch keine Verhaltensmerkmale, die auf eine Persönlichkeitsstörung schliessen liessen. Die oben beschriebene Persönlichkeitsakzentuierung sei aus Sicht des Gutachters nachvollziehbar, aber anhand seiner aktuellen Erhebungen allenfalls als Verdacht zu formulieren.

Hinsichtlich des Beweiswertes der vorgehenden gutachterlichen Ausführungen ist festzuhalten, dass der Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen zwar grundsätzlich nachvollziehbar begründet hat. Jedoch wurde die vom Gutachter ebenfalls einleuchtend begründete Diagnose «Agoraphobie mit Panikstörung» (s. IV-Nr. 225.1, S. 132) weder in der Diagnoseliste auf S. 129 des psychiatrischen Teilgutachtens noch in der zusammenfassenden Diagnoseliste der Gesamtbeurteilung auf S. 6 f. aufgeführt. Wieso diese an sich regelrecht gestellte Diagnose nicht in der Diagnoseliste aufgenommen wurde, ist dem Gutachten nicht zu entnehmen. Zudem hat der Gutachter die Frage nach einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Referenzzeitpunkt ■ Verfügung vom 25. Februar 2013 ■ unzureichend beantwortet, indem er lediglich festhielt, der Verfügung vom 25. Februar 2013 sei noch keine psychiatrische Leistungsbeurteilung zugrunde gelegen. Hierbei hat er jedoch das D. ___-Gutachten vom 26. Mai 2010 ausser Acht gelassen. Diese Mängel genügen an sich bereits, um geringe Zweifel am Gutachten aufkommen zu lassen. Wie zudem in E. II. 6.4.2 hiernach dargelegt wird, vermag auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen.

6.4.2

6.4.2.1 Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers führte der psychiatrische Gutachter aus, die angestammte oder eine vergleichbare Tätigkeit seien als leistbar anzusehen. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit sei dabei mit 50 % einzuschätzen und eine Steigerung auf 100 % per Anfang Oktober 2021 ist zu erwarten.

Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % 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. 7.3.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass insgesamt von einer mittelgradigen Ausprägung der gestellten Diagnosen auszugehen ist.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, ein erster nichtdokumentierter Behandlungsversuch sei 2013 erfolgt. Seit 2018 habe die depressive Symptomatik unter einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (Psychotherapie alle zwei bis drei Wochen bis April 2020, Trimipramin 25 mg) teilweise gebessert werden können. Der aktenkundig vorbeschriebene Cannabismissbrauch werde bei der hiesigen Untersuchung nicht mehr angegeben; im Labor hätten sich jedoch Hinweise auf einen fortgesetzten Cannabis- und möglicherweise auch Alkoholmissbrauch ergeben. Bei der aktuellen Untersuchung fänden sich begleitend zur depressiven Symptomatik Hinweise auf eine Agoraphobie mit Panikstörungen, die sich auch unter der laufenden Medikation teilweise gebessert habe. Grundsätzlich seien längere Arbeitsunfähigkeitsattestierungen bei einer depressiven Störung therapeutisch nicht sinnvoll, da sie zu einer negativen Verstärkung führten. Eine angepasste Tätigkeit sei aus therapeutischer Sicht zur Verbesserung von Tagesstruktur, Selbstwert, Selbstwirksamkeit, sozialer Teilhabe und zum Abbau von Vermeidungsverhalten indiziert. Nach Beendigung des möglichen Cannabis- und Alkoholmissbrauchs und Wiederaufnahme einer leitliniengerechten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei vor dem Hintergrund einer jahrelangen Arbeitslosigkeit eine schrittweise Wiedereingliederung begleitend zur Behandlung zu empfehlen. Höhere Stressbelastungen, Nacharbeit und höhere Anforderungen an die Konzentrationsleistungen sollten dabei vorerst vermieden werden. Durch Fortsetzung der leitliniengerechten Behandlung (Psychotherapie und antidepressive Medikation) sollte eine schrittweise Wiedereingliederung (gemessen am Therapiefortschritt) innerhalb von drei bis sechs Monaten erfolgen. Eine Beendigung des

Cannabis- und Alkoholmissbrauchs unter ärztlicher Aufsicht sei anzuraten. Gestützt auf die vorstehenden gutachterlichen Ausführungen ist somit nicht von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz auszugehen.

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). Neben der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode, teilremittiert (ICD-10: F32.1) ist vorliegend als Komorbidität die Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) zu nennen. Ob dieser Komorbidität im konkreten Fall zusätzliche eine ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist, kann dem psychiatrischen Teilgutachten jedoch nicht entnommen werden.

