

SO_GERICHTE VSBES.2022.141 vom 19. Juni 2024

SO Obergericht, 2024-06-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.141_d20240619

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.141 du 19 juin 2024

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.141 del 19 giugno 2024

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1964 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführer) arbeitete seit dem 1. November 2004 als Mitarbeiter «Finish» (im Schichtbetrieb) in der B.____, [...] (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 13 S. 2 ff.). Ab dem 7. November 2014 wurde er krankheitsbedingt andauernd zunächst vollständig und danach teilweise arbeitsunfähig geschrieben (IV-Nr. 7 und 11). Am 20. Mai 2015 meldete sich der Beschwerdeführer bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 2). Vom 15. September 2015 bis 12. November 2015 war er in den C.____, [...], hospitalisiert (IV-Nr. 16). Auf Veranlassung der Krankentaggeldversichererin wurde er im Januar/Februar 2016 bidisziplinär durch die Gutachterstelle D.____, [...], begutachtet (Gutachten vom 21. Februar und 21. April 2016 [IV-Nr. 32]). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) veranlasste in der Folge eine polydisziplinäre (allgemein-internistische, neurologische, rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung im E.____, [...] (im Folgenden: E.____), welche im April 2016 durchgeführt wurde (Gutachten vom 30. Mai 2016, IV-Nr. 40.1). Sodann wurde dem Beschwerdeführer Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining bei seiner Arbeitgeberin vom 17. Mai 2016 bis 14. August 2016 erteilt (IV-Nr. 36 und 46); per 6. Juli 2016 wurde diese Massnahme abgebrochen (IV-Nr. 47 f.). Vom 11. Januar 2017 bis 8. Februar 2017 hielt sich der Beschwerdeführer erneut zur Behandlung in den C.____, [...], auf (IV-Nr. 74 S. 3 ff.). Auf Ende Juli 2017 löste die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis mit dem Beschwerdeführer auf (vgl. IV-Nr. 80). Mit Verfügung vom 24. Oktober 2017 lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 37 % ab (IV-Nr. 81). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit Urteil vom 31. Oktober 2018 ab (VSBES.2017.308; IV-Nr. 89 S. 2 ff.). Auch die dagegen erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheit wurde vom Bundesgericht mit Urteil vom 22. Juli 2019 abgewiesen (9C_857/2018; IV-Nr. 94).

1.2 Mit Eingabe vom 26. August bzw. 3. September 2019 meldete sich der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug neu an, wobei er eine gesundheitliche Verschlechterung geltend machte und einen medizinischen Bericht seiner behandelnden Psychiaterin einreichte (IV-Nr. 95 ff.). Nach Zustellung weiterer medizinischer Unterlagen seitens des Beschwerdeführers und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) trat die Beschwerdegegnerin auf das Neuanmeldungs-gesuch ein, zog weitere medizinische Berichte bei und veranlasste im

Februar 2020 eine polydisziplinäre (allgemein-internistische, orthopädische, neurologische und psychiatrische) Begutachtung in der F.____ (im Folgenden: F.____; IV-Nr. 114 ff.). Auf den erhobenen, die Gutachterstelle betreffenden Einwand des Beschwerdeführers hin hielt die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 19. Juni 2020 an der Abklärungsstelle fest (IV-Nr. 125). Die Begutachtungen erfolgten im Oktober/November 2020 sowie Januar 2021 (Gutachten vom 6. September 2021, IV-Nr. 135). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens und Einholung der Stellungnahmen des RAD vom 4. Januar 2022 (IV-Nr. 145), 14. März 2022 (IV-Nr. 149) und 15. März 2022 (IV-Nr. 152) lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 18. Juli 2022 ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, die medizinischen Abklärungen im Anschluss an die Neuanschuldung vom August 2019 hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zur Situation im Zeitpunkt der Rentenablehnung vom 24. Oktober 2017 insofern verändert habe, als im Bereich beider Kniegelenke zusätzliche degenerative Veränderungen mit einer zunehmenden O-Bein-Gonarthrose aufgetreten seien. Insgesamt ergäben sich Unterschiede in der Belastbarkeit, nicht aber bei der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die letzte angestammte Tätigkeit als Finish-Mitarbeiter in der B.____ sei ihm weiterhin vollschichtig möglich, wobei eine um 30 % verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Für eine angepasste Verweistätigkeit bestehe weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Damit könne der Beschwerdeführer weiterhin ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen. Der Invaliditätsgrad belaufe sich nach wie vor auf 37 %. Mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit bestehe auch kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Die Einwände gegen die F.____-Begutachtung seien nicht gerechtfertigt, von weiteren medizinischen Abklärungen könne abgesehen werden und die Berechnung des Invaliditätsgrades sei korrekt vorgenommen worden. Die RAD-Stellungnahmen vom 4. Januar 2022 und 15. März 2022 bildeten integrierende Bestandteile dieser Verfügung (IV-Nr. 153; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

E. 2

2.1 Der Beschwerdeführer stellt den Hauptantrag, die Sache sei aufgrund einer schweren Verletzung seines rechtlichen Gehörs an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung bringt er vor, die Beschwerdegegnerin habe nach dem Erlass des Vorbescheids vom 21. Oktober 2021 (IV-Nr. 138 S. 2 ff.) verschiedene medizinische Berichte (MRI-Befundbericht vom 28. Mai 2021, Infiltrationsberichte usw.) ihrem ärztlichen Dienst zur Stellungnahme unterbreitet, ohne ihn darüber zu unterrichten. Die RAD-Ärztin Dr. med. G.____ habe sich mit den neuen medizinischen Berichten in ihren Stellungnahmen vom 4. Januar 2022 und 15. März 2022 auseinandergesetzt. Diese Stellungnahmen seien ihm vor Verfügungserlass nicht zugestellt worden. Er habe sich somit nicht zum Beweisergebnis äussern und auch die mit der Beschwerde eingereichten medizinischen Berichte nicht der Beschwerdegegnerin zur (erneuten) Beurteilung vorlegen können (Beschwerde, S. 5 ff. Ziff. 6.; A.S. 19).

2.2 Nach Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) und Art. 42 Satz 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in

die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen und Einsicht in die Akten zu nehmen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann. Voraussetzung des Äusserungsrechts sind genügende Kenntnisse über den Verfahrensverlauf, was auf das Recht hinausläuft, in geeigneter Weise über die entscheidungswesentlichen Vorgänge und Grundlagen vorweg orientiert zu werden. Wie weit dieses Recht geht, lässt sich nicht generell, sondern nur unter Würdigung der konkreten Umstände beurteilen. Entscheidend ist, ob dem Betroffenen ermöglicht wurde, seinen Standpunkt wirksam zur Geltung zu bringen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_162/2019, 9C_191/2019 vom 29. Mai 2019 E. 5.3.3.1. und 8C_420/2018 vom 13. März 2019 E. 5.2.2., je mit Hinweisen).

2.3 Die Beschwerdegegnerin stellte mit Vorbescheid vom 21. Oktober 2021 in Aussicht, den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen gestützt auf ihre durchgeführten medizinischen Abklärungen abzuweisen (IV-Nr. 138 S. 2 ff.). Mit Einwand vom 24. November 2021 liess der Beschwerdeführer geltend machen, die Beschwerdegegnerin stütze sich bei ihrem Vorbescheid auf das F.____-Gutachten vom 6. Dezember 2021. Diesem Gutachten könne kein voller Beweiswert zugesprochen werden. Der Beschwerdeführer reichte mit diesem Einwand u.a. den Infiltrationsbericht von Dr. med. H.____, Orthopädische Chirurgie FMH, vom 27. September 2021 ein (IV-Nr. 139 S. 20 f.). Mit Eingabe vom 30. November 2021 stellte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin drei weitere medizinische Berichte, den Sprechstundenbericht des I.____ vom 8. März 2021 (IV-Nr. 141 S. 5 f.), den Sprechstundenbericht von Dr. med. H.____ vom 16. Juni 2021 (IV-Nr. 141 S. 4) und den Infiltrationsbericht von Dr. med. H.____ vom 28. Juni 2021 (IV-Nr. 141 S. 2 f.), zu. Am 20. Dezember 2021 liess der Beschwerdeführer zum Vorbescheid ergänzend Stellung nehmen und verschiedene Anträge stellen (IV-Nr. 144). Die Beschwerdegegnerin zog daraufhin ihren RAD bei, welcher sich zu den nachgereichten medizinischen Berichten in seiner Stellungnahme vom 4. Januar 2022 äusserte (IV-Nr. 145). Auf die Anfrage der Beschwerdegegnerin vom 6. Januar 2022 (IV-Nr. 146) hin stellte Dr. med. H.____ der Beschwerdegegnerin den Bericht «MRT der LWS und ISG vom 19. Februar 2020» zu (IV-Nr. 147). Dazu nahm der RAD am 14. März 2022 Stellung (IV-Nr. 149). Schliesslich ging bei der Beschwerdegegnerin am 15. März 2022 der von ihr verlangte Bericht von Dr. med. J.____, FMH Radiologie, vom 28. Mai 2021 ein (IV-Nr. 150). Der RAD nahm dazu am 15. März 2022 Stellung (IV-Nr. 152). Die vorerwähnten Stellungnahmen des RAD vom 4. Januar sowie 14. und 15. März 2022 wurden dem Beschwerdeführer vor Verfügungserlass nicht zur Kenntnis- und allfälligen Stellungnahme zugestellt, was von keiner Seite bestritten wird. Am 18. Juli 2022 erging die vorliegend angefochtene Verfügung (IV-Nr. 153).

2.4 Damit steht fest, dass sich der Beschwerdeführer zu den obgenannten Stellungnahmen des RAD vom 4. Januar und 15. März 2022 nicht vor Verfügungserlass äussern konnte, da ihm diese erst zusammen mit der vorliegend angefochtenen Verfügung zugestellt wurden (vgl. IV-Nr. 153 S. 4). Dieses Vorgehen der Beschwerdegegnerin wird vom Beschwerdeführer ausdrücklich als Verletzung seines rechtlichen Gehörs gerügt. Dem ist entgegenzuhalten, dass es sich bei diesen Stellungnahmen nicht um eigenständige

fachmedizinische Einschätzungen des RAD, sondern um dessen Würdigung der im Vorbescheidverfahren neu eingereichten medizinischen Berichte des I.____ vom 8. März 2021 (IV-Nr. 141 S. 5 f.), der Berichte von Dr. med. H.____ vom 16. und 28. Juni 2021 (IV-Nr. 141 S. 2 ff.) sowie 27. September 2021 (IV-Nr. 139 S. 20 f.) und des Berichts von Dr. med. J.____ vom 28. Mai 2021 (IV-Nr. 150) mit Blick auf die Begutachtungsergebnisse im F.____-Gutachten vom 6. September 2021 handelt. In der Stellungnahme vom 4. Januar 2022 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. G.____ im Wesentlichen fest, die vom Beschwerdeführer nachgereichten medizinischen Berichte belegten, dass er wegen seiner Beschwerden weiterhin in Behandlung sei; die Einwände gegen die F.____-Begutachtung seien nicht gerechtfertigt (IV-Nr. 145). Zum Bericht von Dr. med. J.____ nahm Dr. med. G.____ am 15. März 2022 dahingehend Stellung, die Ergebnisse der MRT-Untersuchung vom 28. Mai 2021 änderten nichts an der bisherigen Beurteilung (IV-Nr. 152). Beschränkt sich ein Bericht darauf, an sich feststehende Tatsachen sachverständig zu würdigen, entfällt das Recht auf vorgängige Anhörung. Dementsprechend hat das Bundesgericht einen kantonalen Entscheid bestätigt, laut welchem die IV-Stelle Berichte des RAD, die im Rahmen von dessen beratender Funktion (Art. 49 Abs. 3 IVV) gestützt auf die Akten erstattet werden, der betroffenen Partei nicht vor dem Verfügungserlass unterbreiten muss, wenn es sich um eine bloss «Beweiswürdigung» der medizinischen Aktenlage zuhanden der verfügenden Instanz handelt. Das rechtliche Gehör ist jedoch zu gewähren, wenn die RAD-Stellungnahme eine neue medizinische Erkenntnis oder Behauptung enthält, welche nicht den Akten entnommen werden kann (VersG SG IV 2009/280 vom 6. April 2011, bestätigt durch das Urteil des Bundesgerichts 9C_436/2011 vom 5. August 2011, E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_501/2012 vom 24. Juli 2012, E. 4.2). Die in den Stellungnahmen des RAD vom 4. Januar 2022 und 15. März 2022 vorgenommenen Würdigungen der Berichte des I.____, von Dr. med. H.____ und von Dr. med. J.____ enthalten keine neuen medizinischen Erkenntnisse oder eine neue Behauptung, welche nicht den Akten entnommen werden können. Es wurden auch nicht entscheidrelevante Abklärungen durchgeführt, zu denen sich der Beschwerdeführer vor Verfügungserlass nicht hätte äussern können. Es gilt zu beachten, dass sich der Beschwerdeführer bereits im Rahmen des Vorbescheidverfahrens mit Einwand vom 24. November 2021 zum Bericht von Dr. med. H.____ vom 27. September 2021 (IV-Nr. 139 S. 20 f.) und mit Stellungnahme vom 20. Dezember 2021 zu den erwähnten Berichten des I.____ vom 8. März 2021 und von Dr. med. H.____ vom 16. und 28. Juni 2021 äussern konnte (IV-Nr. 139 und 144). Wie erwähnt, ergab auch der Bericht von Dr. med. J.____ über die MRT-Untersuchung vom 28. Mai 2021 keine neuen medizinischen Erkenntnisse. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ist somit nicht ersichtlich.

2.5 Selbst wenn von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen wäre, müsste Folgendes beachtet werden: Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus ■ im Sinne einer Heilung des Mangels ■ selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204, 132 V 387

E. 5.1 S. 390 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_420/2018 vom 13. März 2019
E. 5.2.2. mit Hinweis; Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 252 Rz. 1331 ff.). Der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer zu den Stellungnahmen des RAD vom 4. Januar 2022 und 15. März 2022 vor Verfügungserlass nicht äussern konnte, würde eine nicht besonders schwerwiegende Gehörsverletzung darstellen, welche im vorliegenden Beschwerdeverfahren geheilt werden könnte, da das Versicherungsgericht über volle Kognition verfügt. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren gelten der Untersuchungsgrundsatz und das Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Im Verlauf des Verwaltungsverfahrens wurden umfassende medizinische Abklärungen getätigt, weitere Untersuchungen sind nicht erforderlich. Prozessthema bildet ausschliesslich die Beurteilung des streitigen Anspruchs auf der Grundlage der vorhandenen Unterlagen. Die Positionen der Parteien gehen aus den Akten klar hervor und erscheinen als gefestigt. Eine Rückweisung müsste unter diesen Umständen als prozessualer Leerlauf qualifiziert werden, der eine Verzögerung des Verfahrens nach sich zöge, ohne dass irgendein Nutzen erkennbar wäre. Dies gilt es zu vermeiden. Demnach wäre von der vom Beschwerdeführer beantragten Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur erneuten Durchführung des Vorbescheidverfahrens (vgl. Beschwerde, S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 2a; A.S. 14) ohnehin abzusehen.

3. In materieller Hinsicht ist im Folgenden zu prüfen, ob der Beschwerdeführer aufgrund eines veränderten Gesundheitszustands Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Dazu ist Folgendes festzuhalten:

3.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

E. 3

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

E. 3.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

E. 4

5. Für den Beweiswert eines Arztberichts ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist,

in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, ist in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

6. Im Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 24. Oktober 2017, IV-Nr. 81) stellte die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im Wesentlichen auf das von ihr veranlasste E.___-Gutachten vom 30. Mai 2016 ab. Die damalige medizinische Situation präsentierte sich wie folgt:

6.1 Im polydisziplinären (allgemeininternistischen [Dr. med. K.___, FMH Allgemeine Innere Medizin, Fallführung], rheumatologischen [Dr. med. L.___, FMH Rheumatologie], neurologischen [Dr. med. M.___, Fachärztin für Neurologie] und psychiatrischen [Dr. med. N.___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie]) E.___-Gutachten vom 30. Mai 2016 wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «1. Chronische Zervikobrachialgie beidseits rechtsbetont bei degenerativem HWS-Syndrom (ICD-10 M54.1, M53.1), radiomorphologisch (MRT HWS 28.4.2015): erosive Osteochondrose HWK 6/7 mit breitbasigem Diskusbulging und foraminale Tangierung der Nervenwurzel C7 beidseits links mehr als rechts ohne Hinweise für eine Myelopathie, Status nach erfolgreicher Steroidinfiltration C7 rechts am 10.12.2013, Status nach erfolgloser Steroidinfiltration C6/7 rechts am 25.11.2014, klinisch-rheumatologisch keine eindeutigen sensomotorischen Defizite an den oberen Extremitäten objektivierbar, ohne radikuläre Beteiligung; 2. Diskretes subakromiales Impingement-Syndrom links (ICD-10 M75.4), aktenanamnestisch gemäss Röntgen linke Schulter vom 17.4.2015 sowie Ultraschall linke Schulter am 21.4.2015 Verkalkungen in Projektion auf die Supraspinatussehne mit vermehrter Flüssigkeit in der Bursa subakromialis und Status nach vorübergehend gutem Effekt auf eine subakromiale Mischinfiltration April 2015; 3. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5), diskrete Wirbelsäulenfehlhaltung und ■fehlform (Diskrete thorakolumbal rechtskonvexe Torsionsskoliose mit hochthorakal linkskonvexem Gegenschwung), radiomorphologisch (RX LWS 25.4.2016): diskrete thorakolumbal rechtskonvexe Torsionsskoliose mit hochthorakal linkskonvexem Gegenschwung, insgesamt normales Alignment der dargestellten Wirbelkörper lumbal bis in den thorakolumbalen Übergang. Erniedrigung der Bandscheibenhöhe zwischen LWK5/SWK1 im Sinne einer dorsalbetonten Osteochondrose. Gut erhaltene Bandscheibenhöhen zwischen LWK2 bis 5, Chondrose LWK1/2, Th12/L1, deutliche Spondylarthrosen ab L4 nach distal zunehmend, muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen, klinisch keine sensomotorischen Defizite an den unteren Extremitäten objektivierbar; 4. Bilaterale linksbetonte beginnende Koxarthrose (ICD-10 M16.0), radiomorphologisch Beckenröntgen vom 25.4.2016: diskreter Beckentiefstand rechts, unauffällige Darstellung der SIG sowie der Symphyse. Beidseits linksbetont leichte Verschmälerung des Gelenkspaltes femoro-azetabulär zentral, deutlich betonte Sklerosierung des Acetabulumdaches links mehr als rechts, beidseits leichte Endrundung des Femurkopfes». Die weiteren gestellten

Diagnosen (1. Dysthymie; 2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; 3. Koronare Eingefässerkrankung; 4. Metabolisches Syndrom; 5. Verdacht auf beginnende Polyneuropathie unklarer Ätiologie; 6. Schlafapnoesyndrom; 7. Anamnestic Restless legs Syndrom; 8. Aktenanamnestisch Status nach Epicondylopathia humeri radialis links) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter kamen zusammenfassend zum Schluss, für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwer belastende Tätigkeiten und somit auch für die angestammte Tätigkeit bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %, vollschichtig realisierbar. Für besser adaptierte Verweistätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, ebenfalls vollschichtig realisierbar (IV-Nr. 40.1 S. 2 ff.).

6.2 Den Erwägungen des Urteils des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 31. Oktober 2018 (VSBES.2017.308) kann im Wesentlichen Folgendes entnommen werden (S. 26 E. II. 6.2.12; IV-Nr. 89 S. 27):

6.2.12 Vor diesem Hintergrund bzw. aufgrund der fachärztlichen Beurteilung der O.____-Gutachter ist für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwer belastende Tätigkeiten und somit auch für die angestammte Tätigkeit von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %, vollschichtig realisierbar, und für besser adaptierte Verweistätigkeiten von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %■ ebenfalls vollschichtig realisierbar, auszugehen ().

6.3 Das Bundesgericht hielt in seinem Urteil vom 22. Juli 2019 (9C_857/2018) im Wesentlichen Folgendes fest (S. 3 ff. E. 3. ff.; IV-Nr. 94 S. 3 ff.):

3. Das kantonale Gericht verneinte in Bestätigung der Verfügung vom 24. Oktober 2017 einen Rentenanspruch. Es stützte sich hierzu insbesondere auf das Gutachten des E.____ vom 30. Mai 2016, wonach für eine leidensadaptierte Tätigkeit eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, vollschichtig realisierbar, vorliege. Auf dieser Grundlage ermittelte es in Anwendung der Einkommensvergleichsmethode einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 37 % (), wobei es einen Abzug vom Tabellenlohn () nicht für angezeigt hielt. ()

4.2.1 Soweit der Beschwerdeführer unter Bezugnahme auf das Privatgutachten vorbringt, die E.____-Experten seien fälschlicherweise von einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom ausgegangen, wohingegen ein lumboradikuläres Reizsyndrom vorliege, kann er aus diesen unterschiedlichen Diagnosen nichts zu seinen Gunsten ableiten. ()

4.3.1 Zu den Beeinträchtigungen des rechten Kniegelenks hat die Vorinstanz erwogen, das E.____-Gutachten habe diesbezüglich keine Stellung nehmen können, da die Kniebeschwerden zum damaligen Zeitpunkt noch nicht bestanden hätten. Für die Erklärung der erst später durch den Radiologen am rechten Kniegelenk gemachten Feststellungen und die Auswirkungen und Behandlung dieser Beschwerden könne auf die ausführlichen, fachkompetenten und nachvollziehbaren Feststellungen der RAD-Ärztin verwiesen werden. Insbesondere habe diese auf Behandlungsmöglichkeiten sowie auf eine diesbezüglich nicht eingeschränkte Arbeitsfähigkeit hingewiesen.