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 ist dem psychiatrischen Teilgutachten zu den persönlichen Ressourcen des Beschwerdeführers zu entnehmen, die aktuelle mittelgradige depressive Symptomatik, begleitet von den residuellen Beschwerden einer Agoraphobie mit Panikstörung, führe zu einer Einschränkung der Belastbarkeit, der sozialen Kompetenz, des Nachtschlafes und zu einer leichten Einschränkung der Konzentrationsleistung. Es fänden sich keine Probleme bei der Selbstversorgung, bei der Haushaltsführung und beim Führen einer Partnerschaft. Der Versicherte habe zwei Berufsausbildungen absolviert, besitze ein Handelsdiplom und verfüge über eine ausreichend günstige Prognose und Belastbarkeit für eine berufliche Wiedereingliederung parallel zu einer laufenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Sodann ist dem Gutachten hinsichtlich der sozialen Ressourcen des Beschwerdeführers zu entnehmen, seit acht Jahren sei er mit einer 39-jährigen Frau liiert, die etwa fünf Kilometer von ihm entfernt wohne. Er selbst bewohne eine zweigeschossige Erdgeschoss-Mietwohnung. Er stehe morgens zwischen 08:00 Uhr und 09:00 Uhr auf und gehe zwischen 22:00 Uhr und 00:00 Uhr zu Bett. Die Wäschepflege übernehme seine Freundin, die übrige Hausarbeit erledige er ohne fremde Hilfe. Er koche sich täglich etwas Warmes, manchmal auch für seine Freundin. Den Einkauf erledige er meist allein, oftmals bringe seine Partnerin ihm

aber auch einige Dinge mit. Er sehe seine Freundin fast täglich und vor allem am Wochenende. Auch habe er regelmässige Kontakte zu seiner Familie und den Brüdern seiner Partnerin. Ansonsten habe er kaum soziale Kontakte. Er würde gerne nach der Corona-Pandemie verreisen, ihm fehle jedoch das Geld. Seinen letzten Ausflug habe er vor einem Jahr nach [...] gemacht. Zusammenfassend liegen demnach beim Beschwerdeführer 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. Demnach ist das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus zu verneinen.

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 führte der psychiatrische Gutachter aus, bei der Plausibilitätsprüfung finde sich eine auffällige Diskrepanz zwischen der hohen angegebenen Schmerzstärke und dem wenig auffälligen klinischen Eindruck. Auch die Konzentrationsleistung während der etwa 90-minütigen Exploration entspreche nicht den unterdurchschnittlichen Leistungen bei den orientierenden Kurztests (Kettensubtraktion, Rückwärtsaufzählen der Monatsnamen). Die aktuellen Therapiemassnahmen stünden in keinem Verhältnis zum hier vorgebrachten Leidensdruck. Auch wenn der orientierende Test zur Beschwerdevalidierung mit dem unterdurchschnittlichen Ergebnis (11 von 15 Punkten im Rey Memory Test) formal unauffällig sei, entspreche dieses Ergebnis auch nicht der zu erwartenden kognitiven Leistung. Ferner sei beobachtet worden, dass das Bewegungsausmass der Lendenwirbelsäule zum Teil als eingeschränkt, zum Teil als unauffällig präsentiert worden sei. Der aktenkundig vorbeschriebene Cannabismissbrauch sei hier auf Nachfrage nicht mehr angegeben worden, habe aber im Labor erneut nachgewiesen werden können. Somit fänden somit mehrere Hinweise auf eine inkonsistente Beschwerdepräsentation. Zusammenfassend ist gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen von einem geringen Leidensdruck auszugehen.

6.4.2.2 Gestützt auf die vorgehende Indikatorenprüfung erweisen sich die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen kaum erstellt. Eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wie sie der psychiatrische Gutachter postuliert, lässt sich nach dem in E. II 6.4.2.1 hiervor Gesagten anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 nicht erhärten. Die vorhandenen medizinischen Grundlagen erlauben es aber auch nicht, dass das Gericht selbst eine Schätzung der Arbeitsfähigkeit vornimmt. Insbesondere lässt sich auf dieser Basis eine relevante Arbeitsunfähigkeit nicht zuverlässig verneinen. Hinzu kommt, dass im psychiatrischen Teilgutachten auch die Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar begründet wurde. So übernahm der Gutachter nur die diesbezüglichen

Angaben aus den Akten (s. S. 139 des Gutachtens; IV-Nr. 225.1), ohne den Verlauf selbst zu beurteilen bzw. die diesbezüglichen Akten allenfalls kritisch zu prüfen. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde dann zwar festgehalten, es bestehe aus psychiatrischer Sicht seit ca. 2016 in jeglichen Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Dies wurde im Gutachten jedoch ebenfalls nicht näher begründet.

6.4.3 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass am psychiatrischen Teilgutachten der G.____ mindestens geringe Zweifel bestehen, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

E. 5

Dem Beschwerdeführer sei für das vorliegende Beschwerdeverfahren die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren. Von der Erhebung eines Gerichtskostenvorschusses sei abzusehen. Über das hängige Armenrechtsgesuch sei mittels prozessleitender Verfügung umgehend zu entscheiden, damit der Anwalt des Versicherten disponieren kann (vgl. BGE 101 Ia 34).

E. 6

Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheides sei dem Unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung resp. einer armenrechtlichen Entschädigung zu geben (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV).

E. 6.4

6.4.1 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 225.1, S. 106) wurde ausgeführt, die testpsychologische Untersuchung habe formal unterdurchschnittliche Testergebnisse in den Bereichen des mittelfristigen visuellen Gedächtnisses, der intrinsischen Alertness, der Verarbeitungsgeschwindigkeit, der fluiden Intelligenz sowie des figuralen divergenten Denkens ergeben. Die Symptomvalidierung habe jedoch einen deutlichen Hinweis auf ein nicht authentisches Antwortverhalten gezeigt. Im hier vorliegenden Fall des untersuchten Versicherten sei mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer Antwortverzerrung auszugehen. Zudem habe sich beim Versicherten eine mittlere Reaktionszeit von 614 msek (intrinsische Alertness) und ein Variationskoeffizient von 54 (intrinsische Alertness) ergeben. Hier bestehe also ebenfalls ein deutlicher Anhalt für ein verfälschendes Antwortverhalten. Das Instruktionsverständnis und die Umstellfähigkeit seien ausreichend gegeben. Die Frustrationstoleranz sei gut gegeben. Es zeigten sich keine Ermüdungserscheinungen und Pausen würden nicht reklamiert. Die Arbeitsrichtung bei Papier/Bleistift-Aufgaben sei regelrecht, die visuelle Exploration systematisch. Linkshändigkeit. Visus intakt. Aufgrund der erheblich auffälligen Symptomvalidierung seien die formal auffälligen Leistungen in den übrigen testpsychologischen Untersuchungen nicht im Sinne einer kognitiven Störung interpretierbar. In Zusammenschau der Ergebnisse der kognitiven Testung zeige sich kein ausreichender Anhalt für eine behinderungsrelevante kognitive Störung. Sodann setzte sich der psychiatrische Gutachter mit den von ihm gestellten Diagnosen auseinander und führte aus, im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund fänden sich eine bedrückte und wenig schwingungsfähige Stimmung und Hinweise auf einen teilweisen Verlust von Freude und Genuss im Alltag. Zudem würden Insuffizienzgefühle, Zukunftsängste, eine Grübelneigung, Schlafstörungen und schmerzbedingte Konzentrationsstörungen angegeben. Die Verhaltensbeobachtung, die Angaben zur Alltagsaktivität (Haushaltsführung, Führen einer Partnerschaft, familiäre Kontakte) stützten