4.3.2 Die Vorbringen in der Beschwerde sind insofern begründet, als der Versicherte eine unvollständige Sachverhaltsabklärung geltend macht. () Entgegen der Auffassung des Versicherten hat die Berücksichtigung der Kniebeschwerden indes nicht zur Folge, dass ■ gestützt auf das Privatgutachten ■ von einer insgesamt 60%igen Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen wäre, wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen:

4.3.2.1 Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hielten die E.____-Experten, basierend auf dem rheumatologischen Teilgutachten, das Nachfolgende fest: Für eine Verweistätigkeit könne im Rahmen von körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeiten, wo auch Arbeiten in sitzender Stellung an einem ergonomisch gut eingerichteten Arbeitsplatz möglich wären, von einer 80%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden, wobei das Pensum vollschichtig, mit erhöhtem Pausenbedarf, umgesetzt werden könne. Grundsätzlich seien Arbeiten mit repetitiven Überkopftätigkeiten mit dem linken nicht dominanten Arm zu vermeiden, das Gehen in der Ebene sollte gut möglich sein, vermieden werden sollte das berufsbedingte Gehen auf unebenen Böden, das regelmässige Benützen von Treppen oder gar Leitern und Gerüsten. Das Heben, Stossen, Ziehen und Tragen von Lasten bis zu Taille könne intermittierend 15 kg, über Taille maximal 10 kg betragen. ()

4.3.2.2 Anhand des Vergleichs der beiden Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit ergibt sich folgendes Bild: Das von Dr. med. P.____ unter Berücksichtigung der Varusgonarthrose erstellte Belastbarkeitsprofil weicht vom gutachterlich formulierten Profil nicht in relevanter Weise ab, obschon Letzteres wesentlich ausführlicher ist. Ein bedeutender Unterschied besteht einzig hinsichtlich des zumutbaren Arbeitspensums. Während Dr. med. P.____ aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs höchstens ein Pensum von 40 % als zumutbar erachtete, gingen die E.____-Experten von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % aus, welche vollschichtig umsetzbar sei. ()

Soweit Dr. med. P.____ () von einem zumutbaren Pensum von maximal 40 % ausgeht, handelt es sich dabei lediglich um eine abweichende medizinische Einschätzung, welche das Administrativgutachten nicht in Frage zu stellen vermag.

4.4 Mit Blick auf das Dargelegte ist nicht entscheidend relevant, ob der Privatexpertise des Dr. med. P.____ eine persönliche Untersuchung zu Grund lag, weshalb sich eine Auseinandersetzung mit den diesbezüglichen Feststellungen der Vorinstanz erübrigt. So oder anders verletzte die Vorinstanz kein Bundesrecht, indem sie unter Berücksichtigung des Administrativgutachtens von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausging und in zulässiger antizipierter Beweiswürdigung () auf weitere medizinische Abklärungen verzichtete. ()

7. Der aktuelle medizinische Sachverhalt seit der Neuanmeldung vom 26. August 2019 (IV-Nr. 96) bzw. 3. September 2019 (IV-Nr. 97) präsentiert sich demgegenüber wie folgt:

7.1 Dr. med. Q.____, Orthopädische Chirurgie () stellte in seinem Bericht vom 24. April 2019 die Diagnosen «Radikuläres Syndrom S1 links mit / bei multisegmentaler Degeneration mit aktivierter Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 bds, Varusgonarthrose BDS, initial ausgeprägt, Cervicobrachialsyndrom links mit Affektion der dorsalen Schulterstabilisatoren und der Scalenusloge, Bewegungseinschränkung der Schulter links in AR mit Ddo der Supraspinatussehnenloge, ACG-Arthrose links». Die Beurteilung lautete wie folgt: Bei zunehmender Beschwerdesymptomatik des Rückens und des linken Beines sei zunächst die Neuanfertigung des MRI lumbal besprochen worden. Das weitere Procedere erfolge gemäss Befundkonstellation (IV-Nr. 109 S. 9 ff.).

7.2 Am 23. Mai 2019 nahm Dr. med. Q.____ eine therapeutische Infiltration des Facettengelenks L5/S1 beidseitig vor. Es bestünden seit Jahren therapieresistente tieflumbale Schmerzen mit pseudoradikulärer Abstrahlung beidseitig. Bisher sei kein Effekt auf Physiotherapie festzustellen. Es sei eine nativradiologisch nachgewiesene Segmentdegeneration L4/5 und L5/S1 beidseitig vorhanden, die klinisch zu den geklagten Beschwerden korreliere. Nach der Mobilisation sei der Rückenschmerz deutlich reduziert (IV-Nr. 110 S. 18). Am 8. August 2019 erfolgte durch Dr. med. Q.____ eine therapeutische periradikuläre Infiltration L4/5 rechts. Der radikuläre Schmerz sei deutlich reduziert (IV-Nr. 110 S. 17).

7.3 Dr. med. R.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrer psychiatrischen Beurteilung vom 14. bzw. 26. August bzw. 20. November 2019 im Wesentlichen fest, der Beschwerdeführer sei bei ihr in ambulanter fachärztlicher Behandlung. Im Zusammenhang mit einer komplexen medizinischen Problematik sei der Patient seit ca. 2015 mit Unterbrechungen (der stationären Behandlungen) in psychiatrischer Behandlung. Seit Januar 2019 befinde er sich in psychodynamisch orientierter, psychiatrischer Psychotherapie mit muttersprachlichem Zugang. Mittlerweile habe ein tragfähiges therapeutisches Bündnis etabliert werden können. Seit August 2019 sei es zu einer progredienten depressiven (suizidalen) Verschlechterung des vorbestehenden Zustands gekommen. Der ambulante Behandlungsrahmen sei intensiviert und dem Störungsbild angepasst worden. Dementsprechend sei eine Zuweisung zur stationären Behandlung in die C.____ wegen akuter Selbstgefährdung erfolgt. Vor dem Hintergrund einer depressiven und suizidalen Verschlechterung sei der Patient intensiviert behandlungsbedürftig. Subjektiv beklage er ein schwer- bis mittelgradiges depressives Zustandsbild. Im Vordergrund stünden neben den Schmerzen eine allgemeine Erschöpfung und leichte Erschöpfbarkeit, Nervosität, Ängste, Insuffizienzgefühle, aggressive Impulse und Impulsdurchbrüche, Anspannung und kognitive Störungen.

Die zusammenfassende Beurteilung lautete dahingehend, der Patient befinde sich seit Jahren in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Aufgrund einer objektiven Verschlechterung sei eine Intensivierung der therapeutischen Massnahmen veranlasst worden. Diagnostisch sei das Zustandsbild als chronisch-generalisierte Schmerzkrankheit, atypische Essstörung und mittelschwere- bis schwere depressive Störung und rezidivierende depressive Störung eingeordnet worden. Der Patient sei psychopharmakologisch im Sinne einer schwergradigen Erkrankung eingestellt. Er sei schon mehrfach stationär behandelt worden. Das aktuelle Beschwerdebild entspreche eine schwergradigen psychischen Beeinträchtigung. Es bestehe eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 80 bis 100 % (IV-Nr. 95 bzw. 97 S. 5 ff. bzw. 103 S. 5 ff.).

7.4 Im Bericht von Dr. med. Q.____ vom 29. August 2019 wurde angegeben, es erfolge aktuell eine planmässige Kontrolle nach der Infiltration der Schulter rechts und PRT L5 rechts. In der Folge habe sich die Schulter nicht gebessert. Nach der PRT L5 rechts seien die Schmerzen in das rechte Bein abstrahlend kurzfristig besser gewesen, nun seien sie aber wieder deutlich zunehmend. Es erfolge aktuell eine Schulterinfiltration links im Sinne der Reizhemmung bei Bursitis subacromialis links. Bei nur kurzfristigem Effekt auf die Infiltration sei die Sache mit Dr. med. H.____ besprochen worden zur Evaluation möglicher wirbelsäulenchirurgischer Therapiealternativen (IV-Nr. 103 S. 8 bzw. 109 S. 8).

7.5 RAD-Ärztin Dr. med. G.____, Fachärztin Neurologie FMH, hielt in ihrer Aktennotiz vom 12. September 2019 im Wesentlichen fest, der aktuelle Bericht von Dr. med. R.____ sei

sehr unspezifisch, sie spreche von einer progredienten depressiven Verschlechterung des vorbestehenden Zustands, die ambulante Behandlung sei intensiviert und dem Störungsbild angepasst worden. Worin diese Behandlung bestehe, erfahre der Leser jedoch nicht. Die «objektiven Befunde» seien ebenfalls wenig spezifisch und liessen es nicht zu, das Störungsbild diagnostisch nachzuvollziehen oder gar einen Schweregrad abzuleiten. Der Bericht von Dr. med. R. ___ sei nicht geeignet, eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands glaubhaft zu machen. Der Bericht sei unspezifisch, unsorgfältig und nicht nachvollziehbar (IV-Nr. 99).

7.6 Dem Bericht von Dr. med. H. ___, FMH für Orthopädische Chirurgie, Spinale Chirurgie / Wirbelsäulenmedizin, vom 13. September 2019 können die Diagnosen «Lumboradikuläres Schmerzsyndrom bei/mit: V.a. foraminale Diskushernie L4/L5 und Infiltration transforaminale L4/L5, Rezessale Enge L4/L5 mit Kompression der Wurzel L5 bds., Meralgia paraesthetica rechts» entnommen werden. Der Patient sei erstmalig am 4. September 2019 Wirbelsäulen-chirurgisch/medizinisch beurteilt worden. Zur Anamnese wurde dargelegt, wirbelsäulenspezifisch bestehe eine Abstrahlung in das rechte mehr als in das linke Bein. Wenn der Patient länger stehe, sei auch ein ganz typischer brennender Schmerz am Oberschenkel lateral ventral (Meralgia parästhetica) vorhanden. Taubheitsgefühl oder ein Kraftverlust bestünden nicht, akute anamnestische Aspekte fehlten. Die Beurteilung lautete wie folgt: Im MRI von April 2019 sehe man auch eine rezessale Enge L4/L5, somit werde eine epidurale dorsale Infiltration auf dieser Etage angeschlossen (IV-Nr. 103 S. 9 f.; vgl. auch Infiltrationsbericht vom 13. September 2019, IV-Nr. 103 S. 11 f.).

7.7 Aus dem Infiltrationsbericht von Dr. med. H. ___ vom 19. November 2019 geht hervor, die aktuelle Infiltration sei durchgeführt worden, um den Anteil der Beschwerden ausstrahlend ins rechte Bein zu reduzieren oder aufzuheben. Die letzte Intervention habe gut gewirkt, aber keine lange Wirkungsdauer gezeigt (IV-Nr. 109 S. 6 f.).

7.8 RAD-Ärztin Dr. med. G. ___, Fachärztin Neurologie FMH, hielt nach einer Würdigung der vorerwähnten medizinischen Berichte in ihrer Aktennotiz vom 3. Januar 2020 fest, insgesamt ergebe sich kein Hinweis auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Versicherten gegenüber dem Zeitpunkt der gutachterlichen Abklärung im Jahr 2016. Ob sich die neuen Diagnosen bestätigen liessen und wie sich das Krankheitsgeschehen auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, müsse gutachterlich abgeklärt werden (IV-Nr. 104).

7.9 Im Notfallbericht des I. ___ vom 11. Januar 2020 wurde die Hauptdiagnose «Tendinitis calcarea, subacromiales Impingement Schulter links mit / bei subacromialer Infiltration Schulter links vom 11.01.2020» angegeben und dargelegt, der Patient habe sich per Selbstzuweisung mit stärksten, immobilisierenden Schulterschmerzen links vorgestellt. Es sei die Infiltration eines Lokalanästhetikums und von Cortison in die linke Schulter erfolgt, dies habe zu einer Besserung der Schmerzsymptomatik geführt (IV-Nr. 110 S. 7 ff.).

7.10 Dr. med. Q. ___ hielt in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 15. Januar 2020 fest, die ambulante Behandlung durch ihn sei vom 24. April bis 29. August 2019 erfolgt. Die Diagnose (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) lautete auf intraforaminale Diskushernie L4/L5 rechts mit Radixaffektion L5 rechts. Die Infiltration erfolge durch Dr. med. H. ___. Der Patient komme seit August 2019 nicht mehr in seine Sprechstunde

(IV-Nr. 109 S. 1 ff.).

7.11 Der Hausarzt Dr. med. S.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, gab in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 21. Januar 2020 an, es bestünden langjährige, zunehmend mehrfache Schmerzen der HWS, LWS und der Schulter. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten auf lumboradikuläre Schmerzen bei DH L4/5, depressive Reaktion und Valgusgonarthrose rechts sowie auf beginnende Coxarthrose rechts. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit und zur Eingliederung wurde als ungünstig beurteilt, es bestehe keine Motivation (IV-Nr. 110 S. 1 ff.).

7.12 Dem Bericht von Dr. med. T.____, FMH Radiologie, vom 19. Februar 2020 über das gleichentags erstellte MRT der LWS und des ISG kann entnommen werden, im Vergleich zur Voruntersuchung vom April 2019 bestünden unverändert leichtgradige degenerative Veränderungen bis auf Höhe L3. Auf Höhe L3/4 seien stationäre linksbetonte Spondylarthrosen mit Reizzustand links ohne Nervenwurzelkompression oder Stenose festzustellen. Auf Höhe L4/5 bestehe eine Chondrose. Es seien bilaterale leicht progrediente hypertrophierende Spodylarthrosen vorhanden. Es bestehe eine neu aufgetretene, rechts rezessale Synovialzyste. Im Vergleich seien eine neue aufgetretene Spinalkanalstenose spondylarthrotisch bedingt mit einem minimalen Durchmesser von 5 mm sowie eine bilaterale Rezessuseinengung festzustellen. Es bestehe ein stationärer Reizzustand der kleinen Wirbelgelenke. Auf Höhe L5/S1 seien stationäre bilaterale Spondylarthrosen mit leichtem Reizzustand links vorhanden. Die Beurteilung lautete wie folgt: Im Verlauf sei eine neu aufgetretene spondylarthrotisch bedingte absolute Spinalkanalstenose L4/5 festzustellen. Es bestehe ein Reizzustand der kleinen Wirbelgelenke L4/5 linksbetont und neu eine kleine intraspinale Synovialzyste rechts rezessal. Es seien ein vorbestehender linksbetonter Reizzustand der kleinen Wirbelgelenke L3/4 und stationäre Spondylarthrosen L5/S1 festzustellen (IV-Nr. 147).

7.13 Im Bericht des I.____, Pneumologie, vom 3. Juni 2020 wurden die Hauptdiagnosen «1. Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, PSG 02/2016: Apnoe-Hypopnoe-Index 45/h, APAP-Therapie seit 04.04.2016; 2. Adipositas; 3. Periodische Beinbewegungen nachts, Myoklonie-Index 50/h (2016); 4. Depression, Insomnie; 5. Nikotinabhängigkeit, 30 py; 6. Koronare und hypertensive Herzerkrankung; 7. Chronische Schmerzproblematik des Bewegungsapparates, Tendinitis calcarea und subakromiales Impingement der linken Schulter (Orthopädie 2020), zervicobrachiale Schmerzen links bei Foraminalstenose C3/C4 links und C6/C7 links» gestellt. Zur Schlafapnoe wurde angegeben, der Patient setze diese nächtliche Überdrucktherapie seit dem Jahr 2016 gewissenhaft um. Die respiratorischen Ereignisse seien mit der Therapie vollständig unterdrückt. Es sei eine Rauchstoppintervention vorgenommen worden. Ein ernsthafter Rauchstoppversuch müsste mit einer genügend hoch dosierten und gut strukturierten Nikotin-Ersatztherapie erfolgen, um statistisch gesehen dem drohenden Gewichtsanstieg entgegenzuwirken (IV-Nr. 135.7 S. 15 f.).

7.14 Dem Sprechstundenbericht des I.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 12. August 2020 kann die Hauptdiagnose «Varusgonarthrose beidseits, im Moment links beschwerdeführend, St. nach Kniegelenks-Infiltration am 12.6.2020 und 7.8.2020» entnommen werden. Sodann wurden die Nebendiagnosen «1. Tendinitis calcarea, subacromiales Impingement Schulter links mit / bei subacromialer Infiltration Schulter links vom 11.01.2020; 2. Zervicobrachialgieforme Schmerzen links, entsprechend Dermatome C7 bei mässiggradiger Foraminalstenose C3/4 links und mässig-höhergradig

C6/7 linksbetont; 3. Adipositas Grad II (Gr. 179 cm, Gewicht 115 kg, BMI 35.9) gestellt. Unter dem Vermerk «Procedere/Vorschlag» wurde angegeben, es sei nur ein kurzfristiges Ansprechen auf die vor zwei Monaten durchgeführte Infiltration festzustellen gewesen. Die Kniegelenksinfiltration sei wiederholt worden. Im Weiteren werde Physiotherapie verordnet. Auch von einer Gewichtsreduktion würde der Patient profitieren (IV-Nr. 135.7 S. 13 f.).

7.15 Aus dem Bericht von Dr. med. U.____, Arzt für Innere Medizin und Kardiologie FMH (), vom 26. Oktober 2020 geht hervor, die Zuweisung erfolge zur kardiologischen Verlaufskontrolle bei koronarer Eingefässerkrankung bei Status nach akutem Koronarsyndrom im Jahr 2007 mit konsekutivem Stenting im Bereich des Ramus circumflexus. Der Patient berichte von kardialer Seite über einen stabilen Verlauf. Er beschreibe diffuse nicht belastungsabhängige thorakale Missempfindungen, welche ca. ein- bis zweimal pro Woche aufträten. In der klinischen Untersuchung präsentiere sich der Patient kardiopulmonal kompensiert (IV-Nr. 135.7 S. 4 ff.).

7.16 Dem Sprechstundenbericht des I.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 8. März 2021 können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden: «1. Varusgonarthrose beidseits, im Moment links beschwerdeführend, St. nach Kniegelenk-Infiltration am 12.06.2020 und 07.08.2020; 2. Symptomatische Coxarthrose beidseits». Im Weiteren wurden die Nebendiagnosen «3. Tendinitis calcarea, subacromiales Impingement Schulter links mit / bei subacromialer Infiltration Schulter links vom 11.01.2020; 4. Zervikobrachialgieformige Schmerzen links, entsprechend Dermatome C7 bei mässiggradiger Foraminalstenose C3/4 links und mässig-höhergradig C6/7 linksbetont; 5. Adipositas Grad II (Gr. 179 cm, Gewicht 115 kg, BMI 35.9)» angegeben. Zur Anamnese wurde dargelegt, aktuell bestünden Kniegelenkschmerzen links, insbesondere nach längerer Belastung (Gehen auf ebenem Boden über 10 Minuten). Aufgrund dessen sei eine täglich perorale Analgesie nötig. Der Patient sei seit 5 Jahren nicht mehr arbeitstätig. Unter dem Vermerk «Procedere/Vorschlag» wurde angegeben, es zeige sich zum einen eine symptomatische Varusgonarthrose, zum anderen eine symptomatische Coxarthrose beidseits. Da der Patient durch die letztmalig durchgeführte Kniegelenksinfiltration nur zu 50 % habe profitieren können, könnte eine überlagerte Schmerzkomponente durch die Coxarthrose bestehen. Aus diesem Grund und auch angesichts des jungen Alters des Patienten sei man bezüglich einer Knieprothesenversorgung sehr zurückhaltend. Zur genaueren Lokalisation der Schmerzen und somit definitiven Therapieempfehlung schlage man dem Patienten eine diagnostisch/therapeutische Hüftgelenksinfiltration vor (Bericht vom 12. März 2021; IV-Nr. 141 S. 5 f.).

7.17 Aus dem Bericht von Dr. med. V.____, FMH Radiologie, vom 28. Mai 2021 über das gleichentags erstellte MRT der LWS und des ISG geht hervor, es bestehe eine hypertrophe Facettendegeneration und eine Hypertrophie der Ligamenta flava sowie Diskusbulging L4/5 mit beidseitigen rezessalen Engen und Bedrängung der L5-Wurzeln in L4/5. Im Vergleich zur Voruntersuchung zeige sich hier eine leichte Entlastung des Duralsacks. Es sei eine unveränderte linkslaterale rezessale Bedrängung der S1-Wurzel bei Facettendegeneration und Bandscheibendegeneration in L5/S1 festzustellen (IV-Nr. 150).

7.18 Im Bericht von Dr. med. H.____ vom 16. Juni 2021 wurden folgende Diagnosen gestellt: «Lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts und Claudicatio spinalis bei/mit V.a. foraminale Diskushernie L4/L5 und Infiltration transforaminal L4/L5, rezessale Enge L4/L5 mit Kompression der Wurzel L5 bds., Z.n. Infiltration epidural dorsal translaminärer

L4/L5 rechts, 13.9.2019, kurzfristig besser (2 ■ 3 Tage) 60 ■ 70 % (fecit Dr. T. H.____), Meralgia paraesthetica rechts, Weitere orthopädische Diagnosen». Zum Verlauf bzw. zur Beurteilung wurde dargelegt, im Rahmen der Anamnese und der orientierenden Untersuchung finde man ausser einem Seitenwechsel der Symptomatik, aktuell links, keine wesentlichen Veränderungen. Das aktuelle MRI der LWS bestätige die hochgradige Spinalkanalstenose L4/L5 und bereits durchgeführte Funktionsaufnahmen der LWS zeigten eine Instabilität L4/L5. Da zur Spondylodese bei Instabilität kaum eine Alternative bestehe, wünsche der Patient eine weitere Infiltration. Falls ein nachhaltiger Effekt ausbleibe, müsste dem Patienten zur Verbesserung der Situation intensiv zur operativen Versorgung des Segmentes L4/L5 geraten werden (IV-Nr. 141 S. 4; vgl. auch Infiltrationsbericht vom 28. Juni 201, IV-Nr. 141 S. 2 f.).