den Eindruck einer Depressivität. Im Einklang mit den aktenkundigen Vorbewertungen sei die beschriebene Symptomkonstellation mit den ICD-10-konformen Voraussetzungen einer mittelgradigen depressiven Episode vereinbar. Der hier überschaubare Krankheitsverlauf spreche für eine chronifizierte depressive Entwicklung seit etwa 2018, wobei frühere depressive Episoden nicht klar abzugrenzen seien (kein rezidivierender Verlauf). Die seit 2018 begonnene Behandlung habe die abendliche Gabe von Trimipramin in geringer Dosierung und regelmässige Gesprächskontakte (alle zwei bis drei Wochen) bis zum Beginn der Corona-Pandemie im April 2020 umfasst. Eine stationäre oder teilstationäre Behandlung sei nicht durchgeführt worden, nach Angaben des Versicherten sei eine teilweise Besserung der depressiven Symptomatik unter Trimipramin erreicht worden. Der Therapieverlauf bestätige, dass eine unipolare Depression grundsätzlich einer leitliniengerechten Behandlung zugänglich sei; beim Beschwerdeführer seien jedoch die Behandlungsoptionen nicht ausgeschöpft worden. Durch eine Optimierung der antidepressiven Medikation und eine ambulante Psychotherapie (gegebenenfalls auch im stationären Rahmen) sei eine weitere Besserung daher wahrscheinlich. Parallel zur depressiven Symptomatik hätten sich auch Panikattacken mit einer typischen vegetativen Begleitsymptomatik entwickelt, die an gewisse Auslösesituationen gebunden seien (vor allem Aufenthalt in Menschenmengen, Schlange stehen, Reisen ohne Begleitung). Es habe sich ein Vermeidungsverhalten entwickelt und zwischen den einzelnen Angstattacken seien keine typischen Angstbeschwerden zu explorieren gewesen. Der Versicherte beschreibe eine Besserung der Angstattacken in den oben genannten Auslösesituationen unter der Behandlung mit Surmontil. Insgesamt seien somit die ICD-10-Kriterien einer Agoraphobie mit Panikstörung hinreichend erfüllt, wobei auch hier unter einer laufenden und leitliniengerechten Behandlung (die auch eine ambulante Verhaltenstherapie umschliesse) eine weitere Remission der bereits zum Teil zurückgebildeten Beschwerden zu erwarten sei. Sodann seien die angegebenen Kopfschmerzen, die Schmerzen im Bewegungsapparat und die Lungenschmerzen hier keiner anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zuzuordnen. Es fehle im klinischen Eindruck ein schwerer und quälender Dauerschmerz, darüber hinaus habe zum Zeitpunkt der Schmerzentstehung keine psychosoziale oder emotionale Belastungssituation bestanden, vor dessen Hintergrund sich der chronische Schmerz hätte entwickeln können. Die ICD-10-konformen Voraussetzungen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien somit nicht abzuleiten. Auch die Sonderform einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei hier nicht zu diagnostizieren, da alle F45.4-Diagnosen bei einer gleichzeitig bestehenden Affektstörung (hier mittelgradige depressive Störung und Agoraphobie mit Panikstörung) nach den ICD-10-Regeln nicht nochmals gesondert zu codieren seien (Schmerzangaben also in der affektiven Störungsdiagnose bereits aufgingen). Des Weiteren fänden sich im Laborscreening Hinweise auf Cannabis und einen vermehrten Alkoholkonsum in den letzten 7 bis 14 Tagen. Die Laborbefunde stimmten nicht mit den Angaben des Versicherten in der Anamnese überein und seien ein möglicher Hinweis auf einen Missbrauch von Cannabis und Alkohol. Der mögliche Missbrauch sollte unter ärztlicher Kontrolle beendet werden und regelmässige Kontrolluntersuchungen überprüft werden, zumal die angegebenen depressiv ängstlichen Beschwerden mit den Wirkungen und Nebenwirkungen des Missbrauchs von Cannabis und Alkohol interferierten. Bei der Plausibilitätsprüfung finde sich eine auffällige Diskrepanz zwischen der hohen angegebenen Schmerzstärke und dem wenig auffälligen klinischen Eindruck. Auch die Konzentrationsleistung während der etwa 90-minütigen Exploration entspreche nicht den unterdurchschnittlichen Leistungen bei

den orientierenden Kurztests (Kettensubtraktion, Rückwärtsaufzählen der Monatsnamen). Die aktuellen Therapiemassnahmen stünden in keinem Verhältnis zum hier vorgebrachten Leidensdruck. Auch wenn der orientierende Test zur Beschwerdevalidierung mit dem unterdurchschnittlichen Ergebnis (11 von 15 Punkten im Rey Memory Test) formal unauffällig sei, entspreche dieses Ergebnis auch nicht der zu erwartenden kognitiven Leistung. Ferner sei beobachtet worden, dass das Bewegungsausmass der Lendenwirbelsäule zum Teil als eingeschränkt, zum Teil als unauffällig präsentiert worden sei. Der aktenkundig vorbeschriebene Cannabismissbrauch sei hier auf Nachfrage nicht mehr angegeben worden, habe aber im Labor erneut nachgewiesen werden können. Zusammengefasst fänden sich somit mehrere Hinweise auf eine inkonsistente Beschwerdepräsentation. In der testpsychologischen Zusatzbegutachtung zeigten sich ebenfalls Auffälligkeiten bei der Beschwerdevalidierung. Sodann könnten die Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit paranoiden, anankastischen und narzisstischen Anteilen aus den Darstellungen des Vorgutachters (vermehrte Kränkbarkeit, Rigidität, Perfektionismus und querulatorische Tendenz) nachvollzogen werden. Der überschaubare Längsschnitt vor 2004 zeige jedoch keine Verhaltensmerkmale, die auf eine Persönlichkeitsstörung schliessen liessen. Die oben beschriebene Persönlichkeitsakzentuierung sei aus Sicht des Gutachters nachvollziehbar, aber anhand seiner aktuellen Erhebungen allenfalls als Verdacht zu formulieren. Hinsichtlich des Beweiswertes der vorgehenden gutachterlichen Ausführungen ist festzuhalten, dass der Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen zwar grundsätzlich nachvollziehbar begründet hat. Jedoch wurde die vom Gutachter ebenfalls einleuchtend begründete Diagnose «Agoraphobie mit Panikstörung» (s. IV-Nr. 225.1, S. 132) weder in der Diagnoseliste auf S. 129 des psychiatrischen Teilgutachtens noch in der zusammenfassenden Diagnoseliste der Gesamtbeurteilung auf S. 6 f. aufgeführt. Wieso diese an sich regelrecht gestellte Diagnose nicht in der Diagnoseliste aufgenommen wurde, ist dem Gutachten nicht zu entnehmen. Zudem hat der Gutachter die Frage nach einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Referenzzeitpunkt – Verfügung vom 25. Februar 2013 – unzureichend beantwortet, indem er lediglich festhielt, der Verfügung vom 25. Februar 2013 sei noch keine psychiatrische Leistungsbeurteilung zugrunde gelegen. Hierbei hat er jedoch das D.____-Gutachten vom 26. Mai 2010 ausser Acht gelassen. Diese Mängel genügen an sich bereits, um geringe Zweifel am Gutachten aufkommen zu lassen. Wie zudem in E. II. 6.4.2 hiernach dargelegt wird, vermag auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen.

E. 6.4.2

6.4.2.1 Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers führte der psychiatrische Gutachter aus, die angestammte oder eine vergleichbare Tätigkeit seien als leistbar anzusehen. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit sei dabei mit 50 % einzuschätzen und eine Steigerung auf 100 % per Anfang Oktober 2021 ist zu erwarten. Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % 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 Prüfungsraaster 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. 7.3.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass insgesamt von einer mittelgradigen Ausprägung der gestellten Diagnosen auszugehen ist. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, ein erster nichtdokumentierter Behandlungsversuch sei 2013 erfolgt. Seit 2018 habe die depressive Symptomatik unter einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (Psychotherapie alle zwei bis drei Wochen bis April 2020, Trimipramin 25 mg) teilweise gebessert werden können. Der aktenkundig vorbeschriebene Cannabismissbrauch werde bei der hiesigen Untersuchung nicht mehr angegeben; im Labor hätten sich jedoch Hinweise auf einen fortgesetzten Cannabis- und möglicherweise auch Alkoholmissbrauch ergeben. Bei der aktuellen Untersuchung fänden sich begleitend zur depressiven Symptomatik Hinweise auf eine Agoraphobie mit Panikstörungen, die sich auch unter der laufenden Medikation teilweise gebessert habe. Grundsätzlich seien längere Arbeitsunfähigkeitsattestierungen bei einer depressiven Störung therapeutisch nicht sinnvoll, da sie zu einer negativen Verstärkung führten. Eine angepasste Tätigkeit sei aus therapeutischer Sicht zur Verbesserung von Tagesstruktur, Selbstwert, Selbstwirksamkeit, sozialer Teilhabe und zum Abbau von Vermeidungsverhalten indiziert. Nach Beendigung des möglichen Cannabis- und Alkoholmissbrauchs und Wiederaufnahme einer leitliniengerechten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei vor dem Hintergrund einer jahrelangen Arbeitslosigkeit eine schrittweise Wiedereingliederung begleitend zur Behandlung zu empfehlen. Höhere Stressbelastungen, Nacharbeit und höhere Anforderungen an die Konzentrationsleistungen sollten dabei vorerst vermieden werden. Durch Fortsetzung der leitliniengerechten Behandlung (Psychotherapie und antidepressive Medikation) sollte eine schrittweise Wiedereingliederung (gemessen am Therapiefortschritt) innerhalb von drei bis sechs Monaten erfolgen. Eine Beendigung des Cannabis- und Alkoholmissbrauchs unter ärztlicher Aufsicht sei anzuraten. Gestützt auf die vorstehenden gutachterlichen Ausführungen ist somit nicht von einer Behandlungs- und