7.19 Dem interdisziplinären (allgemein-internistischen, neurologischen, orthopädisch und psychiatrischen) F.____-Gutachten vom 6. September 2021 können im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Deutliche Varusgonarthrose beiderseits mit Innenmeniskusläsion beiderseits sowie leichte Ergussbildung und Bakerzystenbildung bei Zustand nach Kniegelenksinfiltration mit relativ guter funktioneller Kompensation beiderseits; Chronisches zervikobrachiales Syndrom mit Osteochondrose und Spondylose sowie rechtsbetonter Unkovertebralarthrose C6/C7 mit beginnender Foraminalstenose rechts stärker (als) links sowie foraminale Hernie links C3/C4 mit Einengung von C4 links, Chondrose mit ventraler und dorsaler Spondylose C5/C6 mit relativ guter funktioneller Kompensation, klinisch-neurologisch und elektromyografisch ohne Hinweis für radikuläre Störungszeichen; Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit spondylarthrotisch bedingter absoluter Spinalkanalstenose L4/L5 sowie Spondylarthrose L3/L4 und L4/L5 mit nachfolgenden Funktionseinschränkungen, anamnestisch möglicher Claudicatio spinalis, klinisch-neurologisch und elektromyografisch ohne radikuläre Störungszeichen». Die weiteren gestellten Diagnosen (Dysthymie F34.1; Persönlichkeitsakzentuierung Z73.1; Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung Z73; Deutliche Fehllhaltung der Wirbelsäule bei einem teilfixierten Rundrücken und Hohlkreuz mit deutlicher muskulärer Dysbalance; Adipositas; Knick-/Spreizfuss beiderseits; Koronare 1-Gefässerkrankung; Mittelschweres Schlafapnoe-Syndrom ED 02/2016; Ehemals schwergradiges Restless-leg-Syndrom/PLMS, unter Therapie gebessert; Resektion eines Polypen [1 cm] im Kolon descendens [Histologie nicht vorhanden]; Unzureichende Therapieadhärenz) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Zum Krankheitsverlauf wurde im Wesentlichen dargelegt, der aktuell 57-jährige Explorand habe im Mai 2015 ein Leistungsgesuch gestellt. Er sei kroatischer Staatsangehöriger, im Jahr 1987 in die Schweiz eingereist, seit dem Jahr 1983 verheiratet, habe zwei 1983 und 1991 geborene Kinder und sei seit 2004 in der B.____ erwerbstätig gewesen (Herstellung von Medizinalprodukten, medizinische Prothesen). Im August 2010 sei erstmals eine koronare 1-Gefässerkrankung beschrieben worden mit Koronarangiographie vom Dezember 2007, damals PTCA und Stent-Implantation. Weitere kardiologische Berichte vom Dezember 2015 und Dezember 2017 hätten von kardialer Seite einen durchgängig stabilen Verlauf gezeigt. Ein mittelschweres bzw. schweres Schlafapnoesyndrom sei gemäss Polysomnografie vom 11./12. Februar 2016 mit assistierter Beatmung behandelt worden, ebenso sei ein festgestelltes Restless-legs-Syndrom therapiert worden. Im Hinblick

auf die angegebenen diversen muskuloskelettalen Beschwerden sei erstmals im April 2011 eine Lumbalgie nach dem Tragen von Kisten beschrieben worden. Die Hüftgelenke zeigten eine knappe Überdachung und Sklerosierung des Acetabulumdaches nach links seitlich. Ohne Hinweis für eine radikuläre Problematik sei aber ein linkseitiges ISG Syndrom attestiert worden. Des Weiteren habe das MRI der HWS vom 6. November 2013 bei damals ausstrahlenden Beschwerden zum linken Arm den Befund einer aktivierten erosiven Osteochondrose HWK 6/7 mit hochgradiger foraminaler Stenose C7 rechts, moderat C7 links, sowie spondylarthrotische, unkovertibralarthrotische Veränderungen ergeben. In einem Erstgespräch im Behandlungszentrum für Psychosomatik vom Juli 2015 seien ausgeprägte Schlafstörungen unter psychosozialen Belastungsfaktoren mit depressiven Tendenzen und Burnout Symptomatik attestiert worden. Im Rahmen der stationär-psychiatrischen Behandlung vom 15. September bis 12. November 2015 sei wiederum die Diagnose mittelgradige Depression mit somatischem Syndrom bei akzentuierten Persönlichkeitszügen gestellt worden, es sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren attestiert worden. Es sei nur zu geringer Rückbildung der Schmerzproblematik gekommen, trotz vielfältiger Angebote habe er nur bedingt seine psychische Flexibilität steigern können, er sei immer wieder in seine alten Verhaltensmuster zurückgefallen, da er sich eher passiv ausgeliefert gesehen habe. Bezüglich des Schmerzempfindens habe sich keine signifikante Veränderung ergeben, die psychische Flexibilität habe nur bedingt gesteigert werden können. Zum polydisziplinären E.____-Gutachten vom 30. Mai 2016 wurde angegeben, auch hier habe sich aus psychiatrischer Sicht lediglich die Diagnose einer Dysthymie mit erhöhter Reizbarkeit, Nervosität und Schlafstörung ergeben. Auch sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren attestiert worden. Aus psychiatrischer Sicht habe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit konstatiert werden können. Und auch aus rheumatologischer Sicht sei eine nur um 30 % reduzierte Leistungsfähigkeit (bezogen auf eine ganztägige Tätigkeit) in der angestammten Tätigkeit bzw. eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer idealadaptierten Tätigkeit attestiert worden. Im neurologischen Gutachten sei bezüglich des LWS-Syndroms keine radikuläre Beteiligung festgestellt worden, auch nicht hinsichtlich des degenerativen HWS-Syndroms. Auch das Schlafapnoe-Syndrom bei Adipositas, eine verdachtsweise geäußerte beginnende Polyneuropathie unklarer Ätiologie blieben ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 15. Februar 2017 sei mitgeteilt worden, dass ein ab dem 17. Mai 2016 durchgeführtes Belastbarkeitstraining am 16. Juni 2016 wegen einer neu diagnostizierten Zyste am Knie abgebrochen worden sei. Das MRI des rechten Kniegelenks vom 30. Juni 2016 habe einen Radiärriss am medialen Meniskus im Hinterhorn bei Chondropathie Grad III im medialen Kompartiment gezeigt. Ein MRI der HWS vom 9. September 2016 habe weiterhin die degenerativen Veränderungen schwerpunktmässig HWK 6/7, jedoch ohne Neurokompression gezeigt. Vom 11. Januar bis 8. Februar 2017 sei es mit den schon vorbekannten Diagnosen der mittelgradigen Depression mit somatischem Syndrom bei akzentuierten vermeidenden Persönlichkeitszügen, chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu einem stationär-psychiatrischen Aufenthalt gekommen. Gemäss dem RAD-Bericht von Dr. med. G.____ vom März 2017 habe jedoch eine relevante andauernde Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht glaubhaft gemacht werden können.

Zum objektivierbaren medizinischen Sachverhalt wurde in Bezug auf das chronische Rückenleiden dargelegt, radiologisch bestünden gemäss dem MRI der HWS vom

11. Dezember 2019 degenerative Veränderungen mit Schwerpunkt HWK 6/7 mit beginnender Foraminalstenose rechts und weniger ausgeprägt links. Im MRI der LWS und des ISG vom 19. Februar 2020 zeigten sich eine spondylarthrotisch bedingte absolute Spinalkanalstenose LWK 4/5, ein Reizzustand der kleinen Wirbelgelenke L4/5 linksbetont und eine stationäre Spondylarthrose L5/S1. Klinisch erkläre dies zwar ein gewisses Mass an belastungsabhängigen Rückenschmerzen, es bestünden aber im klinisch-neurologischen Befund keine radikulären Reizzustände oder sensomotorische Defizite, weder an den Armen noch an den Beinen. Es hätten keinerlei sensomotorischen Defizite festgestellt werden können, die Reflexe seien allseits symmetrisch unauffällig gewesen, Dehnungs- und Kompressionsmanöver seien sowohl an der HWS als auch an der LWS unauffällig ohne radikuläre Reizsymptomatik gewesen. In einer ergänzend durchgeführten Elektromyografie (linker Arm Kennmuskeln für Myotome C5, C6 und C7) und auch an beiden Beinen (Kennmuskeln für Myotome L5 und S1) zeigten sich keine signifikanten Auffälligkeiten. Auch im klinischen Eindruck ergäben sich keinerlei Einschränkungen in der Funktionalität sowohl an den Armen als auch an den Beinen bzw. der HWS und LWS-Beweglichkeit.

Zum Knieleiden und zu sonstigen muskuloskelettalen Befunden wurde erklärt, objektivierbar sei radiologisch eine O-Bein-Gonarthrose beidseits, wie dies z.B. das MRI des rechten Kniegelenks vom Dezember 2020 auch zeige. Auch die MRI-Untersuchung des linken Kniegelenkes habe die fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen bestätigt, ebenfalls im medialen femorotibialen Kompartiment, passend zur Varusgonarthrose mit viertgradiger Chondropathie am medialen Femurcondylus und Tibiaplateau. Funktionell zeige sich eine relativ gute Funktion in beiden Kniegelenken. Es sei kein Erguss vorhanden. Bei unbemerkter Beobachtung bestehe ein hinkfreies Gangbild. Angesichts dieses klinisch derzeit relativ guten Befundes könne auch bezüglich operativen Massnahmen sehr zurückhaltend verfahren werden. Versicherungsmedizinisch seien aber aufgrund der reduzierten Kniegelenkbelastbarkeit kniebelastende schwere Tätigkeiten nicht geeignet. Im Vergleich zum E. ___-Gutachten vom Mai 2016 seien diese beiden O-Bein-Gonarthrosen hinzugekommen. Dies verändere die Bewertung des Fähigkeitsprofils. Während ehemals leicht bis mittelschwere Arbeiten noch hätten zugemutet werden können, könne aktuell nur von einer Belastbarkeit bis 10 kg ausgegangen werden. Jedoch sei auch die frühere Tätigkeit im Prinzip nur eine leichte Tätigkeit und entsprechend habe auch im Hinblick auf die Bewertung der Arbeitsfähigkeit die damalige Beurteilung einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % im Finish von Medizinalprodukten weiterhin Gültigkeit. Auch in einer anderen, noch besser leidensadaptierten Tätigkeit (weniger beinbelastend) könne weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert werden. Somit ergebe sich quantitativ auch aus orthopädischer Sicht keine Veränderung seit dem Gutachten von Mai 2016 bzw. seit der Rentenablehnung im Oktober 2017. Sonstige relevante muskuloskelettale Erkrankungen seien aktuell nicht feststellbar. Auch hinsichtlich des aktenkundigen Schulterleidens zeige sich kein signifikanter klinisch auffälliger Befund.

Zum Schlafapnoe-Syndrom wurde erklärt, unter fortgesetzter assistierter Beatmung sei es zu einer durchaus sehr guten Stabilisierung gekommen. Die sei auch zuletzt im Bericht vom Juni 2020 ausgeführt worden. Eine arbeitsrelevante Beeinträchtigung ergebe sich aus dieser Diagnose somit nicht. Auch die früher beschriebene Restless-legs-Symptomatik bzw. PLMS habe sich unter Therapie gebessert und sei zumindest in der letzten Kontrolle nicht erkennbar auffällig gewesen. Diese wären auch sehr gut behandelbar. Auch hinsichtlich der aktenkundig beschriebenen koronaren 1-Gefässerkrankung mit non STEMI im Jahre 2007

und damals PTCA/Stent Applikation habe sich in allen bisherigen kardiologischen Kontrollen ein gutes Langzeitergebnis gezeigt. Im Rahmen des ohnehin aus orthopädischer Sicht limitierten Belastungsniveaus von leichten Arbeitstätigkeiten ergebe sich somit keine Beeinträchtigung. Auch sonst seien keine relevanten anderen internistischen Erkrankungen arbeitsrelevant zu beobachten.

Zu den psychischen Gesundheitsstörungen und zur Prüfung der Inkonsistenzen wurde angegeben, auch aus psychiatrischer Sicht könnten keine signifikanten und insbesondere keine arbeitsrelevanten psychischen Gesundheitsstörungen objektiviert werden. Beim Exploranden handle es sich in Bezug auf die in der aktuellen psychiatrischen Untersuchung geltend gemachten psychischen Störungen, speziell die visuellen und akustischen halluzinatorischen Erlebnisse, nicht um artifizielle oder dissoziative Krankheitssymptome. Vielmehr handle es sich hier um eine übertriebene, eher zweckgerichtete und kontextabhängige Darstellung von nicht authentischen Beschwerden. Bereits schon in der Vergangenheit habe nur die Diagnose einer Dysthymia nachgewiesen werden können, nicht aber die andernorts attestierte mittelschwere depressive Symptomatik oder eine rezidivierende depressive Störung. Die zuletzt von Dr. med. R.____ beschriebenen schwerwiegenden Beeinträchtigungen seien nicht objektivierbar. Die angegebene Schmerzausprägung finde ebenfalls kein vegetatives und affektives Korrelat. Die Therapieaktivitäten seien gering.

Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde dargelegt, es liessen sich keine somatisch pathophysiologisch oder psychisch hinreichend erklärende Befunde finden, welche eine höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erklären könnten als die auf orthopädischem Fachgebiet ausgewiesene Bewertung. Subjektiv gebe der Explorand an, er könne maximal 30 % arbeiten. In der Gesamtschau dieser Inkonsistenzen erkläre sich aber auch die Diskrepanz zu den teilweise anderslautenden medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilungen, welche diese Inkonsistenzen in ungenügender Weise abgrenzten. Es gebe aber auch kein schwerwiegendes krankheitswertiges psychisches Störungsbild, welches dieses Verhalten mit diesem Ausmass an negativer Antwort- und Leistungsverzerrung erkläre. Gegenüber dem Zeitpunkt des E.____-Gutachtens vom Mai 2016 habe sich zwischenzeitlich zwar eine zunehmende Gonarthrose beidseits entwickelt, was das Fähigkeitsprofil hinsichtlich der Gewichtslimite reduziere. Jedoch sei damit keine weitere als die schon damals attestierte quantitative Beschränkung der Arbeitsfähigkeit begründbar. Gleiches gelte auch für die radiologisch gegenüber den Vorbefunden etwas verstärkte Lumbalkanalstenose, auch in dieser Hinsicht seien bei Adaptation (kein langes Gehen, was ohnehin wegen des Knieleidens nicht gefordert werde) keine zusätzlichen quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Auch aus psychiatrischer Sicht könne weiterhin kein signifikantes arbeitsrelevantes Störungsbild objektiviert werden. Die anamnestisch beschriebenen visuellen und akustischen halluzinatorischen Erlebnisse seien als zweckgerichtete und kontextabhängige Darstellung von nichtauthentischen Beschwerden zu beurteilen.

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde / Diagnosen wurde erklärt, aufgrund der verminderten Rücken-, Knie- und Schulterbelastbarkeit ergebe sich folgendes Fähigkeitsprofil: Der Explorand sei in der Lage, leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu maximal 10 kg, in rügenschulgerechter Haltung, im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen und in temperierten Räumen auszuführen. Lange Überkopfarbeiten sollten vermieden werden. Ebenfalls vermieden werden sollten

mittelschwere und schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten oberhalb von 10 kg, ausserhalb des Körperlotes, ruckartige Bewegungen, Erschütterung sowie ständiges nach vorne Neigen des Oberkörpers, kniende und hockende Tätigkeiten, das Besteigen von Leitern und Treppen sowie Tätigkeiten auf unebenem Boden. Der Explorand sollte keiner Kälte-, Nässe- und Zugexposition ausgesetzt werden. Aus neurologischer und internistischer Sicht ergäben sich keine zusätzlichen Einschränkungen. Auch könne kein arbeitsrelevantes psychiatrisches Leiden objektiviert werden.

Die Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde wie folgt geführt: Man könne keine lebensunüblichen, schwerwiegenden Belastungsfaktoren objektivieren, welche eine eigenständige arbeitsrelevante psychische Störung objektiv erklären könnten. Die frühere Verpflichtung in der Versorgung der Kinder bestehe durch deren Eigenständigkeit nicht mehr. Die Familie wohne in einem eigenen Mehrfamilienhaus. Es sei somit psychosozialer Support seitens der Familie verfügbar. Versicherungsfremd sei das Alter von 57 Jahren. Es sei auch eine schon mehrjährige Entwöhnung von Arbeitstätigkeiten feststellbar. Jedoch verfüge der Explorand durchaus über gute Ressourcen, welche eine Arbeitsaufnahme erlauben würden.

Zur Konsistenzprüfung wurde angegeben, die aktuelle psychiatrische Untersuchung ergebe keine relevanten psychischen Störungen, welche die Angaben des Exploranden zu seinem Gesundheitszustand untermauern würden. Aus psychiatrischer Sicht seien im Vergleich zu vorangegangenen Begutachtungen auch keine wesentlichen Veränderungen erkennbar. Die zum Teil attestierte Zunahme des Schweregrades der depressiven Störung hätten keine Veränderung oder wesentliche Anpassung des therapeutischen Konzepts zur Folge. Der Umstand, dass keine Intensivierung der psychiatrischen Behandlung in Betracht gezogen oder initiiert worden sei, spreche im Längsverlauf gegen eine massgebende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands. Auch somatisch-klinisch könnten im Ausdrucksverhalten keine objektivierbaren relevanten Einschränkungen oder nachvollziehbare Schmerzkorrelate objektiviert werden. Gleichwohl sei in der gezielten Untersuchung, z.B. im orthopädischen Gutachten, teilweise ein Gegenspannen erkennbar gewesen. Ausserhalb der Untersuchungssituation habe sich auch ein ordentliches hinkfreies Gangbild gezeigt, beim Be- und Entkleiden sei keine Beeinträchtigung erkennbar. Es gebe keine hinreichenden pathophysiologisch und psychiatrisch nachvollziehbaren Gründe für die tiefe Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit (subjektiv Arbeitsunfähigkeit von 70 %). Der so erhebliche Verzerrungsgrad der negativen Antwort- und Leistungsverzerrung in mehrfachen Ebenen erfülle die Kriterien einer bewussten nichtauthentischen Symptom- und Beschwerdepäsentation.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, für die frühere Tätigkeit im Finish bestehe ■ wie schon im E. ___-Gutachten ■ eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % (auf ein ganztägiges Pensum bezogen). Für eine Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung des Fähigkeitsprofils wäre eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % möglich. Dies gelte auch durchgängig retrospektiv. Es seien nur aus orthopädischer Sicht quantitative Einschränkungen begründbar. Zur fallspezifischen Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Exploranden verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenablehnung (Verfügung vom 24. Oktober 2017) wesentlich verändert hätten, gaben die F. ___-Gutachter an, nach der Gutachtenerstellung vom 30. Mai 2016 seien zusätzliche degenerative Veränderungen im Bereich beider Kniegelenke mit einer zunehmenden O-Bein-Gonarthrose aufgetreten. Dies habe auf orthopädischem Gebiet Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit des Exploranden in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit. Anhand des damaligen Befundes hätten dem Exploranden noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zugemutet werden können, anhand der neuen orthopädischen Befunde könnten aufgrund der Gonarthrose dem Exploranden nur leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg in rückenschulgerechter Haltung zugemutet werden, wobei die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 70 % mit einer um 30 % verminderten Leistungsfähigkeit beibehalten werden könne. Der Explorand habe bereits damals in der angestammten Tätigkeit nur leichte Tätigkeiten ausführen müssen. Damit ergäben sich insgesamt Unterschiede in der Belastbarkeit bei gleicher Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Auch mögliche operative Konsequenzen erlaubten nach der postoperativen Heilung weiterhin eine leichte berufliche Tätigkeit mit Heben und Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg in rückenschulgerechter Haltung und temperierten Räumen. Dabei sollten dem Exploranden aber genügend Erholungsphasen im Rahmen eines ganztägigen Pensums angeboten werden. Auch wenn aktuell eine lumbale Spinalkanalstenose beschrieben werde (Februar 2020), gemäss anamnestischer Angaben ein gewisses Mass an Claudicatio spinalis mit 10 bis 15-minütiger Gehstrecke bestehen sollte, so ergebe sich daraus für eine entsprechende leidensadaptierte Tätigkeit keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine längere Gehstätigkeit sei auch schon aufgrund des Knieleidens ohnehin nicht zu fordern. Eine versicherungsmedizinisch relevante psychiatrische Störung könne nicht glaubhaft gemacht werden (IV-Nr. 135.1 S. 4 ff.).

7.19.1 Der allgemeininternistische Teilgutachter, Dr. med. W.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, konnte aufgrund seiner Untersuchung vom 19. Januar 2021 keine internistischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihm gestellten Diagnosen (koronare 1-Gefässerkrankung, mittelschweres Schlafapnoe-Syndrom, schwergradiges Restless-leg-Syndrom, Resektion eines Polypen im Kolon descendens), unzureichende Therapieadhärenz) haben gemäss seinen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Vergleich zum Jahr 2016 seien keine signifikanten Veränderungen im allgemeininternistischen Status festzustellen. Mit der Durchführung der Koronarintervention im Jahr 2007 sei das Krankheitsbild langdauernd stabilisiert worden. Nennenswerte Anpassungen seien aus internistischer Sicht nicht notwendig. Es bestehe aus allgemeininternistischer Sicht sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer leidensangepassten Verweistätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Seit dem Referenzzeitpunkt habe sich der Gesundheitszustand aus allgemeininternistischer Sicht nicht verändert (IV-Nr. 135.6 S. 21 ff.).