Eingliederungsresistenz auszugehen. 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). Neben der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode, teilremittiert (ICD-10: F32.1) ist vorliegend als Komorbidität die Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) zu nennen. Ob dieser Komorbidität im konkreten Fall zusätzliche eine ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist, kann dem psychiatrischen Teilgutachten jedoch nicht entnommen werden. 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 ist dem psychiatrischen Teilgutachten zu den persönlichen Ressourcen des Beschwerdeführers zu entnehmen, die aktuelle mittelgradige depressive Symptomatik, begleitet von den residuellen Beschwerden einer Agoraphobie mit Panikstörung, führe zu einer Einschränkung der Belastbarkeit, der sozialen Kompetenz, des Nachtschlafes und zu einer leichten Einschränkung der Konzentrationsleistung. Es fänden sich keine Probleme bei der Selbstversorgung, bei der Haushaltsführung und beim Führen einer Partnerschaft. Der Versicherte habe zwei Berufsausbildungen absolviert, besitze ein Handelsdiplom und verfüge über eine ausreichend günstige Prognose und Belastbarkeit für eine berufliche Wiedereingliederung parallel zu einer laufenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Sodann ist dem Gutachten hinsichtlich der sozialen Ressourcen des Beschwerdeführers zu entnehmen, seit acht Jahren sei er mit einer 39-jährigen Frau liiert, die etwa fünf Kilometer von ihm entfernt wohne. Er selbst bewohne eine zweigeschossige Erdgeschoss-Mietwohnung. Er stehe morgens zwischen 08:00 Uhr und 09:00 Uhr auf und gehe zwischen 22:00 Uhr und 00:00 Uhr zu Bett. Die Wäschepflege übernehme seine Freundin, die übrige Hausarbeit erledige er ohne fremde Hilfe. Er koche sich täglich etwas Warmes, manchmal auch für seine Freundin. Den Einkauf erledige er meist allein, oftmals bringe seine Partnerin ihm aber auch einige Dinge mit. Er sehe seine Freundin fast täglich und vor allem am Wochenende. Auch habe er regelmässige Kontakte zu seiner Familie und den Brüdern seiner Partnerin. Ansonsten habe er kaum soziale Kontakte. Er würde gerne nach der Corona-Pandemie verreisen, ihm fehle jedoch das Geld. Seinen letzten Ausflug

habe er vor einem Jahr nach [...] gemacht. Zusammenfassend liegen demnach beim Beschwerdeführer 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. Demnach ist das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus zu verneinen. 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 führte der psychiatrische Gutachter aus, bei der Plausibilitätsprüfung finde sich eine auffällige Diskrepanz zwischen der hohen angegebenen Schmerzstärke und dem wenig auffälligen klinischen Eindruck. Auch die Konzentrationsleistung während der etwa 90-minütigen Exploration entspreche nicht den unterdurchschnittlichen Leistungen bei den orientierenden Kurztests (Kettensubtraktion, Rückwärtsaufzählen der Monatsnamen). Die aktuellen Therapiemassnahmen stünden in keinem Verhältnis zum hier vorgebrachten Leidensdruck. Auch wenn der orientierende Test zur Beschwerdevalidierung mit dem unterdurchschnittlichen Ergebnis (11 von 15 Punkten im Rey Memory Test) formal unauffällig sei, entspreche dieses Ergebnis auch nicht der zu erwartenden kognitiven Leistung. Ferner sei beobachtet worden, dass das Bewegungsausmass der Lendenwirbelsäule zum Teil als eingeschränkt, zum Teil als unauffällig präsentiert worden sei. Der aktenkundig vorbeschriebene Cannabismissbrauch sei hier auf Nachfrage nicht mehr angegeben worden, habe aber im Labor erneut nachgewiesen werden können. Somit fänden somit mehrere Hinweise auf eine inkonsistente Beschwerdepräsentation. Zusammenfassend ist gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen von einem geringen Leidensdruck auszugehen.

E. 6.4.2.2

Gestützt auf die vorgehende Indikatorenprüfung erweisen sich die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen kaum erstellt. Eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wie sie der psychiatrische Gutachter postuliert, lässt sich nach dem in E. II 6.4.2.1 hiervor Gesagten anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 nicht erhärten. Die vorhandenen medizinischen Grundlagen erlauben es aber auch nicht, dass das Gericht selbst eine Schätzung der Arbeitsfähigkeit vornimmt. Insbesondere lässt sich auf dieser Basis eine relevante Arbeitsunfähigkeit nicht zuverlässig verneinen. Hinzu kommt, dass im psychiatrischen Teilgutachten auch die Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar begründet wurde. So übernahm der Gutachter nur die diesbezüglichen Angaben aus den Akten (s. S. 139 des Gutachtens; IV-Nr. 225.1), ohne den Verlauf selbst zu beurteilen bzw. die diesbezüglichen Akten allenfalls kritisch zu prüfen. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde dann zwar festgehalten, es bestehe aus psychiatrischer Sicht seit ca. 2016 in jeglichen Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit.