7.19.2 Der neurologische Teilgutachter, Dr. med. X.____, Facharzt für Neurologie FMH, hielt aufgrund seiner Untersuchung vom 8. Oktober 2020 fest, in der Gesamtschau seien gemäss den radiologischen Befunden zwar gewisse degenerative Veränderungen bei dem zwischenzeitlich 57 Jahre alten Exploranden vorhanden, welche belastungsabhängig Schmerzen verursachen könnten, aus neurologischer Sicht könne man aber zumindest keinerlei radikuläre Reiz- oder gar sensomotorische Defizite nachweisen (unauffällige Sensomotorik, symmetrische Reflexe in allen Ebenen, unauffällige Provokationstests, weitgehend unauffälliges EMG). Somit decke sich dieser Befund auch mit den Ausführungen im neurologischen Gutachten des E.____ Basel vom Mai 2016. Es könne somit auch weiterhin aus rein neurologischer Sicht keinerlei Veränderung bzw. insbesondere keine quantitative arbeitsrelevante Verschlechterung gegenüber dem früheren Status nachgewiesen werden. Das Integrationspotential für eine adaptierte Tätigkeit wäre

rein medizinisch-theoretisch aus neurologischer Sicht nicht eingeschränkt. Es seien zumindest körperlich leichte, wirbelsäulengerechte, wechselbelastende Arbeitstätigkeiten möglich. Motivationale Hemmfaktoren seien vorhanden, wobei das Alter von 57 Jahren dabei eine Rolle spiele. Die Angaben des Exploranden, er könne sich nur eine Arbeitstätigkeit von allenfalls 30 % zutrauen, könnten nicht begründet werden. Die offensichtlichen Inkonsistenzen seien in den externen Bewertungen zur Arbeitsfähigkeit teilweise nicht berücksichtigt worden, was die Diskrepanzen in den versicherungsmedizinischen Bewertungen erkläre. Auch retrospektiv könne aus neurologischer Sicht letztlich keine längere Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit plausibel begründet werden, zumindest nicht für eine entsprechende leidensadaptierte Tätigkeit. Die angestammte frühere Tätigkeit (im Finish) möge mit überwiegendem Stehen und Gehen eher belastend gewesen sein, adaptierte Tätigkeiten wären aber zumutbar gewesen. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit betrage 100 %; dies gelte auch durchgängig retrospektiv. Seit dem Referenzzeitpunkt bestehe keine wesentliche Veränderung aus neurologischer Sicht (IV-Nr. 135.3 S. 16 ff.).

7.19.3 Im orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. Y.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wurde aufgrund seiner Untersuchung vom 18. November 2020 dargelegt, auf orthopädischem Gebiet finde man Funktionseinschränkungen vor allem im Bereich der Lendenwirbelsäule. Es könnten erhebliche degenerative Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule, aber auch in beiden Kniegelenken objektiviert werden bei einer O-Bein-Fehlstellung und einer spondylarthrotisch bedingten Spinalkanalstenose L4/L5. Der Explorand habe eine intensive Schmerztherapie, psychotherapeutische Massnahmen sowie Injektionsbehandlungen erhalten. Alle diese Massnahmen, die konservativ durchgeführt worden seien, hätten nach den Angaben des Exploranden zu keinem Erfolg geführt. Er gebe eine erhebliche Schmerzproblematik und eine regelmässige Schmerzmitteleinnahme an. Objektiv könnten radiologisch die zunehmenden deutlichen degenerativen Veränderungen bei O-Bein-Gonarthrose und degenerativen Veränderungen vor allem in der Lendenwirbelsäule nachgewiesen werden. Der Explorand zeige aber relativ gute Kompensationsmöglichkeiten trotz dieser degenerativen Veränderungen. Aus diesem Grund sei bisher auf operative Massnahmen verzichtet worden. Die deutlichen Veränderungen erlaubten keine die Wirbelsäule und die Kniegelenke schwer belastenden Tätigkeiten. Dem Exploranden könnten nur noch leichte Tätigkeiten in einem ganztägigen Rahmen zugemutet werden, wobei auch im Rahmen dieser ganztägigen Präsenz Zeiträume für die Entlastung und Lockerung seiner ischiocruralen Muskulatur angeboten werden sollten. Zusätzlich sei eine Gewichtsabnahme von orthopädischer Seite notwendig, um die statischen Beschwerden, aber auch später die operativen Konsequenzen zu erleichtern. Anhand des orthopädischen Befundes bestünden genügend Ressourcen, in einer gut angepassten Verweistätigkeit einer leichten beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Nach der E.____-Begutachtung vom Mai 2016 hätten sich zunehmende Veränderungen im Bereich beider Kniegelenke eingestellt. Es habe eine Varusgonarthrose mit deutlicher Meniskusminderung zunächst rechts, später auch links mit zunehmender Tendenz belegt werden können. Die aktuellen radiologischen Befunde hätten weiterhin deutliche degenerative Veränderungen im Bereich vor allem der Lendenwirbelsäule und eine zunehmende O-Bein-Gonarthrose in beiden Kniegelenken gezeigt. Aus diesem Grund könne dem Exploranden nicht mehr eine mittelschwere Tätigkeit, wie im damaligen Gutachten angenommen, zugemutet werden, da sich eine Verschlechterungstendenz seit dieser Zeit belegen lasse. Bisher habe auf operative

Massnahmen verzichtet werden können. Es seien lediglich intensive konservative Massnahmen mit Physiotherapie, Injektionsbehandlung und medikamentöser Unterstützung veranlasst worden. Aufgrund der zunehmenden degenerativen Veränderung im Bereich beider Kniegelenke und der Wirbelsäule seien auf Dauer operative Konsequenzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und beider Kniegelenke nicht zu vermeiden. Dem Exploranden könne eine die Wirbelsäule und die Kniegelenke schwer belastende Tätigkeit nicht mehr zugemutet werden. Aus diesem Grund komme nur eine leichte berufliche Tätigkeit in Frage. Dafür bestünden aber genügend Ressourcen, diese auch im Rahmen eines ganztägigen Pensums zu verrichten, wobei dem Exploranden genügend Pausen zur Erholung und Lockerung von muskulären Kontrakturen und Verspannungen angeboten werden sollten. Nach operativen Konsequenzen mit Stabilisierung des Segmentes L4/L5 sowie einer guten prothetischen Versorgung, die anhand des aktuellen Befundes wohl nur in Frage kommen könne, könne auch weiterhin bei einem guten postoperativen Verlauf eine Belastbarkeit für leichte berufliche Tätigkeiten erwartet werden. Damit ergäben sich auch auf Dauer, ausser den postoperativen Phasen, keine wesentlichen Veränderungen in der Belastbarkeit, Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit bei ganztägiger Präsenz. Zur Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht wurde angegeben, es bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Finish-Mitarbeiter eine Arbeitsfähigkeit von 70 % mit einer um 30 % verminderten Leistungsfähigkeit bei ganztägiger Präsenz. Dies sei auch seit dem Referenzzeitpunkt (24. Oktober 2017) retrospektiv anzunehmen trotz der zusätzlich nachgewiesenen Veränderungen im Bereich beider Kniegelenke, die bei entsprechender, auch operativer Behandlung mit gutem Verlauf weiter eine solche leichte Tätigkeit erlauben dürfte. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit wurde angegeben, es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % mit einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit bei ganztägiger Präsenz. Dies sei auch retrospektiv anhand des orthopädischen Befundes anzunehmen. Aufgrund der orthopädischen Befunde seien auf Dauer operative Massnahmen nicht zu umgehen, wobei aber bei gutem Verlauf durch operative Konsequenzen keine wesentliche Veränderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit erwartet werden könne. Eine Prognose könne anhand des orthopädischen Befundes angesichts möglicher operativer Massnahmen nur sehr zurückhaltend beurteilt werden.

Die fallspezifischen Fragen wurden dahingehend beantwortet, nach dem E.____-Gutachten vom 30. Mai 2016 seien zusätzliche degenerative Veränderungen im Bereich beider Kniegelenke mit einer zunehmenden O-Bein-Gonarthrose aufgetreten. Dies habe auf orthopädischem Gebiet auch Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit. Anhand des damaligen Befundes hätten dem Exploranden noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zugemutet werden können. Aufgrund der neuen orthopädischen Befunde könnten aufgrund der Gonarthrose dem Exploranden nur leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg in rückenschulgerechter Haltung zugemutet werden, wobei die Einschätzung von 70 % Arbeitsfähigkeit mit einer um 30 % verminderten Leistungsfähigkeit beibehalten werden könne; der Explorand habe bereits damals in der angestammten Tätigkeit nur leichte Tätigkeiten ausführen müssen. Damit ergäben sich insgesamt Unterschiede in der Belastbarkeit bei gleicher Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Verweistätigkeit. Auch mögliche operative Konsequenzen erlaubten nach der postoperativen Heilung weiterhin eine leichte berufliche Tätigkeit mit Heben und Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg in rückenschulgerechter Haltung und temperierten Räumen. Dabei sollten dem Exploranden aber genügend Erholungsphasen im

Rahmen eines ganztägigen Pensums angeboten werden (IV-Nr. 135.5 S. 20 ff.).

7.19.4 Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, können aufgrund seiner Untersuchung vom 16. Oktober 2020 die Diagnosen «Dysthymie F34.1», «Persönlichkeitsakzentuierung Z73.1» und «Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung Z73» entnommen werden. Im Weiteren wurde dargelegt, zusammenfassend ergebe sich, dass die behandelnde Psychiaterin die Diagnose einer psychotischen Störung erst im August 2019 gestellt habe, obwohl der Explorand anlässlich der aktuellen hiesigen psychiatrischen Exploration berichtet habe, die halluzinatorischen Erlebnisse schon mehrere Jahre zuvor gehabt zu haben. Insgesamt zeigten sich beim Exploranden bei der aktuellen Begutachtung Hinweise auf eine nichtauthentische Symptomdarstellung im Rahmen einer problematischen psychosozialen Konstellation bei fehlender beruflicher Tätigkeit, wirtschaftlichen und finanziellen Engpässen und auch Problemen, die sich in etwa aus der wirtschaftlichen Abhängigkeit von seiner Ehefrau ergeben könnten, wohl auch aus einer kritischen Haltung seiner Kinder ihm gegenüber, welche der Explorand in der Summe als belastend und kränkend erlebe. Aktuell sei psychiatrisch von einer Persönlichkeitsakzentuierung mit Dysthymie auszugehen sowie von einer schwierigen psychosozialen Konstellation und Problemen der Lebensbewältigung. Die aktuelle psychiatrische Untersuchung ergebe in psychiatrischer Hinsicht aufgrund einer objektiven Befunderhebung keine relevanten psychischen Störungen, welche seine Angaben zum Gesundheitszustand (hier speziell Diagnose einer Psychose oder einer relevanten affektiven Störung) untermauern würden. Allein der Umstand, dass die behandelnde Psychiaterin die Diagnose einer psychotischen Störung festgestellt habe und der Explorand im Verlauf mehrfach psychiatrisch hospitalisiert worden sei, lasse noch keine entsprechenden Rückschlüsse auf eine relevante psychische Veränderung zu. Aus psychiatrischer Sicht seien im Vergleich zu vorangegangenen Begutachtungen auch keine wesentlichen Veränderungen erkennbar. Die zum Teil attestierte Zunahme des Schweregrades der depressiven Störung habe keine Veränderung oder wesentliche Anpassung des therapeutischen Konzepts zur Folge gehabt. Der Umstand, dass keine Intensivierung der psychiatrischen Behandlung in Betracht gezogen oder vom Exploranden initiiert worden sei, spreche im Längsschnittverlauf gegen eine massgebende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes. Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich keine relevanten Einschränkungen des Fähigkeitsprofils in Bezug auf die angestammte und angepasste Tätigkeit. Der Explorand sei aus psychiatrischer Sicht sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Verweistätigkeit vollumfänglich arbeits- und leistungsfähig; dies gelte auch retrospektiv. Der Gesundheitszustand habe sich aus psychiatrischer Sicht gegenüber dem Referenzzeitpunkt nicht verändert (IV-Nr. 135.4 S. 19 ff.).

7.20 Gemäss dem vom Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Infiltrationsbericht von Dr. med. H.____ vom 27. September 2021 wurde am 20. September 2021 eine Infiltration der Facettengelenke L4/5 und L5/S1 rechts und links vorgenommen. Es wurden die Diagnosen «Lumboradikuläres und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei/mit V.a. foraminale Diskushernie L4/L5, starke degenerative Veränderungen L4/5 und geringer L5/S1 und Z.n. Infiltration epidural dorsal translaminärer L4/L5 rechts, 13.9.2019, kurzfristig besser (2 ■ 3 Tage) 60 ■ 70 % (fecit Dr. T. H.____)», «Meralgia paraesthetica rechts» und «Weitere orthopädische Diagnosen» angegeben. Zur Indikation wurde dargelegt, es sei nochmals das aktuelle MRI vom 28. Mai 2021 mit der

Studie vom 30. April 2019 verglichen worden. Es zeige sich eine wesentliche Zunahme der Enge im Spinalkanal L4/L5 als Hinweis für eine Instabilität. Zusätzlich finde man starke Veränderungen an den Facettengelenken. Somit werde aktuell eine Facettengelenksinfiltration durchgeführt. Zur Intervention wurde erwähnt, diese sei komplikationsfrei erfolgt. Bei persistierenden Beschwerden wären operative Massnahmen an der LWS durchaus indiziert (IV-Nr. 139 S. 20 f. bzw. 156 S. 2 f. bzw. Beschwerdebeilage [BB] 5).

7.21 Dr. med. H. ___ hielt in seinem Bericht über die Wirbelsäulensprechstunde vom 9. November 2021 zum Verlauf fest, der Patient habe mehrfache degenerative Veränderungen am Bewegungsapparat. Die Hauptpathologie sei die ausgeprägte Makroinstabilität L4/L5. Degenerative Veränderungen bestünden aber auch in L5/S1. Diese seien aber wesentlich geringer und hätten vermutlich nicht die starke Auswirkung wie die Instabilität L4/L5 und die begleitende Neurokompression. Zusätzlich bestünden starke Verschleissveränderungen an der Halswirbelsäule; die Knie- und Hüftgelenke stünden im orthopädischen Fokus. Mit der zuletzt durchgeführten Infiltration habe man eine gewisse Linderung herbeiführen können, dennoch könne die Leistungsfähigkeit nicht wesentlich gesteigert werden. Stehen an der Stelle bereite dem Patienten starke Rückenschmerzen; Abstrahlungen in das rechte Bein träten nach ca. 5 Minuten auf. Dies sei sehr typisch für die Instabilität am Segment L4/L5. Aktuell profitiere der Patient noch von der letzten Infiltration vom 20. September 2021, zufriedenstellend sei die Situation jedoch nicht. Aktuell wolle der Patient noch keine operative Therapie planen und somit werde man einen weiteren Versuch mit einer stabilisierenden Krankengymnastik starten. Eine erste Serie Physiotherapie für die LWS sei somit verordnet worden (BB 6).

7.22 RAD-Ärztin Dr. med. G. ___ hielt in ihrer Stellungnahme vom 4. Januar 2022 im Wesentlichen fest, im polydisziplinären Gutachten der F. ___ vom 6. September 2021 (vgl. E. II. 7.19 hiervor) seien die klinischen Befunde sorgfältig erhoben und zusammen mit den paraklinischen Befunden (Bildgebung, Elektrophysiologie, Labor) in die Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit eingeflossen. Die radiologisch darstellbaren ausgedehnten degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat korrelierten nur teilweise mit den klinischen Befunden, die objektivierbaren funktionellen Einschränkungen seien gering. So sei zum Beispiel die Beweglichkeit der HWS und der Extremitäten nicht und die Beweglichkeit der LWS nur leicht eingeschränkt. Eine radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik sei nicht objektivierbar. Die Gutachter attestierten aufgrund der fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen am Achsenskelett sowie an den Kniegelenken rechtsbetont eine deutlich verminderte körperliche Belastbarkeit. Der Einwand, dass das Gutachten nicht beweistauglich sei, weil keine neuen Röntgenbilder bzw. MRT-Aufnahmen veranlasst worden seien, sei aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Naturgemäss handle es sich bei degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat nicht um ein statisches, sondern um ein dynamisches Geschehen. Der über Jahre radiologisch dokumentierte Verlauf beim Versicherten zeige eben diese Progredienz. Ebenfalls aus dem Verlauf könne abgelesen werden, dass die klinische Symptomatik nicht zwangsläufig mit dem radiologischen Befund korreliere. Unbestritten sei, dass der Versicherte erhebliche Degenerationen an den Kniegelenken (Varusgonarthrosen), im Bereich der LWS (spondylarthrotisch bedingte absolute Spinalkanalstenose L4/5, Spondylarthrose L3/4 und L4/5) und der HWS habe. Klinisch habe der Gutachter auch eine beginnende Coxarthrose rechts festgestellt. Die bisherigen

konservativen Behandlungsmassnahmen inkl. mehrfache Infiltrationsbehandlungen an der Wirbelsäule, den Knie- und Schultergelenken hätten teilweise zu vorübergehender, aber keiner anhaltenden Beschwerdeverbesserung geführt. Dennoch seien bisher keine operativen Massnahmen durchgeführt worden, einerseits wegen der fehlenden Motivation des Versicherten, andererseits, weil die funktionellen Auswirkungen weitgehend kompensiert gewesen seien. Vom Gutachter werde diese Zurückhaltung unterstützt, auch weil bereits früher und auch in der aktuellen Begutachtung deutliche Hinweise auf eine Beschwerdeverdeutlichung bzw. nicht authentische Beschwerdepräsentation erkennbar gewesen seien. Die Operationsindikation (LWS, Kniegelenke) werde aber grundsätzlich sowohl von den Behandlern als auch vom Gutachter bejaht. Die vom Versicherten nachgereichten medizinischen Behandlungsberichte belegten, dass er wegen seiner Beschwerden weiterhin in Behandlung sei. Eine relevante Befundverschlechterung sei jedoch nicht ausgewiesen. Dem Versicherten sei bereits mehrfach die Option einer operativen Entlastung/Stabilisierung der LWS angeboten worden. Der Befund sei von verschiedenen Orthopäden (inkl. dem F.____-Teilgutachter) als operationswürdig eingestuft worden. In der ausführlichen klinisch-orthopädischen Untersuchung anlässlich der F.____-Begutachtung seien Kompensationsmechanismen geprüft und als weitgehend erhalten beurteilt worden. Dem Einwand, dass der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht stabil gewesen und somit nicht abschliessend beurteilbar sei, könne aus medizinischer Sicht insofern gefolgt werden, als das Leiden des Versicherten aus medizinischer Sicht symptomatisch und progredient verlaufe, also Beschwerden verursache, die zu behandeln seien. Die Behandlungsmassnahmen zur Beschwerdelinderung, aber auch mit dem Ziel der funktionellen Verbesserung, seien aber nicht per se Ausdruck eines instabilen Krankheitsgeschehens oder einer relevanten Krankheitsprogression im versicherungsmedizinischen Kontext (IV-Nr. 145).

7.23 RAD-Ärztin Dr. med. G.____ äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 15. März 2022 dahingehend, die Ergebnisse der MRT-Untersuchung vom 28. Mai 2021 (vgl. E. II. 7.17 hiervor) änderten nichts an der bisherigen Beurteilung (IV-Nr. 152).

7.24 Dr. med. H.____ hielt in seinem Bericht vom 22. März 2022 fest, insgesamt habe sich die Situation beim Patienten keinesfalls verbessert, obwohl akut-anamnestische Aspekte wie ein Kraftverlust oder ein kontinuierliches Taubheitsgefühl in den Beinen fehlten. Schmerzen in beiden Kniegelenken seien bekannt. Zusätzlich stehe nun eine claudicative Symptomatik im Vordergrund. Der Patient könne nurmehr maximal 30 Minuten an der Stelle stehen oder Gehzeiten von 15, maximal 30 Minuten bewältigen. Dann müsse er sich hinsetzen. In der klinischen Untersuchung finde man keine sensomotorischen Defizite (BB 7).

7.25 Aus dem anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 6. Juni 2024 eingereichten Bericht von Dr. med. AA.____, FMH Radiologie, vom 28. März 2022 über das gleichentags erstellte MRI der LWS und des ISG geht folgende Beurteilung hervor: Konstitutionell bedingt eng angelegter lumbaler Spinalkanal mit / bei mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen mit stationärer leichter Anterolisthesis von LWK 4 auf LWK 5 um 2 mm und mehrsegmentalen, LWK 2/LWK 3 links, LWK 3/LWK 4 und LWK 4/LWK 5 beidseits aktivierter hypertropher Spondylarthrose. Im Verlauf grössenkonstante rechts foraminale Diskusprotrusion LWK 3/LWK 4 und milder Bulging-Disc der übrigen Intervertebralsegmente mit multifaktorieller Spinalkanalstenose ohne Kompression der Cauda equina LWK 4/LWK 5 und rezessale Enge mit möglicher funktioneller

Wurzelreizung L5 beidseits, rechtsbetont. Keine Hinweise auf eine lumboradikuläre Kompression L4 beidseits. ISG-Arthrose beidseits, rechts leicht aktiviert (BB 20).

7.26 Dem Bericht von Dr. med. H.____ vom 20. April 2022 über die Infiltration vom 8. April 2022 kann entnommen werden, es sei nun eine neue Bildgebung verfügbar (MRT der LWS und des ISG vom 28. März 2022; vgl. E. II. 7.25 hiervor). Zur Indikation wurde angegeben, es liege das aktualisierte MRI der LWS vor. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht und von klinischer Relevanz sei vermutlich vorrangig die Situation am Segment L4/L5. Sowohl im MRI, als auch in der aktuell dokumentierten Untersuchung der LWS im Bildwandler sehe man ein deutliches Wirbelgleiten L4/L5. Die Beschwerden seien unverändert mechanischer Natur. Wenn der Patient länger gehe oder stehe, träten radikuläre Symptome L5 bds. rechts führend auf. Dies führe zu einer Invalidisierung, einem hohen Leidensdruck und einer starken Reduktion der Leistungsfähigkeit. Die Intervention sei komplikationslos erfolgt (BB 8).

7.27 Im Bericht von Dr. med. H.____ vom 16. Juni 2022 wurde dargelegt, ausgehend vom guten Ergebnis der Infiltration vom 8. April 2022, der eindeutigen Situation im MRI der LWS vom 28. März 2022 und der nachgewiesenen Makroinstabilität im Röntgen der LWS vom 26. Februar 2022 sei die operative Sanierung nochmals besprochen worden. In der Konstellation, wie sie beim Patienten gegeben sei, könne man eine Operation empfehlen und eine gute Vorhersage für das «Outcome» abgeben. Es sei nochmals eine Demonstration der oben genannten Bildgebung und eine Illustration der Operation erfolgt. Eine rein mikrochirurgische Dekompression sei in Anbetracht der Instabilität nicht zu empfehlen. Somit bleibe zur Spondylodese kaum eine Alternative (BB 9).

7.28 Laut dem Bericht von Dr. med. H.____ zu Händen des Hausarztes Dr. med. S.____ vom 31. August 2022 konnte der 27. Oktober 2022 als Termin für die geplante Operation vereinbart werden. Es wurde dargelegt, nach ausführlicher Diskussion und mittlerweile auch im stehenden Röntgen vom 30. August 2022 bestätigten Wirbelgleiten L4/L5 bestehe an der Indikation für die Versorgung des Segmentes kein Zweifel mehr. Das Aufklärungsgespräch sei erfolgt. Der Patient sei zur Operationsvorbereitung in die hausärztliche Sprechstunde aufzubieten, um die üblichen präoperativen Untersuchungen durchzuführen (BB 13).

7.29 Am 29. Oktober 2022 wurde der Beschwerdeführer im AB.____ am Rücken operiert (Operateur: Dr. med. H.____). Im Operationsbericht vom 31. Oktober 2022 wurden folgende Diagnosen angegeben: «Lumboradikuläres und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei/mit: Foraminale Diskushernie L4/L5, Neuroforaminale Enge rechts, starke degenerative Veränderungen L4/5 und wesentlich geringer L5/S1, Makroinstabilität L4/5 (Funktionsrx. 26.02.2020), Indikationssichernde Infiltrationen: Z.n. Inf. epidural dorsal L4/L5 rechts, 13.09.2019, kurzfristig besser (2 ■ 3 Tage) 60 ■ 70 % besser (Dr. H.____), Z.n. Inf. FG L4-S1 re. u. li., 20.09.2021, 20 ■ 30 % besser (WiZ, Dr. H.____); Meralgia paraesthetica rechts; Weitere orthopädische Diagnosen». Als Operation wurde eine «TLIF-Spondylodese L4/S1 rechts» angegeben. Zur Indikation wurde dargelegt, bei bildmorphologisch nachgewiesener hochgradiger Pathologie am Segment L4/L5 und korrelierender Klinik habe sich der Patient für die operative Sanierung entschieden. Die Möglichkeit einer Operation sei bereits im Verlauf mehrfach angesprochen worden. Die radikulären Schmerzen, vornehmlich L5 rechts, führten zu einer massiven Reduktion der Leistungsfähigkeit mit verminderter Stehfähigkeit und Auftreten von radikulären Symptomen beim Gehen. Aufgrund des ausgeprägten Wirbelgleitens bestehe zur

Dekompression mit Stabilisation keine Alternative. Insgesamt habe sich die Operation komplikationsfrei gestaltet (BB 14).

7.30 Im Bericht von Dr. med. AC.____ (,) vom 6. März 2023 wurden folgende Diagnosen angegeben: «Gonarthrose links, Status nach kardialem Stent (Kardiologe Dr. AD.____), Nikotinabusus, Status nach Versteifung LWS». Zur Beurteilung wurde angegeben, es bestehe klinisch und radiologisch eine Gonarthrose links. Nach Ausschöpfen der konservativen Massnahmen sei die Möglichkeit einer Knie totalprothese links mit den perioperativen Risiken und den möglichen Restbeschwerden erklärt worden. Der Patient wolle sich das Ganze in Ruhe überlegen und mache in nächster Zeit einen Termin zur kardiologischen Kontrolle ab, welche ohnehin wieder nötig sei (BB 16). Gestützt auf die gleichentags durchgeführte Untersuchung äusserte sich Dr. med. Q.____ dahingehend, klinisch wie bildgebend imponiere die fortgeschrittene Gonarthrose links, sodass er dem Patienten nach Ausschöpfung der konservativen Massnahmen rate, eine kniechirurgisches Vorgehen zu lancieren (Bericht vom 7. März 2023, BB 17).

7.31 Im Bericht von Dr. med. H.____ vom 3. April 2023 wurde dargelegt, in der aktualisierten Anamnese habe sich bis zum Januar 2023 wenig verändert: Die Abstrahlungen in die Beine seien postoperativ nicht mehr vorhanden. Folgende Beschwerden seien jedoch weiterhin vorhanden: Wenn der Patient länger als ca. eine Stunde gehe, träten Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule kaudal des operativ behandelten Bereichs auf. Wenn der Patient länger als 2 Stunden sitze, trete ebenfalls ein Schmerz im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule auf. Im Vordergrund stehe aktuell die Abklärung und die Behandlung des Knieleidens links. Akutanamnestische Aspekte fehlten. Ein Kraftverlust und ein Taubheitsgefühl seien verneint worden. Der klinische Befund sei im Vergleich zu den bisherigen Untersuchungen ohne Dynamik. Das Röntgen der LWS vom 3. April 2023 zeige weiterhin eine korrekte Spondylodese L4/L5 mit zunehmender Fusion im Zwischenwirbelraum. Zur Beurteilung wurde dargelegt, die Leistungsfähigkeit des Patienten habe durch die operative Versorgung des Wirbelgleitens L4/5 punktuell gesteigert werden können, ebenso hätten die Beinschmerzen suffizient behandelt werden können. Die Gesamtsituation sei aus orthopädischer Sicht aber weiterhin komplex. Durch die operative Sanierung des instabilen Segmentes L4/L5 mit Spinalkanalstenose und daraus resultierenden Abstrahlungen in die Beine habe eine Besserung der radikulären Symptome erreicht werden können. Postoperativ bestünden weiterhin die oben genannten Rückenschmerzen. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht sehe man einen guten Verlauf der Versorgung des Segmentes L4/L5. Eventuell komme es aktuell bereits zu einer Überbelastung des Segmentes L5/S1. Dieses Segment bei der primären Operation gleichzeitig in die Spondylodese einzuschliessen, sei nicht angezeigt gewesen. Somit erfolge in weiteren sechs Monaten die geplante klinisch-radiologische Einjahreskontrolle. Zusätzlich geplagt sei der Patient weiterhin durch sein linkes Kniegelenk. Es seien intraartikuläre Behandlungen ohne wesentliche Besserung erfolgt. Abklärungen mit Röntgen und eine Vorstellung zur Beratung für eine endo-prothetische Versorgung des linken Kniegelenks seien bereits erfolgt (BB 15).

7.32 Am 12. Juni 2023 wurde der Beschwerdeführer am linken Knie operiert (Knie TP links Persona Tibia F TM, Inlay 10 mm MC, Femur 8 TM; Hospitalisation vom 11. bis 17. Juni 2023; Operateur: Dr. med. AC.____). Gemäss dem Operationsbericht verlief die Operation komplikationslos. Das Röntgen zeige eine gute Stellung der Prothese. Der Patient habe nach erfolgter Mobilisation, in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen

Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können. Eine klinisch-radiologische Kontrolle sei 6 Wochen postoperativ vorgesehen (BB 18).

7.33 Aus dem an der öffentlichen Verhandlung vom 6. Juni 2024 eingereichten Bericht von Dr. med. H.____ vom 13. September 2023 geht folgende Beurteilung hervor: Vor drei Monaten sei die Versorgung des linken Kniegelenks mit einer Knieendoprothese erfolgt. Derzeit bestehe noch eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der bisher nicht abgeheilten endoprothetischen Operation. Von Seiten der Lendenwirbelsäule bestünden postoperativ keine radikulären Symptome ausgehend vom Segment L4/5 mehr. Somit bestehe ein gutes Operationsergebnis. Ebenso zeige die Röntgenkontrolle aktuell korrekte Befunde. Anders als präoperativ sei ein zentraler lumbaler Rückenschmerz nach längerem Sitzen vorhanden. Perspektivisch bestehe bei Ausbleiben einer Besserung auf alle konservativen Massnahmen die Option für die operative Versorgung des wahrscheinlich überlasteten Segments L5/S1. Derzeit sei die Gesamtsituation aus Sicht der Orthopädie bei endoprothetischer Versorgung des linken Kniegelenks frühpostoperativ zu beurteilen. Vorerst sei kein weiterer Termin vereinbart worden (BB 21).

7.34 Dr. med. Q.____ hielt in seinem Bericht vom 10. Oktober 2023 zur Anamnese fest, es bestünden nach wie vor Schmerzen mit dem Kniegelenk. Der Patient könne längere Strecken ohne Stöcke nicht gehen. Insgesamt bestehe kein Anhalt für ein akutes Geschehen. Das Röntgen des linken Kniegelenks zeige eine reizlose Implantatlage ohne Anzeichen einer Dislokation, die Patellaführung sei gut zentriert. Die Beurteilung lautete wie folgt: Aufgrund der immer noch bestehenden Schmerzhaftigkeit werde aktuell eine tiefe Muskulinfiltration im Bereich des Muskulus Biceps femoris Caput breve durchgeführt. Aufgrund der Instabilität, die der Patient angebe, erfolge eine frühzeitige Kontrolle beim Operateur (BB 19).

E. 4.1

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Demgegenüber ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen). 4.2 Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanmeldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG –

abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanschuldung respektive der neuen Verfügung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.1) mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). 5. Für den Beweiswert eines Arztberichts ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, ist in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 6. Im Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 24. Oktober 2017, IV-Nr. 81) stellte die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im Wesentlichen auf das von ihr veranlasste E.____-Gutachten vom 30. Mai 2016 ab. Die damalige medizinische Situation präsentierte sich wie folgt: 6.1 Im polydisziplinären (allgemeininternistischen [Dr. med. K.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Fallführung], rheumatologischen [Dr. med. L.____, FMH Rheumatologie], neurologischen [Dr. med. M.____, Fachärztin für Neurologie] und psychiatrischen [Dr. med. N.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie]) E.____-Gutachten vom 30. Mai 2016 wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «1. Chronische Zervikobrachialgie beidseits rechtsbetont bei degenerativem HWS-Syndrom (ICD-10 M54.1, M53.1), radiomorphologisch (MRT HWS 28.4.2015): erosive Osteochondrose HWK 6/7 mit breitbasigem Diskusbulging und foraminale Tangierung der Nervenwurzel C7 beidseits links mehr als rechts ohne Hinweise für eine Myelopathie, Status nach erfolgreicher Steroidinfiltration C7 rechts am 10.12.2013, Status nach erfolgloser Steroidinfiltration C6/7 rechts am 25.11.2014, klinisch-rheumatologisch keine eindeutigen sensomotorischen Defizite an den oberen Extremitäten objektivierbar, ohne radikuläre Beteiligung; 2. Diskretes subakromiales Impingement-Syndrom links (ICD-10 M75.4), aktenanamnestisch gemäss Röntgen linke Schulter vom 17.4.2015 sowie Ultraschall linke Schulter am 21.4.2015 Verkalkungen in Projektion auf die Supraspinatussehne mit vermehrter Flüssigkeit in der Bursa subakromialis und Status nach vorübergehend gutem Effekt auf eine subakromiale Mischinfiltration April 2015; 3. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5), diskrete Wirbelsäulenfehlhaltung und –fehlform (Diskrete thorakolumbal rechtskonvexe Torsionsskoliose mit hochthorakal linkskonvexem Gegenschwung), radiomorphologisch (RX LWS 25.4.2016): diskrete thorakolumbal rechtskonvexe Torsionsskoliose mit hochthorakal linkskonvexem Gegenschwung, insgesamt normales Alignment der dargestellten Wirbelkörper lumbal bis in den thorakolumbalen Übergang. Erniedrigung der

Bandscheibenhöhe zwischen LWK5/SWK1 im Sinne einer dorsalbetonten Osteochondrose. Gut erhaltene Bandscheibenhöhen zwischen LWK2 bis 5, Chondrose LWK1/2, Th12/L1, deutliche Spondylarthrosen ab L4 nach distal zunehmend, muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen, klinisch keine sensomotorischen Defizite an den unteren Extremitäten objektivierbar; 4. Bilaterale linksbetonte beginnende Koxarthrose (ICD-10 M16.0), radiomorphologisch Beckenröntgen vom 25.4.2016: diskreter Beckentiefstand rechts, unauffällige Darstellung der SIG sowie der Symphyse. Beidseits linksbetont leichte Verschmälerung des Gelenkspaltes femoro-azetabulär zentral, deutlich betonte Sklerosierung des Acetabulumdaches links mehr als rechts, beidseits leichte Endrundung des Femurkopfes». Die weiteren gestellten Diagnosen (1. Dysthymie; 2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; 3. Koronare Eingefässerkrankung; 4. Metabolisches Syndrom; 5. Verdacht auf beginnende Polyneuropathie unklarer Ätiologie; 6. Schlafapnoesyndrom; 7. Anamnestisch Restless legs Syndrom; 8. Aktenanamnestisch Status nach Epicondylopathia humeri radialis links) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter kamen zusammenfassend zum Schluss, für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwer belastende Tätigkeiten und somit auch für die angestammte Tätigkeit bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %, vollschichtig realisierbar. Für besser adaptierte Verweistätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, ebenfalls vollschichtig realisierbar (IV-Nr. 40.1 S. 2 ff.). 6.2 Den Erwägungen des Urteils des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 31. Oktober 2018 (VSBES.2017.308) kann im Wesentlichen Folgendes entnommen werden (S. 26 E. II. 6.2.12; IV-Nr. 89 S. 27): 6.2.12 Vor diesem Hintergrund bzw. aufgrund der fachärztlichen Beurteilung der O.____-Gutachter ist für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwer belastende Tätigkeiten und somit auch für die angestammte Tätigkeit von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %, vollschichtig realisierbar, und für besser adaptierte Verweistätigkeiten von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, ebenfalls vollschichtig realisierbar, auszugehen (...). 6.3 Das Bundesgericht hielt in seinem Urteil vom 22. Juli 2019 (9C_857/2018) im Wesentlichen Folgendes fest (S. 3 ff. E. 3. ff.; IV-Nr. 94 S. 3 ff.): 3. Das kantonale Gericht verneinte in Bestätigung der Verfügung vom 24. Oktober 2017 einen Rentenanspruch. Es stützte sich hierzu insbesondere auf das Gutachten des E.____ vom 30. Mai 2016, wonach für eine leidensadaptierte Tätigkeit eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, vollschichtig realisierbar, vorliege. Auf dieser Grundlage ermittelte es in Anwendung der Einkommensvergleichsmethode einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 37 % (...), wobei es einen Abzug vom Tabellenlohn (...) nicht für angezeigt hielt. (...) 4.2.1 Soweit der Beschwerdeführer unter Bezugnahme auf das Privatgutachten vorbringt, die E.____-Experten seien fälschlicherweise von einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom ausgegangen, wohingegen ein lumboradikuläres Reizsyndrom vorliege, kann er aus diesen unterschiedlichen Diagnosen nichts zu seinen Gunsten ableiten. (...) 4.3.1 Zu den Beeinträchtigungen des rechten Kniegelenks hat die Vorinstanz erwogen, das E.____-Gutachten habe diesbezüglich keine Stellung nehmen können, da die Kniebeschwerden zum damaligen Zeitpunkt noch nicht bestanden hätten. Für die Erklärung der erst später durch den Radiologen am rechten Kniegelenk gemachten Feststellungen und die Auswirkungen und Behandlung dieser Beschwerden könne auf die ausführlichen, fachkompetenten und nachvollziehbaren Feststellungen der RAD-Ärztin verwiesen werden. Insbesondere habe diese auf Behandlungsmöglichkeiten sowie auf eine diesbezüglich nicht eingeschränkte

Arbeitsfähigkeit hingewiesen. 4.3.2 Die Vorbringen in der Beschwerde sind insofern begründet, als der Versicherte eine unvollständige Sachverhaltsabklärung geltend macht. (...) Entgegen der Auffassung des Versicherten hat die Berücksichtigung der Kniebeschwerden indes nicht zur Folge, dass – gestützt auf das Privatgutachten – von einer insgesamt 60%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen wäre, wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen: 4.3.2.1 Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hielten die E.____-Experten, basierend auf dem rheumatologischen Teilgutachten, das Nachfolgende fest: Für eine Verweistätigkeit könne im Rahmen von körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeiten, wo auch Arbeiten in sitzender Stellung an einem ergonomisch gut eingerichteten Arbeitsplatz möglich wären, von einer 80%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden, wobei das Pensum vollschichtig, mit erhöhtem Pausenbedarf, umgesetzt werden könne. Grundsätzlich seien Arbeiten mit repetitiven Überkopftätigkeiten mit dem linken nicht dominanten Arm zu vermeiden, das Gehen in der Ebene sollte gut möglich sein, vermieden werden sollte das berufsbedingte Gehen auf unebenen Böden, das regelmässige Benützen von Treppen oder gar Leitern und Gerüsten. Das Heben, Stossen, Ziehen und Tragen von Lasten bis zu Taille könne intermittierend 15 kg, über Taille maximal 10 kg betragen. (...) 4.3.2.2 Anhand des Vergleichs der beiden Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit ergibt sich folgendes Bild: Das von Dr. med. P.____ unter Berücksichtigung der Varusgonarthrose erstellte Belastbarkeitsprofil weicht vom gutachterlich formulierten Profil nicht in relevanter Weise ab, obschon Letzteres wesentlich ausführlicher ist. Ein bedeutender Unterschied besteht einzig hinsichtlich des zumutbaren Arbeitspensums. Während Dr. med. P.____ aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs höchstens ein Pensum von 40 % als zumutbar erachtete, gingen die E.____-Experten von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % aus, welche vollschichtig umsetzbar sei. (...) Soweit Dr. med. P.____ (...) von einem zumutbaren Pensum von maximal 40 % ausgeht, handelt es sich dabei lediglich um eine abweichende medizinische Einschätzung, welche das Administrativgutachten nicht in Frage zu stellen vermag. 4.4 Mit Blick auf das Dargelegte ist nicht entscheidend, ob der Privatexperte des Dr. med. P.____ eine persönliche Untersuchung zu Grund lag, weshalb sich eine Auseinandersetzung mit den diesbezüglichen Feststellungen der Vorinstanz erübrigt. So oder anders verletzte die Vorinstanz kein Bundesrecht, indem sie unter Berücksichtigung des Administrativgutachtens von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausging und in zulässiger antizipierter Beweiswürdigung (...) auf weitere medizinische Abklärungen verzichtete. (...) 7. Der aktuelle medizinische Sachverhalt seit der Neuanmeldung vom 26. August 2019 (IV-Nr. 96) bzw. 3. September 2019 (IV-Nr. 97) präsentiert sich demgegenüber wie folgt: 7.1 Dr. med. Q.____, Orthopädische Chirurgie (,) stellte in seinem Bericht vom 24. April 2019 die Diagnosen «Radikuläres Syndrom S1 links mit / bei multisegmentaler Degeneration mit aktivierter Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 bds, Varusgonarthrose BDS, initial ausgeprägt, Cervicobrachialsyndrom links mit Affektion der dorsalen Schulterstabilisatoren und der Scalenusloge, Bewegungseinschränkung der Schulter links in AR mit Ddo der Supraspinatussehnenloge, ACG-Arthrose links». Die Beurteilung lautete wie folgt: Bei zunehmender Beschwerdesymptomatik des Rückens und des linken Beines sei zunächst die Neuanfertigung des MRI lumbal besprochen worden. Das weitere Procedere erfolge gemäss Befundkonstellation (IV-Nr. 109 S. 9 ff.). 7.2 Am 23. Mai 2019 nahm Dr. med. Q.____ eine therapeutische Infiltration des Facettengelenks L5/S1 beidseitig vor. Es bestünden seit Jahren therapieresistente tieflumbale Schmerzen mit pseudoradikulärer Abstrahlung

beidseitig. Bisher sei kein Effekt auf Physiotherapie festzustellen. Es sei eine nativradiologisch nachgewiesene Segmentdegeneration L4/5 und L5/S1 beidseitig vorhanden, die klinisch zu den geklagten Beschwerden korreliere. Nach der Mobilisation sei der Rückenschmerz deutlich reduziert (IV-Nr. 110 S. 18). Am 8. August 2019 erfolgte durch Dr. med. Q.____ eine therapeutische periradikuläre Infiltration L4/5 rechts. Der radikuläre Schmerz sei deutlich reduziert (IV-Nr. 110 S. 17). 7.3 Dr. med. R.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrer psychiatrischen Beurteilung vom 14. bzw. 26. August bzw. 20. November 2019 im Wesentlichen fest, der Beschwerdeführer sei bei ihr in ambulanter fachärztlicher Behandlung. Im Zusammenhang mit einer komplexen medizinischen Problematik sei der Patient seit ca. 2015 mit Unterbrechungen (der stationären Behandlungen) in psychiatrischer Behandlung. Seit Januar 2019 befinde er sich in psychodynamisch orientierter, psychiatrischer Psychotherapie mit muttersprachlichem Zugang. Mittlerweile habe ein tragfähiges therapeutisches Bündnis etabliert werden können. Seit August 2019 sei es zu einer progredienten depressiven (suizidalen) Verschlechterung des vorbestehenden Zustands gekommen. Der ambulante Behandlungsrahmen sei intensiviert und dem Störungsbild angepasst worden. Dementsprechend sei eine Zuweisung zur stationären Behandlung in die C.____ wegen akuter Selbstgefährdung erfolgt. Vor dem Hintergrund einer depressiven und suizidalen Verschlechterung sei der Patient intensiviert behandlungsbedürftig. Subjektiv beklage er ein schwer- bis mittelgradiges depressives Zustandsbild. Im Vordergrund stünden neben den Schmerzen eine allgemeine Erschöpfung und leichte Erschöpfbarkeit, Nervosität, Ängste, Insuffizienzgefühle, aggressive Impulse und Impulsdurchbrüche, Anspannung und kognitive Störungen. Die zusammenfassende Beurteilung lautete dahingehend, der Patient befinde sich seit Jahren in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Aufgrund einer objektiven Verschlechterung sei eine Intensivierung der therapeutischen Massnahmen veranlasst worden. Diagnostisch sei das Zustandsbild als chronisch-generalisierte Schmerzkrankheit, atypische Essstörung und mittelschwere- bis schwere depressive Störung und rezidivierende depressive Störung eingeordnet worden. Der Patient sei psychopharmakologisch im Sinne einer schwergradigen Erkrankung eingestellt. Er sei schon mehrfach stationär behandelt worden. Das aktuelle Beschwerdebild entspreche eine schwergradigen psychischen Beeinträchtigung. Es bestehe eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 80 bis 100 % (IV-Nr. 95 bzw. 97 S. 5 ff. bzw. 103 S. 5 ff.). 7.4 Im Bericht von Dr. med. Q.____ vom 29. August 2019 wurde angegeben, es erfolge aktuell eine planmässige Kontrolle nach der Infiltration der Schulter rechts und PRT L5 rechts. In der Folge habe sich die Schulter nicht gebessert. Nach der PRT L5 rechts seien die Schmerzen in das rechte Bein abstrahlend kurzfristig besser gewesen, nun seien sie aber wieder deutlich zunehmend. Es erfolge aktuell eine Schulterinfiltration links im Sinne der Reizhemmung bei Bursitis subacromialis links. Bei nur kurzfristigem Effekt auf die Infiltration sei die Sache mit Dr. med. H.____ besprochen worden zur Evaluation möglicher wirbelsäulenchirurgischer Therapiealternativen (IV-Nr. 103 S. 8 bzw. 109 S. 8). 7.5 RAD-Ärztin Dr. med. G.____, Fachärztin Neurologie FMH, hielt in ihrer Aktennotiz vom 12. September 2019 im Wesentlichen fest, der aktuelle Bericht von Dr. med. R.____ sei sehr unspezifisch, sie spreche von einer progredienten depressiven Verschlechterung des vorbestehenden Zustands, die ambulante Behandlung sei intensiviert und dem Störungsbild angepasst worden. Worin diese Behandlung bestehe, erfahre der Leser jedoch nicht. Die «objektiven Befunde» seien ebenfalls wenig spezifisch und liessen es nicht zu, das Störungsbild diagnostisch nachzuvollziehen oder gar einen