Dies wurde im Gutachten jedoch ebenfalls nicht näher begründet. 6.4.3 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass am psychiatrischen Teilgutachten der G.____ mindestens geringe Zweifel bestehen, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

E. 7

7.1 Weiter ist zu prüfen, ob allenfalls gestützt auf das nach der Neuanmeldung vom 29. November 2016 ergangene I.____-Gutachten vom 18. Mai 2017 (s. E. II. 6.2.1 hiervor) im Vergleich zur letzten Rentenverfügung vom 25. Februar 2013 eine ■ zeitlich beschränkte ■ Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist. Dieses Gutachten wurde vom Bezirksgericht Lenzburg in einem Klageverfahren des Beschwerdeführers gegen die C.____ Versicherung veranlasst (vgl. IV-Nr. 175, S. 3 und Protokolleintrag der IV, S. 33, vom 5. April 2022). In diesem Gutachten wurde aus organischer Sicht festgehalten, dem Beschwerdeführer sei die zuletzt ausgeübte körperlich schwere Tätigkeit als angelernter Metallbauschlosser aus orthopädischer Sicht ab 2010 nicht mehr zumutbar. In einer angepassten leichten bis mittelschweren Verweistätigkeit bestehe eine ganztags vollschichtige Arbeitsfähigkeit ab 2010. An der im D.____-Gutachten vom 26. Mai 2010 festgelegten Arbeitsfähigkeit habe sich seither aus organischer Sicht nichts geändert. Dagegen wurde aus psychiatrischer Sicht eine erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt von 100 % ■ und damit im Vergleich zum D.____-Gutachten (s. E. II. 6.1 hiervor) eine erhebliche Verschlechterung ■ attestiert.

7.2 Dem nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten I.____-Gutachten kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteile 8C_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5.3, 8C_486/2015 vom 30. November 2015 E. 4.1.3). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

7.3 Da eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ■ wie vorstehend dargelegt ■ lediglich im psychiatrischen Teilgutachten des I.____ attestiert wurde, ist nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen. Diesbezüglich fällt unter anderem auf, dass sich die psychiatrische Gutachterin zu einem grossen Teil auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abstützt. So führte die Gutachterin aus, betrachte man die vom Versicherten in den verschiedenen Fachgebieten geklagten Beschwerden, Schmerzen und deren Charakter mit stressbedingten Schweissausbrüchen, Zittern, Schwindelgefühlen, die aber, wie ein Gefühl betrunken zu sein, seien, Befürchtungen ohnmächtig zu werden, muskuläre Schmerzen im ganzen Körper, betont in der lumbalen Wirbelsäule, Nacken- und Schulterschmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf und in den Gesichtsbereich, Konzentrationsstörungen ohne Gedächtnisprobleme, Lärm- und Geruchsempfindlichkeit, Lärm und Gerüche würden die Schmerzen verstärken, Ameisenlaufen im rechten Bein und Schwäche da selbst sowie Kribbelparästhesien im rechten Fuss und Schmerzen beim Reklिनieren des Nackens, die als «wie ein Stechen mit tausend Nadeln» charakterisiert würden, so bestehe aus psychiatrischer Sicht kein Zweifel am Vorliegen eines grundsätzlich

psychosomatischen Geschehens. Dieses werde im Gutachten bei der Multiplizität der geklagten Beschwerden als eine Somatisierungsstörung im Rahmen der Diagnostik von ICD-10 zusammengefasst. Unterstützt werde diese psychiatrische Diagnostik zusätzlich durch den Umstand, dass es dafür auch keine somatische Erklärung gebe. Dass der Versicherte im Rahmen dieser psychosomatischen Entwicklung auch depressive Symptome zeige, müsse als Teil dieser Krankheit mitangesehen werden.

Sodann vermag die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nur bedingt zu überzeugen. Diesbezüglich führte der Gutachterin aus, aus rein psychiatrischer Sicht ergebe sich aus den aktuellen Beschwerden / Beeinträchtigungen eine erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, die derzeit für den ersten Arbeitsmarkt bei 100 % liege. Diese hohe Beeinträchtigung lässt sich gestützt auf gutachterliche Beurteilung aber nicht nachvollziehen. Hinzu kommt, dass die Gutachterin als Argument zusätzlich auf die Resultate der beruflichen Abklärungen verweist und damit zu begründen versucht, dass dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nicht zumutbar sei. Dies vermag aber ebenfalls nur bedingt zu überzeugen. Die Gutachterin hielt unter anderem fest, in der BEFAS-Abklärung mit Schlussbericht vom 11. August 2006 sei eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit ganztags mit Leistung aktuell 60 % festgehalten worden, es sei jedoch praktisch nicht möglich, einen Arbeitsplatz in der Privatwirtschaft zu finden wegen des auffälligen Verhaltens des Versicherten. In einem Abschlussbericht der Berufsberatung der IV vom 26. März 2007 werde wiederum auf den nicht einfachen Beratungsverlauf hingewiesen, der Versicherte habe sich geweigert, eine testdiagnostische Abklärung durchführen sowie eine praktische Abklärung in der Rehaklinik J.____ vornehmen zu lassen. Des Weiteren fehlt es vorliegend an einer Beschwerdevalidierung, nachdem die im Rahmen des I.____-Gutachtens vorgesehene neuropsychologische Testung aufgrund eines emotionalen Extremzustandes des Beschwerdeführers nach einer halben Stunde abgebrochen werden musste (s. IV-Nr. 175, S. 58).