Schweregrad abzuleiten. Der Bericht von Dr. med. R.____ sei nicht geeignet, eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands glaubhaft zu machen. Der Bericht sei unspezifisch, unsorgfältig und nicht nachvollziehbar (IV-Nr. 99). 7.6 Dem Bericht von Dr. med. H.____, FMH für Orthopädische Chirurgie, Spinale Chirurgie / Wirbelsäulenmedizin, vom 13. September 2019 können die Diagnosen «Lumboradikuläres Schmerzsyndrom bei/mit: V.a. foraminale Diskushernie L4/L5 und Infiltration transforaminale L4/L5, Rezessale Enge L4/L5 mit Kompression der Wurzel L5 bds., Meralgia paraesthetica rechts» entnommen werden. Der Patient sei erstmalig am 4. September 2019 Wirbelsäulen-chirurgisch/medizinisch beurteilt worden. Zur Anamnese wurde dargelegt, wirbelsäulenspezifisch bestehe eine Abstrahlung in das rechte mehr als in das linke Bein. Wenn der Patient länger stehe, sei auch ein ganz typischer brennender Schmerz am Oberschenkel lateral ventral (Meralgia parästhetica) vorhanden. Taubheitsgefühl oder ein Kraftverlust bestünden nicht, akute anamnestische Aspekte fehlten. Die Beurteilung lautete wie folgt: Im MRI von April 2019 sehe man auch eine rezessale Enge L4/L5, somit werde eine epidurale dorsale Infiltration auf dieser Etage angeschlossen (IV-Nr. 103 S. 9 f.; vgl. auch Infiltrationsbericht vom 13. September 2019, IV-Nr. 103 S. 11 f.). 7.7 Aus dem Infiltrationsbericht von Dr. med. H.____ vom 19. November 2019 geht hervor, die aktuelle Infiltration sei durchgeführt worden, um den Anteil der Beschwerden ausstrahlend ins rechte Bein zu reduzieren oder aufzuheben. Die letzte Intervention habe gut gewirkt, aber keine lange Wirkungsdauer gezeigt (IV-Nr. 109 S. 6 f.). 7.8 RAD-Ärztin Dr. med. G.____, Fachärztin Neurologie FMH, hielt nach einer Würdigung der vorerwähnten medizinischen Berichte in ihrer Aktennotiz vom 3. Januar 2020 fest, insgesamt ergebe sich kein Hinweis auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Versicherten gegenüber dem Zeitpunkt der gutachterlichen Abklärung im Jahr 2016. Ob sich die neuen Diagnosen bestätigen liessen und wie sich das Krankheitsgeschehen auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, müsse gutachterlich abgeklärt werden (IV-Nr. 104). 7.9 Im Notfallbericht des I.____ vom 11. Januar 2020 wurde die Hauptdiagnose «Tendinitis calcarea, subacromiales Impingement Schulter links mit / bei subacromialer Infiltration Schulter links vom 11.01.2020» angegeben und dargelegt, der Patient habe sich per Selbstzuweisung mit stärksten, immobilisierenden Schulterschmerzen links vorgestellt. Es sei die Infiltration eines Lokalanästhetikums und von Cortison in die linke Schulter erfolgt, dies habe zu einer Besserung der Schmerzsymptomatik geführt (IV-Nr. 110 S. 7 ff.). 7.10 Dr. med. Q.____ hielt in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 15. Januar 2020 fest, die ambulante Behandlung durch ihn sei vom 24. April bis 29. August 2019 erfolgt. Die Diagnose (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) lautete auf intraforaminale Diskushernie L4/L5 rechts mit Radixaffektion L5 rechts. Die Infiltration erfolge durch Dr. med. H.____. Der Patient komme seit August 2019 nicht mehr in seine Sprechstunde (IV-Nr. 109 S. 1 ff.). 7.11 Der Hausarzt Dr. med. S.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, gab in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 21. Januar 2020 an, es bestünden langjährige, zunehmend mehrfache Schmerzen der HWS, LWS und der Schulter. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten auf lumboradikuläre Schmerzen bei DH L4/5, depressive Reaktion und Valgusgonarthrose rechts sowie auf beginnende Coxarthrose rechts. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit und zur Eingliederung wurde als ungünstig beurteilt, es bestehe keine Motivation (IV-Nr. 110 S. 1 ff.). 7.12 Dem Bericht von Dr. med. T.____, FMH Radiologie, vom 19. Februar 2020 über das gleichentags erstellte MRT der LWS und des ISG kann entnommen werden, im Vergleich zur Voruntersuchung vom April 2019 bestünden unverändert leichtgradige

degenerative Veränderungen bis auf Höhe L3. Auf Höhe L3/4 seien stationäre linksbetonte Spondylarthrosen mit Reizzustand links ohne Nervenwurzelkompression oder Stenose festzustellen. Auf Höhe L4/5 bestehe eine Chondrose. Es seien bilaterale leicht progrediente hypertrophierende Spodylarthrosen vorhanden. Es bestehe eine neu aufgetretene, rechts rezessale Synovialzyste. Im Vergleich seien eine neue aufgetretene Spinalkanalstenose spondylarthrotisch bedingt mit einem minimalen Durchmesser von 5 mm sowie eine bilaterale Rezessuseinengung festzustellen. Es bestehe ein stationärer Reizzustand der kleinen Wirbelgelenke. Auf Höhe L5/S1 seien stationäre bilaterale Spondylarthrosen mit leichtem Reizzustand links vorhanden. Die Beurteilung lautete wie folgt: Im Verlauf sei eine neu aufgetretene spondylarthrotisch bedingte absolute Spinalkanalstenose L4/5 festzustellen. Es bestehe ein Reizzustand der kleinen Wirbelgelenke L4/5 linksbetont und neu eine kleine intraspinale Synovialzyste rechts rezessal. Es seien ein vorbestehender linksbetonter Reizzustand der kleinen Wirbelgelenke L3/4 und stationäre Spondylarthrosen L5/S1 festzustellen (IV-Nr. 147).

7.13 Im Bericht des I.____, Pneumologie, vom 3. Juni 2020 wurden die Hauptdiagnosen «1. Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, PSG 02/2016: Apnoe-Hypopnoe-Index 45/h, APAP-Therapie seit 04.04.2016; 2. Adipositas; 3. Periodische Beinbewegungen nachts, Myoklonie-Index 50/h (2016); 4. Depression, Insomnie; 5. Nikotinabhängigkeit, 30 py; 6. Koronare und hypertensive Herzerkrankung; 7. Chronische Schmerzproblematik des Bewegungsapparates, Tendinitis calcarea und subakromiales Impingement der linken Schulter (Orthopädie 2020), zervicobrachiale Schmerzen links bei Foraminalstenose C3/C4 links und C6/C7 links» gestellt. Zur Schlafapnoe wurde angegeben, der Patient setze diese nächtliche Überdrucktherapie seit dem Jahr 2016 gewissenhaft um. Die respiratorischen Ereignisse seien mit der Therapie vollständig unterdrückt. Es sei eine Rauchstoppintervention vorgenommen worden. Ein ernsthafter Rauchstoppversuch müsste mit einer genügend hoch dosierten und gut strukturierten Nikotin-Ersatztherapie erfolgen, um statistisch gesehen dem drohenden Gewichtsanstieg entgegenzuwirken (IV-Nr. 135.7 S. 15 f.).

7.14 Dem Sprechstundenbericht des I.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 12. August 2020 kann die Hauptdiagnose «Varusgonarthrose beidseits, im Moment links beschwerdeführend, St. nach Kniegelenks-Infiltration am 12.6.2020 und 7.8.2020» entnommen werden. Sodann wurden die Nebendiagnosen «1. Tendinitis calcarea, subacromiales Impingement Schulter links mit / bei subacromialer Infiltration Schulter links vom 11.01.2020; 2. Zervicobrachialgieforme Schmerzen links, entsprechend Dermatome C7 bei mässiggradiger Foraminalstenose C3/4 links und mässig-höhergradig C6/7 linksbetont; 3. Adipositas Grad II (Gr. 179 cm, Gewicht 115 kg, BMI 35.9) gestellt. Unter dem Vermerk «Procedere/Vorschlag» wurde angegeben, es sei nur ein kurzfristiges Ansprechen auf die vor zwei Monaten durchgeführte Infiltration festzustellen gewesen. Die Kniegelenksinfiltration sei wiederholt worden. Im Weiteren werde Physiotherapie verordnet. Auch von einer Gewichtsreduktion würde der Patient profitieren (IV-Nr. 135.7 S. 13 f.).

7.15 Aus dem Bericht von Dr. med. U.____, Arzt für Innere Medizin und Kardiologie FMH (), vom 26. Oktober 2020 geht hervor, die Zuweisung erfolge zur kardiologischen Verlaufskontrolle bei koronarer Eingefässerkrankung bei Status nach akutem Koronarsyndrom im Jahr 2007 mit konsekutivem Stenting im Bereich des Ramus circumflexus. Der Patient berichte von kardialer Seite über einen stabilen Verlauf. Er beschreibe diffuse nicht belastungsabhängige thorakale Missempfindungen, welche ca. ein- bis zweimal pro Woche aufträten. In der klinischen Untersuchung präsentiere sich der Patient kardiopulmonal kompensiert (IV-Nr. 135.7 S. 4 ff.).

7.16 Dem

Sprechstundenbericht des I. ____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 8. März 2021 können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden: «1. Varusgonarthrose beidseits, im Moment links beschwerdeführend, St. nach Kniegelenk-Infiltration am 12.06.2020 und 07.08.2020; 2. Symptomatische Coxarthrose beidseits». Im Weiteren wurden die Nebendiagnosen «3. Tendinitis calcarea, subacromiales Impingement Schulter links mit / bei subacromialer Infiltration Schulter links vom 11.01.2020; 4. Zervikobrachialgieforme Schmerzen links, entsprechend Dermatome C7 bei mässiggradiger Foraminalstenose C3/4 links und mässig-höhergradig C6/7 linksbetont; 5. Adipositas Grad II (Gr. 179 cm, Gewicht 115 kg, BMI 35.9)» angegeben. Zur Anamnese wurde dargelegt, aktuell bestünden Kniegelenkschmerzen links, insbesondere nach längerer Belastung (Gehen auf ebenem Boden über 10 Minuten). Aufgrund dessen sei eine täglich perorale Analgesie nötig. Der Patient sei seit 5 Jahren nicht mehr arbeitstätig. Unter dem Vermerk «Procedere/Vorschlag» wurde angegeben, es zeige sich zum einen eine symptomatische Varusgonarthrose, zum anderen eine symptomatische Coxarthrose beidseits. Da der Patient durch die letztmalig durchgeführte Kniegelenksinfiltration nur zu 50 % habe profitieren können, könnte eine überlagerte Schmerzkomponente durch die Coxarthrose bestehen. Aus diesem Grund und auch angesichts des jungen Alters des Patienten sei man bezüglich einer Knieprothesenversorgung sehr zurückhaltend. Zur genaueren Lokalisation der Schmerzen und somit definitiven Therapieempfehlung schlage man dem Patienten eine diagnostisch/therapeutische Hüftgelenksinfiltration vor (Bericht vom 12. März 2021; IV-Nr. 141 S. 5 f.). 7.17 Aus dem Bericht von Dr. med. V. ____, FMH Radiologie, vom 28. Mai 2021 über das gleichentags erstellte MRT der LWS und des ISG geht hervor, es bestehe eine hypertrophe Facettendegeneration und eine Hypertrophie der Ligamenta flava sowie Diskusbulging L4/5 mit beidseitigen rezessalen Engen und Bedrängung der L5-Wurzeln in L4/5. Im Vergleich zur Voruntersuchung zeige sich hier eine leichte Entlastung des Duralsacks. Es sei eine unveränderte linkslaterale rezessale Bedrängung der S1-Wurzel bei Facettendegeneration und Bandscheibendegeneration in L5/S1 festzustellen (IV-Nr. 150). 7.18 Im Bericht von Dr. med. H. ____ vom 16. Juni 2021 wurden folgende Diagnosen gestellt: «Lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts und Claudicatio spinalis bei/mit V.a. foraminale Diskushernie L4/L5 und Infiltration transforaminal L4/L5, rezessale Enge L4/L5 mit Kompression der Wurzel L5 bds., Z.n. Infiltration epidural dorsal translaminärer L4/L5 rechts, 13.9.2019, kurzfristig besser (2 – 3 Tage) 60 – 70 % (fecit Dr. T. H. ____), Meralgia paraesthetica rechts, Weitere orthopädische Diagnosen». Zum Verlauf bzw. zur Beurteilung wurde dargelegt, im Rahmen der Anamnese und der orientierenden Untersuchung finde man ausser einem Seitenwechsel der Symptomatik, aktuell links, keine wesentlichen Veränderungen. Das aktuelle MRI der LWS bestätige die hochgradige Spinalkanalstenose L4/L5 und bereits durchgeführte Funktionsaufnahmen der LWS zeigten eine Instabilität L4/L5. Da zur Spondylodese bei Instabilität kaum eine Alternative bestehe, wünsche der Patient eine weitere Infiltration. Falls ein nachhaltiger Effekt ausbleibe, müsste dem Patienten zur Verbesserung der Situation intensiv zur operativen Versorgung des Segmentes L4/L5 geraten werden (IV-Nr. 141 S. 4; vgl. auch Infiltrationsbericht vom 28. Juni 201, IV-Nr. 141 S. 2 f.). 7.19 Dem interdisziplinären (allgemein-internistischen, neurologischen, orthopädisch und psychiatrischen) F. ____-Gutachten vom 6. September 2021 können im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Deutliche Varusgonarthrose beiderseits mit Innenmeniskusläsion beiderseits sowie leichte Ergussbildung und

Bakerzystenbildung bei Zustand nach Kniegelenksinfiltration mit relativ guter funktioneller Kompensation beiderseits; Chronisches zervikobrachiales Syndrom mit Osteochondrose und Spondylose sowie rechtsbetonter Unkovertebralarthrose C6/C7 mit beginnender Foraminalstenose rechts stärker (als) links sowie foraminale Hernie links C3/C4 mit Einengung von C4 links, Chondrose mit ventraler und dorsaler Spondylose C5/C6 mit relativ guter funktioneller Kompensation, klinisch-neurologisch und elektromyografisch ohne Hinweis für radikuläre Störungszeichen; Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit spondylarthrotisch bedingter absoluter Spinalkanalstenose L4/L5 sowie Spondylarthrose L3/L4 und L4/L5 mit nachfolgenden Funktionseinschränkungen, anamnestisch möglicher Claudicatio spinalis, klinisch-neurologisch und elektromyografisch ohne radikuläre Störungszeichen». Die weiteren gestellten Diagnosen (Dysthymie F34.1; Persönlichkeitsakzentuierung Z73.1; Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung Z73; Deutliche Fehlhaltung der Wirbelsäule bei einem teilfixierten Rundrücken und Hohlkreuz mit deutlicher muskulärer Dysbalance; Adipositas; Knick-/Spreizfuss beiderseits; Koronare 1-Gefässerkrankung; Mittelschweres Schlafapnoe-Syndrom ED 02/2016; Ehemals schwergradiges Restless-leg-Syndrom/PLMS, unter Therapie gebessert; Resektion eines Polypen [1 cm] im Kolon descendens [Histologie nicht vorhanden]; Unzureichende Therapieadhärenz) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zum Krankheitsverlauf wurde im Wesentlichen dargelegt, der aktuell 57-jährige Explorand habe im Mai 2015 ein Leistungsgesuch gestellt. Er sei kroatischer Staatsangehöriger, im Jahr 1987 in die Schweiz eingereist, seit dem Jahr 1983 verheiratet, habe zwei 1983 und 1991 geborene Kinder und sei seit 2004 in der B. ___ erwerbstätig gewesen (Herstellung von Medizinalprodukten, medizinische Prothesen). Im August 2010 sei erstmals eine koronare 1-Gefässerkrankung beschrieben worden mit Koronarangiographie vom Dezember 2007, damals PTCA und Stent-Implantation. Weitere kardiologische Berichte vom Dezember 2015 und Dezember 2017 hätten von kardialer Seite einen durchgängig stabilen Verlauf gezeigt. Ein mittelschweres bzw. schweres Schlafapnoesyndrom sei gemäss Polysomnografie vom 11./12. Februar 2016 mit assistierter Beatmung behandelt worden, ebenso sei ein festgestelltes Restless-legs-Syndrom therapiert worden. Im Hinblick auf die angegebenen diversen muskuloskelettalen Beschwerden sei erstmals im April 2011 eine Lumbalgie nach dem Tragen von Kisten beschrieben worden. Die Hüftgelenke zeigten eine knappe Überdachung und Sklerosierung des Acetabulumdaches nach links seitlich. Ohne Hinweis für eine radikuläre Problematik sei aber ein linkseitiges ISG Syndrom attestiert worden. Des Weiteren habe das MRI der HWS vom 6. November 2013 bei damals ausstrahlenden Beschwerden zum linken Arm den Befund einer aktivierten erosiven Osteochondrose HWK 6/7 mit hochgradiger foraminaler Stenose C7 rechts, moderat C7 links, sowie spondylarthrotische, unvertebralarthrotische Veränderungen ergeben. In einem Erstgespräch im Behandlungszentrum für Psychosomatik vom Juli 2015 seien ausgeprägte Schlafstörungen unter psychosozialen Belastungsfaktoren mit depressiven Tendenzen und Burnout Symptomatik attestiert worden. Im Rahmen der stationär-psychiatrischen Behandlung vom 15. September bis 12. November 2015 sei wiederum die Diagnose mittelgradige Depression mit somatischem Syndrom bei akzentuierten Persönlichkeitszügen gestellt worden, es sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren attestiert worden. Es sei nur zu geringer Rückbildung der Schmerzproblematik gekommen, trotz vielfältiger Angebote habe er nur bedingt seine psychische Flexibilität steigern können, er sei immer wieder in seine alten Verhaltensmuster zurückgefallen, da er sich eher passiv ausgeliefert gesehen habe.

Bezüglich des Schmerzempfindens habe sich keine signifikante Veränderung ergeben, die psychische Flexibilität habe nur bedingt gesteigert werden können. Zum polydisziplinären E.____-Gutachten vom 30. Mai 2016 wurde angegeben, auch hier habe sich aus psychiatrischer Sicht lediglich die Diagnose einer Dysthymie mit erhöhter Reizbarkeit, Nervosität und Schlafstörung ergeben. Auch sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren attestiert worden. Aus psychiatrischer Sicht habe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit konstatiert werden können. Und auch aus rheumatologischer Sicht sei eine nur um 30 % reduzierte Leistungsfähigkeit (bezogen auf eine ganztägige Tätigkeit) in der angestammten Tätigkeit bzw. eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer idealadaptierten Tätigkeit attestiert worden. Im neurologischen Gutachten sei bezüglich des LWS-Syndroms keine radikuläre Beteiligung festgestellt worden, auch nicht hinsichtlich des degenerativen HWS-Syndroms. Auch das Schlafapnoe-Syndrom bei Adipositas, eine verdachtsweise geäußerte beginnende Polyneuropathie unklarer Ätiologie blieben ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 15. Februar 2017 sei mitgeteilt worden, dass ein ab dem 17. Mai 2016 durchgeführtes Belastbarkeitstraining am 16. Juni 2016 wegen einer neu diagnostizierten Zyste am Knie abgebrochen worden sei. Das MRI des rechten Kniegelenks vom 30. Juni 2016 habe einen Radiärriss am medialen Meniskus im Hinterhorn bei Chondropathie Grad III im medialen Kompartiment gezeigt. Ein MRI der HWS vom 9. September 2016 habe weiterhin die degenerativen Veränderungen schwerpunktmässig HWK 6/7, jedoch ohne Neurokompression gezeigt. Vom 11. Januar bis 8. Februar 2017 sei es mit den schon vorbekannten Diagnosen der mittelgradigen Depression mit somatischem Syndrom bei akzentuierten vermeidenden Persönlichkeitszügen, chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu einem stationär-psychiatrischen Aufenthalt gekommen. Gemäss dem RAD-Bericht von Dr. med. G.____ vom März 2017 habe jedoch eine relevante andauernde Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht glaubhaft gemacht werden können. Zum objektivierbaren medizinischen Sachverhalt wurde in Bezug auf das chronische Rückenleiden dargelegt, radiologisch bestünden gemäss dem MRI der HWS vom 11. Dezember 2019 degenerative Veränderungen mit Schwerpunkt HWK 6/7 mit beginnender Foraminalstenose rechts und weniger ausgeprägt links. Im MRI der LWS und des ISG vom 19. Februar 2020 zeigten sich eine spondylarthrotisch bedingte absolute Spinalkanalstenose LWK 4/5, ein Reizzustand der kleinen Wirbelgelenke L4/5 linksbetont und eine stationäre Spondylarthrose L5/S1. Klinisch erkläre dies zwar ein gewisses Mass an belastungsabhängigen Rückenschmerzen, es bestünden aber im klinisch-neurologischen Befund keine radikulären Reizzustände oder sensomotorische Defizite, weder an den Armen noch an den Beinen. Es hätten keinerlei sensomotorischen Defizite festgestellt werden können, die Reflexe seien allseits symmetrisch unauffällig gewesen, Dehnungs- und Kompressionsmanöver seien sowohl an der HWS als auch an der LWS unauffällig ohne radikuläre Reizsymptomatik gewesen. In einer ergänzend durchgeführten Elektromyografie (linker Arm Kennmuskeln für Myotome C5, C6 und C7) und auch an beiden Beinen (Kennmuskeln für Myotome L5 und S1) zeigten sich keine signifikanten Auffälligkeiten. Auch im klinischen Eindruck ergäben sich keinerlei Einschränkungen in der Funktionalität sowohl an den Armen als auch an den Beinen bzw. der HWS und LWS-Beweglichkeit. Zum Knieleiden und zu sonstigen muskuloskelettalen Befunden wurde erklärt, objektivierbar sei radiologisch eine O-Bein-Gonarthrose beidseits, wie dies z.B. das MRI des rechten Kniegelenks vom Dezember 2020 auch zeige. Auch die MRI-Untersuchung des linken Kniegelenkes habe die fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen bestätigt,

ebenfalls im medialen femorotibialen Kompartiment, passend zur Varusgonarthrose mit viertgradiger Chondropathie am medialen Femurcondylus und Tibiaplateau. Funktionell zeige sich eine relativ gute Funktion in beiden Kniegelenken. Es sei kein Erguss vorhanden. Bei unbemerkter Beobachtung bestehe ein hinkfreies Gangbild. Angesichts dieses klinisch derzeit relativ guten Befundes könne auch bezüglich operativen Massnahmen sehr zurückhaltend verfahren werden. Versicherungsmedizinisch seien aber aufgrund der reduzierten Kniegelenkbelastbarkeit kniebelastende schwere Tätigkeiten nicht geeignet. Im Vergleich zum E.____-Gutachten vom Mai 2016 seien diese beiden O-Bein-Gonarthrosen hinzugekommen. Dies verändere die Bewertung des Fähigkeitsprofils. Während ehemals leicht bis mittelschwere Arbeiten noch hätten zugemutet werden können, könne aktuell nur von einer Belastbarkeit bis 10 kg ausgegangen werden. Jedoch sei auch die frühere Tätigkeit im Prinzip nur eine leichte Tätigkeit und entsprechend habe auch im Hinblick auf die Bewertung der Arbeitsfähigkeit die damalige Beurteilung einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % im Finish von Medizinalprodukten weiterhin Gültigkeit. Auch in einer anderen, noch besser leidensadaptierten Tätigkeit (weniger beinbelastend) könne weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert werden. Somit ergebe sich quantitativ auch aus orthopädischer Sicht keine Veränderung seit dem Gutachten von Mai 2016 bzw. seit der Rentenablehnung im Oktober 2017. Sonstige relevante muskuloskelettale Erkrankungen seien aktuell nicht feststellbar. Auch hinsichtlich des aktenkundigen Schulterleidens zeige sich kein signifikanter klinisch auffälliger Befund. Zum Schlafapnoe-Syndrom wurde erklärt, unter fortgesetzter assistierter Beatmung sei es zu einer durchaus sehr guten Stabilisierung gekommen. Die sei auch zuletzt im Bericht vom Juni 2020 ausgeführt worden. Eine arbeitsrelevante Beeinträchtigung ergebe sich aus dieser Diagnose somit nicht. Auch die früher beschriebene Restless-legs-Symptomatik bzw. PLMS habe sich unter Therapie gebessert und sei zumindest in der letzten Kontrolle nicht erkennbar auffällig gewesen. Diese wären auch sehr gut behandelbar. Auch hinsichtlich der aktenkundig beschriebenen koronaren 1-Gefässerkrankung mit non STEMI im Jahre 2007 und damals PTCA/Stent Applikation habe sich in allen bisherigen kardiologischen Kontrollen ein gutes Langzeitergebnis gezeigt. Im Rahmen des ohnehin aus orthopädischer Sicht limitierten Belastungsniveaus von leichten Arbeitstätigkeiten ergebe sich somit keine Beeinträchtigung. Auch sonst seien keine relevanten anderen internistischen Erkrankungen arbeitsrelevant zu beobachten. Zu den psychischen Gesundheitsstörungen und zur Prüfung der Inkonsistenzen wurde angegeben, auch aus psychiatrischer Sicht könnten keine signifikanten und insbesondere keine arbeitsrelevanten psychischen Gesundheitsstörungen objektiviert werden. Beim Exploranden handle es sich in Bezug auf die in der aktuellen psychiatrischen Untersuchung geltend gemachten psychischen Störungen, speziell die visuellen und akustischen halluzinatorischen Erlebnisse, nicht um artifizielle oder dissoziative Krankheitssymptome. Vielmehr handle es sich hier um eine übertriebene, eher zweckgerichtete und kontextabhängige Darstellung von nicht authentischen Beschwerden. Bereits schon in der Vergangenheit habe nur die Diagnose einer Dysthymia nachgewiesen werden können, nicht aber die andernorts attestierte mittelschwere depressive Symptomatik oder eine rezidivierende depressive Störung. Die zuletzt von Dr. med. R.____ beschriebenen schwerwiegenden Beeinträchtigungen seien nicht objektivierbar. Die angegebene Schmerzausprägung finde ebenfalls kein vegetatives und affektives Korrelat. Die Therapieaktivitäten seien gering. Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde dargelegt, es liessen sich keine somatisch pathophysiologisch oder psychisch hinreichend erklärende Befunde finden, welche eine höhergradige Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit erklären könnten als die auf orthopädischem Fachgebiet ausgewiesene Bewertung. Subjektiv gebe der Explorand an, er könne maximal 30 % arbeiten. In der Gesamtschau dieser Inkonsistenzen erkläre sich aber auch die Diskrepanz zu den teilweise anderslautenden medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilungen, welche diese Inkonsistenzen in ungenügender Weise abgrenzten. Es gebe aber auch kein schwerwiegendes krankheitswertiges psychisches Störungsbild, welches dieses Verhalten mit diesem Ausmass an negativer Antwort- und Leistungsverzerrung erkläre. Gegenüber dem Zeitpunkt des E.____-Gutachtens vom Mai 2016 habe sich zwischenzeitlich zwar eine zunehmende Gonarthrose beidseits entwickelt, was das Fähigkeitsprofil hinsichtlich der Gewichtslimite reduziere. Jedoch sei damit keine weitere als die schon damals attestierte quantitative Beschränkung der Arbeitsfähigkeit begründbar. Gleiches gelte auch für die radiologisch gegenüber den Vorbefunden etwas verstärkte Lumbalkanalstenose, auch in dieser Hinsicht seien bei Adaptation (kein langes Gehen, was ohnehin wegen des Knieleidens nicht gefordert werde) keine zusätzlichen quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Auch aus psychiatrischer Sicht könne weiterhin kein signifikantes arbeitsrelevantes Störungsbild objektiviert werden. Die anamnestisch beschriebenen visuellen und akustischen halluzinatorischen Erlebnisse seien als zweckgerichtete und kontextabhängige Darstellung von nichtauthentischen Beschwerden zu beurteilen. Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde / Diagnosen wurde erklärt, aufgrund der verminderten Rücken-, Knie- und Schulterbelastbarkeit ergebe sich folgendes Fähigkeitsprofil: Der Explorand sei in der Lage, leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu maximal 10 kg, in rügensschulgerechter Haltung, im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen und in temperierten Räumen auszuführen. Lange Überkopfarbeiten sollten vermieden werden. Ebenfalls vermieden werden sollten mittelschwere und schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten oberhalb von 10 kg, ausserhalb des Körperlotes, ruckartige Bewegungen, Erschütterung sowie ständiges nach vorne Neigen des Oberkörpers, kniende und hockende Tätigkeiten, das Besteigen von Leitern und Treppen sowie Tätigkeiten auf unebenem Boden. Der Explorand sollte keiner Kälte-, Nässe- und Zugexposition ausgesetzt werden. Aus neurologischer und internistischer Sicht ergäben sich keine zusätzlichen Einschränkungen. Auch könne kein arbeitsrelevantes psychiatrisches Leiden objektiviert werden. Die Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde wie folgt geführt: Man könne keine lebensunüblichen, schwerwiegenden Belastungsfaktoren objektivieren, welche eine eigenständige arbeitsrelevante psychische Störung objektiv erklären könnten. Die frühere Verpflichtung in der Versorgung der Kinder bestehe durch deren Eigenständigkeit nicht mehr. Die Familie wohne in einem eigenen Mehrfamilienhaus. Es sei somit psychosozialer Support seitens der Familie verfügbar. Versicherungsfremd sei das Alter von 57 Jahren. Es sei auch eine schon mehrjährige Entwöhnung von Arbeitstätigkeiten feststellbar. Jedoch verfüge der Explorand durchaus über gute Ressourcen, welche eine Arbeitsaufnahme erlauben würden. Zur Konsistenzprüfung wurde angegeben, die aktuelle psychiatrische Untersuchung ergebe keine relevanten psychischen Störungen, welche die Angaben des Exploranden zu seinem Gesundheitszustand untermauern würden. Aus psychiatrischer Sicht seien im Vergleich zu vorangegangenen Begutachtungen auch keine wesentlichen Veränderungen erkennbar. Die zum Teil attestierte Zunahme des Schweregrades der depressiven Störung hätten keine Veränderung oder wesentliche Anpassung des therapeutischen Konzepts zur Folge. Der Umstand, dass keine Intensivierung der psychiatrischen Behandlung in Betracht gezogen oder initiiert worden sei, spreche im

Längsverlauf gegen eine massgebende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands. Auch somatisch-klinisch könnten im Ausdrucksverhalten keine objektivierbaren relevanten Einschränkungen oder nachvollziehbare Schmerzkorrelate objektiviert werden. Gleichwohl sei in der gezielten Untersuchung, z.B. im orthopädischen Gutachten, teilweise ein Gegenspannen erkennbar gewesen. Ausserhalb der Untersuchungssituation habe sich auch ein ordentliches hinkfreies Gangbild gezeigt, beim Be- und Entkleiden sei keine Beeinträchtigung erkennbar. Es gebe keine hinreichenden pathophysiologisch und psychiatrisch nachvollziehbaren Gründe für die tiefe Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit (subjektiv Arbeitsunfähigkeit von 70 %). Der so erhebliche Verzerrungsgrad der negativen Antwort- und Leistungsverzerrung in mehrfachen Ebenen erfülle die Kriterien einer bewussten nichtauthentischen Symptom- und Beschwerdepräsentation. Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, für die frühere Tätigkeit im Finish bestehe – wie schon im E.____-Gutachten – eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % (auf ein ganztägiges Pensum bezogen). Für eine Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes unter Beachtung des Fähigkeitsprofils wäre eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % möglich. Dies gelte auch durchgängig retrospektiv. Es seien nur aus orthopädischer Sicht quantitative Einschränkungen begründbar. Zur fallspezifischen Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Exploranden verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenablehnung (Verfügung vom 24. Oktober 2017) wesentlich verändert hätten, gaben die F.____-Gutachter an, nach der Gutachtenerstellung vom 30. Mai 2016 seien zusätzliche degenerative Veränderungen im Bereich beider Kniegelenke mit einer zunehmenden O-Bein-Gonarthrose aufgetreten. Dies habe auf orthopädischem Gebiet Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Exploranden in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit. Anhand des damaligen Befundes hätten dem Exploranden noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zugemutet werden können, anhand der neuen orthopädischen Befunde könnten aufgrund der Gonarthrose dem Exploranden nur leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg in rückenschulgerechter Haltung zugemutet werden, wobei die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 70 % mit einer um 30 % verminderten Leistungsfähigkeit beibehalten werden könne. Der Explorand habe bereits damals in der angestammten Tätigkeit nur leichte Tätigkeiten ausführen müssen. Damit ergäben sich insgesamt Unterschiede in der Belastbarkeit bei gleicher Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Auch mögliche operative Konsequenzen erlaubten nach der postoperativen Heilung weiterhin eine leichte berufliche Tätigkeit mit Heben und Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg in rückenschulgerechter Haltung und temperierten Räumen. Dabei sollten dem Exploranden aber genügend Erholungsphasen im Rahmen eines ganztägigen Pensums angeboten werden. Auch wenn aktuell eine lumbale Spinalkanalstenose beschrieben werde (Februar 2020), gemäss anamnestischer Angaben ein gewisses Mass an Claudicatio spinalis mit 10 bis 15-minütiger Gehstrecke bestehen sollte, so ergebe sich daraus für eine entsprechende leidensadaptierte Tätigkeit keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine längere Gehtätigkeit sei auch schon aufgrund des Knieleidens ohnehin nicht zu fordern. Eine versicherungsmedizinisch relevante psychiatrische Störung könne nicht glaubhaft gemacht werden (IV-Nr. 135.1 S. 4 ff.).

7.19.1 Der allgemeininternistische Teilgutachter, Dr. med. W.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, konnte aufgrund seiner Untersuchung vom 19. Januar 2021 keine internistischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihm gestellten Diagnosen (koronare 1-Gefässerkrankung, mittelschweres Schlafapnoe-Syndrom, schwergradiges Restless-leg-Syndrom, Resektion eines Polypen im Kolon descendens),

unzureichende Therapieadhärenz) haben gemäss seinen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Vergleich zum Jahr 2016 seien keine signifikanten Veränderungen im allgemeininternistischen Status festzustellen. Mit der Durchführung der Koronarintervention im Jahr 2007 sei das Krankheitsbild langdauernd stabilisiert worden. Nennenswerte Anpassungen seien aus internistischer Sicht nicht notwendig. Es bestehe aus allgemeininternistischer Sicht sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer leidensangepassten Verweistätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Seit dem Referenzzeitpunkt habe sich der Gesundheitszustand aus allgemeininternistischer Sicht nicht verändert (IV-Nr. 135.6 S. 21 ff.).

7.19.2 Der neurologische Teilgutachter, Dr. med. X.____, Facharzt für Neurologie FMH, hielt aufgrund seiner Untersuchung vom 8. Oktober 2020 fest, in der Gesamtschau seien gemäss den radiologischen Befunden zwar gewisse degenerative Veränderungen bei dem zwischenzeitlich 57 Jahre alten Exploranden vorhanden, welche belastungsabhängig Schmerzen verursachen könnten, aus neurologischer Sicht könne man aber zumindest keinerlei radikuläre Reiz- oder gar sensomotorische Defizite nachweisen (unauffällige Sensomotorik, symmetrische Reflexe in allen Ebenen, unauffällige Provokationstests, weitgehend unauffälliges EMG). Somit decke sich dieser Befund auch mit den Ausführungen im neurologischen Gutachten des E.____ Basel vom Mai 2016. Es könne somit auch weiterhin aus rein neurologischer Sicht keinerlei Veränderung bzw. insbesondere keine quantitative arbeitsrelevante Verschlechterung gegenüber dem früheren Status nachgewiesen werden. Das Integrationspotential für eine adaptierte Tätigkeit wäre rein medizinisch-theoretisch aus neurologischer Sicht nicht eingeschränkt. Es seien zumindest körperlich leichte, wirbelsäulengerechte, wechselbelastende Arbeitstätigkeiten möglich. Motivationale Hemmfaktoren seien vorhanden, wobei das Alter von 57 Jahren dabei eine Rolle spiele. Die Angaben des Exploranden, er könne sich nur eine Arbeitstätigkeit von allenfalls 30 % zutrauen, könnten nicht begründet werden. Die offensichtlichen Inkonsistenzen seien in den externen Bewertungen zur Arbeitsfähigkeit teilweise nicht berücksichtigt worden, was die Diskrepanzen in den versicherungsmedizinischen Bewertungen erkläre. Auch retrospektiv könne aus neurologischer Sicht letztlich keine längere Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit plausibel begründet werden, zumindest nicht für eine entsprechende leidensadaptierte Tätigkeit. Die angestammte frühere Tätigkeit (im Finish) möge mit überwiegendem Stehen und Gehen eher belastend gewesen sein, adaptierte Tätigkeiten wären aber zumutbar gewesen. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit betrage 100 %; dies gelte auch durchgängig retrospektiv. Seit dem Referenzzeitpunkt bestehe keine wesentliche Veränderung aus neurologischer Sicht (IV-Nr. 135.3 S. 16 ff.).

7.19.3 Im orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. Y.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wurde aufgrund seiner Untersuchung vom 18. November 2020 dargelegt, auf orthopädischem Gebiet finde man Funktionseinschränkungen vor allem im Bereich der Lendenwirbelsäule. Es könnten erhebliche degenerative Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule, aber auch in beiden Kniegelenken objektiviert werden bei einer O-Bein-Fehlstellung und einer spondylarthrotisch bedingten Spinalkanalstenose L4/L5. Der Explorand habe eine intensive Schmerztherapie, psychotherapeutische Massnahmen sowie Injektionsbehandlungen erhalten. Alle diese Massnahmen, die konservativ durchgeführt worden seien, hätten nach den Angaben des Exploranden zu keinem Erfolg geführt. Er gebe eine erhebliche Schmerzproblematik und eine regelmässige Schmerzmitteleinnahme an. Objektiv könnten radiologisch die zunehmenden deutlichen degenerativen Veränderungen

bei O-Bein-Gonarthrose und degenerativen Veränderungen vor allem in der Lendenwirbelsäule nachgewiesen werden. Der Explorand zeige aber relativ gute Kompensationsmöglichkeiten trotz dieser degenerativen Veränderungen. Aus diesem Grund sei bisher auf operative Massnahmen verzichtet worden. Die deutlichen Veränderungen erlaubten keine die Wirbelsäule und die Kniegelenke schwer belastenden Tätigkeiten. Dem Exploranden könnten nur noch leichte Tätigkeiten in einem ganztägigen Rahmen zugemutet werden, wobei auch im Rahmen dieser ganztägigen Präsenz Zeiträume für die Entlastung und Lockerung seiner ischiocruralen Muskulatur angeboten werden sollten. Zusätzlich sei eine Gewichtsabnahme von orthopädischer Seite notwendig, um die statischen Beschwerden, aber auch später die operativen Konsequenzen zu erleichtern. Anhand des orthopädischen Befundes bestünden genügend Ressourcen, in einer gut angepassten Verweistätigkeit einer leichten beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Nach der E.____-Begutachtung vom Mai 2016 hätten sich zunehmende Veränderungen im Bereich beider Kniegelenke eingestellt. Es habe eine Varusgonarthrose mit deutlicher Meniskusminderung zunächst rechts, später auch links mit zunehmender Tendenz belegt werden können. Die aktuellen radiologischen Befunde hätten weiterhin deutliche degenerative Veränderungen im Bereich vor allem der Lendenwirbelsäule und eine zunehmende O-Bein-Gonarthrose in beiden Kniegelenken gezeigt. Aus diesem Grund könne dem Exploranden nicht mehr eine mittelschwere Tätigkeit, wie im damaligen Gutachten angenommen, zugemutet werden, da sich eine Verschlechterungstendenz seit dieser Zeit belegen lasse. Bisher habe auf operative Massnahmen verzichtet werden können. Es seien lediglich intensive konservative Massnahmen mit Physiotherapie, Injektionsbehandlung und medikamentöser Unterstützung veranlasst worden. Aufgrund der zunehmenden degenerativen Veränderung im Bereich beider Kniegelenke und der Wirbelsäule seien auf Dauer operative Konsequenzen im Bereich der Lendenwirbelsäule und beider Kniegelenke nicht zu vermeiden. Dem Exploranden könne eine die Wirbelsäule und die Kniegelenke schwer belastende Tätigkeit nicht mehr zugemutet werden. Aus diesem Grund komme nur eine leichte berufliche Tätigkeit in Frage. Dafür bestünden aber genügend Ressourcen, diese auch im Rahmen eines ganztätigen Pensums zu verrichten, wobei dem Exploranden genügend Pausen zur Erholung und Lockerung von muskulären Kontrakturen und Verspannungen angeboten werden sollten. Nach operativen Konsequenzen mit Stabilisierung des Segmentes L4/L5 sowie einer guten prothetischen Versorgung, die anhand des aktuellen Befundes wohl nur in Frage kommen könne, könne auch weiterhin bei einem guten postoperativen Verlauf eine Belastbarkeit für leichte berufliche Tätigkeiten erwartet werden. Damit ergäben sich auch auf Dauer, ausser den postoperativen Phasen, keine wesentlichen Veränderungen in der Belastbarkeit, Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit bei ganztägiger Präsenz. Zur Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht wurde angegeben, es bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Finish-Mitarbeiter eine Arbeitsfähigkeit von 70 % mit einer um 30 % verminderten Leistungsfähigkeit bei ganztägiger Präsenz. Dies sei auch seit dem Referenzzeitpunkt (24. Oktober 2017) retrospektiv anzunehmen trotz der zusätzlich nachgewiesenen Veränderungen im Bereich beider Kniegelenke, die bei entsprechender, auch operativer Behandlung mit gutem Verlauf weiter eine solche leichte Tätigkeit erlauben dürfte. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit wurde angegeben, es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % mit einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit bei ganztägiger Präsenz. Dies sei auch retrospektiv anhand des orthopädischen Befundes anzunehmen. Aufgrund der orthopädischen Befunde seien auf Dauer operative

Massnahmen nicht zu umgehen, wobei aber bei gutem Verlauf durch operative Konsequenzen keine wesentliche Veränderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit erwartet werden könne. Eine Prognose könne anhand des orthopädischen Befundes angesichts möglicher operativer Massnahmen nur sehr zurückhaltend beurteilt werden. Die fallspezifischen Fragen wurden dahingehend beantwortet, nach dem E.____-Gutachten vom 30. Mai 2016 seien zusätzliche degenerative Veränderungen im Bereich beider Kniegelenke mit einer zunehmenden O-Bein-Gonarthrose aufgetreten. Dies habe auf orthopädischem Gebiet auch Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit. Anhand des damaligen Befundes hätten dem Exploranden noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zugemutet werden können. Aufgrund der neuen orthopädischen Befunde könnten aufgrund der Gonarthrose dem Exploranden nur leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg in rückenschulgerechter Haltung zugemutet werden, wobei die Einschätzung von 70 % Arbeitsfähigkeit mit einer um 30 % verminderten Leistungsfähigkeit beibehalten werden könne; der Explorand habe bereits damals in der angestammten Tätigkeit nur leichte Tätigkeiten ausführen müssen. Damit ergäben sich insgesamt Unterschiede in der Belastbarkeit bei gleicher Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Verweistätigkeit. Auch mögliche operative Konsequenzen erlaubten nach der postoperativen Heilung weiterhin eine leichte berufliche Tätigkeit mit Heben und Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg in rückenschulgerechter Haltung und temperierten Räumen. Dabei sollten dem Exploranden aber genügend Erholungsphasen im Rahmen eines ganztägigen Pensums angeboten werden (IV-Nr. 135.5 S. 20 ff.).