Zusammenfassend ergeben sich somit auch bezüglich der Beurteilung aus dem psychiatrischen Teilgutachten des I.____ mindestens geringe Zweifel (vgl. E. II. 7.2), weshalb rechtsprechungsgemäss nicht darauf abgestellt werden kann.

8. Da somit weder auf das psychiatrische Teilgutachten der G.____ vom 12. Juli 2021 noch auf das I.____-Gutachten vom 18. Mai 2017 abgestellt werden kann, kann die Frage offengelassen werden, ob die Beschwerdegegnerin die vom Beschwerdeführer im Verwaltungsverfahren beantragten Ergänzungsfragen an den psychiatrischen Gutachter hätte zulassen müssen. Dasselbe gilt für die formellen Rügen betreffend rechtliches Gehör, Aktenführungspflicht und Begründungspflicht. Immerhin kann festgehalten werden, dass diese im Rahmen einer verkürzten Beurteilung als unberechtigt erscheinen.

9. Wie bereits erwähnt, kann auf das psychiatrische Teilgutachten der G.____ nicht abgestellt werden. Die Beschwerdeinstanz holt in der Regel ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommt, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachterlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn es darum geht, zu einer bisher vollständig ungeklärten Frage ein Gutachten einzuholen. Ebenso steht es dem Versicherungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100, 137 V 210 E.

4.4.1.4 S. 264). In der Regel spricht der Umstand, dass die IV-Stelle im Rahmen von Art. 44 ATSG ein medizinisches Gutachten eingeholt hat, gegen die Annahme einer vollständig ungeklärten Frage. Im vorliegenden Fall ist die Konstellation aber insofern anders, dass das G. ___-Gutachten gestützt auf die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_122/2023 vom 26. Februar 2024; s. E. II. 6.2 hiervor) in beweisrechtlicher Hinsicht wie eine versicherungsinterne medizinische Beurteilung zu behandeln ist und demnach bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen genügen, damit darauf nicht mehr abgestellt werden kann. Die bisherigen Abklärungen haben daher aus heutiger Sicht beweisrechtlich nicht mehr den Stellenwert eines gestützt auf Art. 44 ATSG eingeholten Administrativgutachtens. Es rechtfertigt sich deshalb, den psychiatrischen Sachverhalt als bislang vollständig ungeklärt zu betrachten und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie ein psychiatrisches Gutachten einholt und hiernach neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers befindet. Demnach ist die Beschwerde in dem Sinn gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 9. Juni 2022 aufzuheben.

E. 10

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang, d.h. angesichts des formellen Obsiegens, hat er anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57). Im Lichte des zu beurteilenden Sachverhalts sowie der Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 4'553.00 festzusetzen (17.35 Std. x CHF 240.00 zuzügl. Auslagen von CHF 63.50 und MwSt.).

Vorab ist festzuhalten, dass die beiden eingereichten Kostennoten vom 3. August 2022 sowie vom 19. September 2022 teilweise Überschneidungen aufweisen, welche entsprechend gestrichen werden. Dies betrifft die Positionen «Beschwerde an das Versicherungsgericht» und die diesbezüglichen Auslagen sowie den zweimal geltend gemachten nachprozessualen Aufwand. Sodann ergibt sich der Unterschied zu den eingereichten Kostennoten unter anderem daraus, dass die Einreichung der Kostennote vom 19. September 2022 Kanzleiaufwand darstellt, der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Zudem sind Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Des Weiteren wird für den nachprozessualen Aufwand bei Obsiegen praxismässig eine halbe Stunde berücksichtigt. Schliesslich wird für den seit der Einreichung der Kostennote vom 19. September 2022 angefallenen Aufwand pauschal eine halbe Stunde eingerechnet.

10.2 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

11. Nachdem der Beschwerdeführer obsiegt, erübrigt sich die Durchführung einer Hauptverhandlung. Somit wird die Verhandlung vom 18. Juni 2024 abgesagt.

Demnach wird erkannt:

1. Die Verhandlung vom 18. Juni 2024 wird abgesagt.

2. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 9. Juni 2022 aufgehoben wird. Die Angelegenheit wird zurück an die Beschwerdegegnerin gewiesen, damit sie ein psychiatrisches Gutachten einholt und hiernach neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers befindet.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 4'553.00 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit 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

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