7.19.4 Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, können aufgrund seiner Untersuchung vom 16. Oktober 2020 die Diagnosen «Dysthymie F34.1», «Persönlichkeitsakzentuierung Z73.1» und «Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung Z73» entnommen werden. Im Weiteren wurde dargelegt, zusammenfassend ergebe sich, dass die behandelnde Psychiaterin die Diagnose einer psychotischen Störung erst im August 2019 gestellt habe, obwohl der Explorand anlässlich der aktuellen hiesigen psychiatrischen Exploration berichtet habe, die halluzinatorischen Erlebnisse schon mehrere Jahre zuvor gehabt zu haben. Insgesamt zeigten sich beim Exploranden bei der aktuellen Begutachtung Hinweise auf eine nichtauthentische Symptomdarstellung im Rahmen einer problematischen psychosozialen Konstellation bei fehlender beruflicher Tätigkeit, wirtschaftlichen und finanziellen Engpässen und auch Problemen, die sich in etwa aus der wirtschaftlichen Abhängigkeit von seiner Ehefrau ergeben könnten, wohl auch aus einer kritischen Haltung seiner Kinder ihm gegenüber, welche der Explorand in der Summe als belastend und kränkend erlebe. Aktuell sei psychiatrisch von einer Persönlichkeitsakzentuierung mit Dysthymie auszugehen sowie von einer schwierigen psychosozialen Konstellation und Problemen der Lebensbewältigung. Die aktuelle psychiatrische Untersuchung ergebe in psychiatrischer Hinsicht aufgrund einer objektiven Befunderhebung keine relevanten psychischen Störungen, welche seine Angaben zum Gesundheitszustand (hier speziell Diagnose einer Psychose oder einer relevanten affektiven Störung) untermauern würden. Allein der Umstand, dass die behandelnde Psychiaterin die Diagnose einer psychotischen Störung festgestellt habe und der Explorand im Verlauf mehrfach psychiatrisch hospitalisiert worden sei, lasse noch keine entsprechenden Rückschlüsse auf eine relevante psychische Veränderung zu. Aus psychiatrischer Sicht seien im Vergleich zu vorangegangenen Begutachtungen auch keine wesentlichen Veränderungen erkennbar. Die zum Teil attestierte Zunahme des Schweregrades der depressiven Störung habe keine

Veränderung oder wesentliche Anpassung des therapeutischen Konzepts zur Folge gehabt. Der Umstand, dass keine Intensivierung der psychiatrischen Behandlung in Betracht gezogen oder vom Exploranden initiiert worden sei, spreche im Längsschnittverlauf gegen eine massgebende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes. Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich keine relevanten Einschränkungen des Fähigkeitsprofils in Bezug auf die angestammte und angepasste Tätigkeit. Der Explorand sei aus psychiatrischer Sicht sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Verweistätigkeit vollumfänglich arbeits- und leistungsfähig; dies gelte auch retrospektiv. Der Gesundheitszustand habe sich aus psychiatrischer Sicht gegenüber dem Referenzzeitpunkt nicht verändert (IV-Nr. 135.4 S. 19 ff.).

7.20 Gemäss dem vom Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Infiltrationsbericht von Dr. med. H. ___ vom 27. September 2021 wurde am 20. September 2021 eine Infiltration der Facettengelenke L4/5 und L5/S1 rechts und links vorgenommen. Es wurden die Diagnosen «Lumboradikuläres und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei/mit V.a. foraminale Diskushernie L4/L5, starke degenerative Veränderungen L4/5 und geringer L5/S1 und Z.n. Infiltration epidural dorsal translaminärer L4/L5 rechts, 13.9.2019, kurzfristig besser (2 – 3 Tage) 60 – 70 % (fecit Dr. T. H. ___)», «Meralgia paraesthetica rechts» und «Weitere orthopädische Diagnosen» angegeben. Zur Indikation wurde dargelegt, es sei nochmals das aktuelle MRI vom 28. Mai 2021 mit der Studie vom 30. April 2019 verglichen worden. Es zeige sich eine wesentliche Zunahme der Enge im Spinalkanal L4/L5 als Hinweis für eine Instabilität. Zusätzlich finde man starke Veränderungen an den Facettengelenken. Somit werde aktuell eine Facettengelenksinfiltration durchgeführt. Zur Intervention wurde erwähnt, diese sei komplikationsfrei erfolgt. Bei persistierenden Beschwerden wären operative Massnahmen an der LWS durchaus indiziert (IV-Nr. 139 S. 20 f. bzw. 156 S. 2 f. bzw. Beschwerdebeilage [BB] 5).

7.21 Dr. med. H. ___ hielt in seinem Bericht über die Wirbelsäulensprechstunde vom 9. November 2021 zum Verlauf fest, der Patient habe mehrfache degenerative Veränderungen am Bewegungsapparat. Die Hauptpathologie sei die ausgeprägte Makroinstabilität L4/L5. Degenerative Veränderungen beständen aber auch in L5/S1. Diese seien aber wesentlich geringer und hätten vermutlich nicht die starke Auswirkung wie die Instabilität L4/L5 und die begleitende Neurokompression. Zusätzlich beständen starke Verschleissveränderungen an der Halswirbelsäule; die Knie- und Hüftgelenke stünden im orthopädischen Fokus. Mit der zuletzt durchgeführten Infiltration habe man eine gewisse Linderung herbeiführen können, dennoch könne die Leistungsfähigkeit nicht wesentlich gesteigert werden. Stehen an der Stelle bereite dem Patienten starke Rückenschmerzen; Abstrahlungen in das rechte Bein träten nach ca. 5 Minuten auf. Dies sei sehr typisch für die Instabilität am Segment L4/L5. Aktuell profitiere der Patient noch von der letzten Infiltration vom 20. September 2021, zufriedenstellend sei die Situation jedoch nicht. Aktuell wolle der Patient noch keine operative Therapie planen und somit werde man einen weiteren Versuch mit einer stabilisierenden Krankengymnastik starten. Eine erste Serie Physiotherapie für die LWS sei somit verordnet worden (BB 6).

7.22 RAD-Ärztin Dr. med. G. ___ hielt in ihrer Stellungnahme vom 4. Januar 2022 im Wesentlichen fest, im polydisziplinären Gutachten der F. ___ vom 6. September 2021 (vgl. E. II. 7.19 hiervor) seien die klinischen Befunde sorgfältig erhoben und zusammen mit den paraklinischen Befunden (Bildgebung, Elektrophysiologie, Labor) in die Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit eingeflossen. Die radiologisch darstellbaren ausgedehnten degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat korrelierten nur

teilweise mit den klinischen Befunden, die objektivierbaren funktionellen Einschränkungen seien gering. So sei zum Beispiel die Beweglichkeit der HWS und der Extremitäten nicht und die Beweglichkeit der LWS nur leicht eingeschränkt. Eine radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik sei nicht objektivierbar. Die Gutachter attestierten aufgrund der fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen am Achsenskelett sowie an den Kniegelenken rechtsbetont eine deutlich verminderte körperliche Belastbarkeit. Der Einwand, dass das Gutachten nicht beweistauglich sei, weil keine neuen Röntgenbilder bzw. MRT-Aufnahmen veranlasst worden seien, sei aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Naturgemäss handle es sich bei degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat nicht um ein statisches, sondern um ein dynamisches Geschehen. Der über Jahre radiologisch dokumentierte Verlauf beim Versicherten zeige eben diese Progredienz. Ebenfalls aus dem Verlauf könne abgelesen werden, dass die klinische Symptomatik nicht zwangsläufig mit dem radiologischen Befund korreliere. Unbestritten sei, dass der Versicherte erhebliche Degenerationen an den Kniegelenken (Varusgonarthrosen), im Bereich der LWS (spondylarthrotisch bedingte absolute Spinalkanalstenose L4/5, Spondylarthrose L3/4 und L4/5) und der HWS habe. Klinisch habe der Gutachter auch eine beginnende Coxarthrose rechts festgestellt. Die bisherigen konservativen Behandlungsmassnahmen inkl. mehrfache Infiltrationsbehandlungen an der Wirbelsäule, den Knie- und Schultergelenken hätten teilweise zu vorübergehender, aber keiner anhaltenden Beschwerdebesserung geführt. Dennoch seien bisher keine operativen Massnahmen durchgeführt worden, einerseits wegen der fehlenden Motivation des Versicherten, andererseits, weil die funktionellen Auswirkungen weitgehend kompensiert gewesen seien. Vom Gutachter werde diese Zurückhaltung unterstützt, auch weil bereits früher und auch in der aktuellen Begutachtung deutliche Hinweise auf eine Beschwerdeverdeutlichung bzw. nicht authentische Beschwerdepräsentation erkennbar gewesen seien. Die Operationsindikation (LWS, Kniegelenke) werde aber grundsätzlich sowohl von den Behandlern als auch vom Gutachter bejaht. Die vom Versicherten nachgereichten medizinischen Behandlungsberichte belegten, dass er wegen seiner Beschwerden weiterhin in Behandlung sei. Eine relevante Befundverschlechterung sei jedoch nicht ausgewiesen. Dem Versicherten sei bereits mehrfach die Option einer operativen Entlastung/Stabilisierung der LWS angeboten worden. Der Befund sei von verschiedenen Orthopäden (inkl. dem F. ___-Teilgutachter) als operationswürdig eingestuft worden. In der ausführlichen klinisch-orthopädischen Untersuchung anlässlich der F. ___-Begutachtung seien Kompensationsmechanismen geprüft und als weitgehend erhalten beurteilt worden. Dem Einwand, dass der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht stabil gewesen und somit nicht abschliessend beurteilbar sei, könne aus medizinischer Sicht insofern gefolgt werden, als das Leiden des Versicherten aus medizinischer Sicht symptomatisch und progredient verlaufe, also Beschwerden verursache, die zu behandeln seien. Die Behandlungsmassnahmen zur Beschwerdelinderung, aber auch mit dem Ziel der funktionellen Verbesserung, seien aber nicht per se Ausdruck eines instabilen Krankheitsgeschehens oder einer relevanten Krankheitsprogression im versicherungsmedizinischen Kontext (IV-Nr. 145). 7.23 RAD-Ärztin Dr. med. G. ___ äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 15. März 2022 dahingehend, die Ergebnisse der MRT-Untersuchung vom 28. Mai 2021 (vgl. E. II. 7.17 hiervor) änderten nichts an der bisherigen Beurteilung (IV-Nr. 152). 7.24 Dr. med. H. ___ hielt in seinem Bericht vom 22. März 2022 fest, insgesamt habe sich die Situation beim Patienten keinesfalls verbessert, obwohl akut-anamnestische Aspekte wie ein Kraftverlust

oder ein kontinuierliches Taubheitsgefühl in den Beinen fehlten. Schmerzen in beiden Kniegelenken seien bekannt. Zusätzlich stehe nun eine claudicative Symptomatik im Vordergrund. Der Patient könne nurmehr maximal 30 Minuten an der Stelle stehen oder Gehzeiten von 15, maximal 30 Minuten bewältigen. Dann müsse er sich hinsetzen. In der klinischen Untersuchung finde man keine sensomotorischen Defizite (BB 7). 7.25 Aus dem anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 6. Juni 2024 eingereichten Bericht von Dr. med. AA.____, FMH Radiologie, vom 28. März 2022 über das gleichentags erstellte MRI der LWS und des ISG geht folgende Beurteilung hervor: Konstitutionell bedingt eng angelegter lumbaler Spinalkanal mit / bei mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen mit stationärer leichter Anterolisthesis von LWK 4 auf LWK 5 um 2 mm und mehrsegmentalen, LWK 2/LWK 3 links, LWK 3/LWK 4 und LWK 4/LWK 5 beidseits aktivierter hypertropher Spondylarthrose. Im Verlauf grössenkonstante rechts foraminale Diskusprotrusion LWK 3/LWK 4 und milder Bulging-Disc der übrigen Intervertebralsegmente mit multifaktorieller Spinalkanalstenose ohne Kompression der Cauda equina LWK 4/LWK 5 und rezessale Enge mit möglicher funktioneller Wurzelreizung L5 beidseits, rechtsbetont. Keine Hinweise auf eine lumboradikuläre Kompression L4 beidseits. ISG-Arthrose beidseits, rechts leicht aktiviert (BB 20). 7.26 Dem Bericht von Dr. med. H.____ vom 20. April 2022 über die Infiltration vom 8. April 2022 kann entnommen werden, es sei nun eine neue Bildgebung verfügbar (MRT der LWS und des ISG vom 28. März 2022; vgl. E. II. 7.25 hiavor). Zur Indikation wurde angegeben, es liege das aktualisierte MRI der LWS vor. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht und von klinischer Relevanz sei vermutlich vorrangig die Situation am Segment L4/L5. Sowohl im MRI, als auch in der aktuell dokumentierten Untersuchung der LWS im Bildwandler sehe man ein deutliches Wirbelgleiten L4/L5. Die Beschwerden seien unverändert mechanischer Natur. Wenn der Patient länger gehe oder stehe, träten radikuläre Symptome L5 bds. rechts führend auf. Dies führe zu einer Invalidisierung, einem hohen Leidensdruck und einer starken Reduktion der Leistungsfähigkeit. Die Intervention sei komplikationslos erfolgt (BB 8). 7.27 Im Bericht von Dr. med. H.____ vom 16. Juni 2022 wurde dargelegt, ausgehend vom guten Ergebnis der Infiltration vom 8. April 2022, der eindeutigen Situation im MRI der LWS vom 28. März 2022 und der nachgewiesenen Makroinstabilität im Röntgen der LWS vom 26. Februar 2022 sei die operative Sanierung nochmals besprochen worden. In der Konstellation, wie sie beim Patienten gegeben sei, könne man eine Operation empfehlen und eine gute Vorhersage für das «Outcome» abgeben. Es sei nochmals eine Demonstration der oben genannten Bildgebung und eine Illustration der Operation erfolgt. Eine rein mikrochirurgische Dekompression sei in Anbetracht der Instabilität nicht zu empfehlen. Somit bleibe zur Spondylodese kaum eine Alternative (BB 9). 7.28 Laut dem Bericht von Dr. med. H.____ zu Händen des Hausarztes Dr. med. S.____ vom 31. August 2022 konnte der 27. Oktober 2022 als Termin für die geplante Operation vereinbart werden. Es wurde dargelegt, nach ausführlicher Diskussion und mittlerweile auch im stehenden Röntgen vom 30. August 2022 bestätigten Wirbelgleiten L4/L5 bestehe an der Indikation für die Versorgung des Segmentes kein Zweifel mehr. Das Aufklärungsgespräch sei erfolgt. Der Patient sei zur Operationsvorbereitung in die hausärztliche Sprechstunde aufzubieten, um die üblichen präoperativen Untersuchungen durchzuführen (BB 13). 7.29 Am 29. Oktober 2022 wurde der Beschwerdeführer im AB.____ am Rücken operiert (Operateur: Dr. med. H.____). Im Operationsbericht vom 31. Oktober 2022 wurden folgende Diagnosen angegeben: «Lumboradikuläres und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei/mit: Foraminale Diskushernie L4/L5,

Neuroforaminale Enge rechts, starke degenerative Veränderungen L4/5 und wesentlich geringer L5/S1, Makroinstabilität L4/5 (Funktionsrx. 26.02.2020), Indikationssichernde Infiltrationen: Z.n. Inf. epidural dorsal L4/L5 rechts, 13.09.2019, kurzfristig besser (2 – 3 Tage) 60 – 70 % besser (Dr. H.____), Z.n. Inf. FG L4-S1 re. u. li., 20.09.2021, 20 – 30 % besser (WiZ, Dr. H.____); Meralgia paraesthetica rechts; Weitere orthopädische Diagnosen». Als Operation wurde eine «TLIF-Spondylodese L4/S1 rechts» angegeben. Zur Indikation wurde dargelegt, bei bildmorphologisch nachgewiesener hochgradiger Pathologie am Segment L4/L5 und korrelierender Klinik habe sich der Patient für die operative Sanierung entschieden. Die Möglichkeit einer Operation sei bereits im Verlauf mehrfach angesprochen worden. Die radikulären Schmerzen, vornehmlich L5 rechts, führten zu einer massiven Reduktion der Leistungsfähigkeit mit verminderter Stehfähigkeit und Auftreten von radikulären Symptomen beim Gehen. Aufgrund des ausgeprägten Wirbelgleitens bestehe zur Dekompression mit Stabilisation keine Alternative. Insgesamt habe sich die Operation komplikationsfrei gestaltet (BB 14). 7.30 Im Bericht von Dr. med. AC.____ (,) vom 6. März 2023 wurden folgende Diagnosen angegeben: «Gonarthrose links, Status nach kardialem Stent (Kardiologe Dr. AD.____), Nikotinabusus, Status nach Versteifung LWS». Zur Beurteilung wurde angegeben, es bestehe klinisch und radiologisch eine Gonarthrose links. Nach Ausschöpfen der konservativen Massnahmen sei die Möglichkeit einer Knie totalprothese links mit den perioperativen Risiken und den möglichen Restbeschwerden erklärt worden. Der Patient wolle sich das Ganze in Ruhe überlegen und mache in nächster Zeit einen Termin zur kardiologischen Kontrolle ab, welche ohnehin wieder nötig sei (BB 16). Gestützt auf die gleichentags durchgeführte Untersuchung äusserte sich Dr. med. Q.____ dahingehend, klinisch wie bildgebend imponiere die fortgeschrittene Gonarthrose links, sodass er dem Patienten nach Ausschöpfung der konservativen Massnahmen rate, eine kniechirurgisches Vorgehen zu lancieren (Bericht vom 7. März 2023, BB 17). 7.31 Im Bericht von Dr. med. H.____ vom 3. April 2023 wurde dargelegt, in der aktualisierten Anamnese habe sich bis zum Januar 2023 wenig verändert: Die Abstrahlungen in die Beine seien postoperativ nicht mehr vorhanden. Folgende Beschwerden seien jedoch weiterhin vorhanden: Wenn der Patient länger als ca. eine Stunde gehe, träten Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule kaudal des operativ behandelten Bereichs auf. Wenn der Patient länger als 2 Stunden sitze, trete ebenfalls ein Schmerz im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule auf. Im Vordergrund stehe aktuell die Abklärung und die Behandlung des Knieleidens links. Akutanamnestische Aspekte fehlten. Ein Kraftverlust und ein Taubheitsgefühl seien verneint worden. Der klinische Befund sei im Vergleich zu den bisherigen Untersuchungen ohne Dynamik. Das Röntgen der LWS vom 3. April 2023 zeige weiterhin eine korrekte Spondylodese L4/L5 mit zunehmender Fusion im Zwischenwirbelraum. Zur Beurteilung wurde dargelegt, die Leistungsfähigkeit des Patienten habe durch die operative Versorgung des Wirbelgleitens L4/5 punktuell gesteigert werden können, ebenso hätten die Beinschmerzen suffizient behandelt werden können. Die Gesamtsituation sei aus orthopädischer Sicht aber weiterhin komplex. Durch die operative Sanierung des instabilen Segmentes L4/L5 mit Spinalkanalstenose und daraus resultierenden Abstrahlungen in die Beine habe eine Besserung der radikulären Symptome erreicht werden können. Postoperativ bestünden weiterhin die oben genannten Rückenschmerzen. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht sehe man einen guten Verlauf der Versorgung des Segmentes L4/L5. Eventuell komme es aktuell bereits zu einer Überbelastung des Segmentes L5/S1. Dieses Segment bei der primären Operation gleichzeitig in die Spondylodese einzuschliessen, sei nicht angezeigt gewesen. Somit

erfolge in weiteren sechs Monaten die geplante klinisch-radiologische Einjahreskontrolle. Zusätzlich geplagt sei der Patient weiterhin durch sein linkes Kniegelenk. Es seien intraartikuläre Behandlungen ohne wesentliche Besserung erfolgt. Abklärungen mit Röntgen und eine Vorstellung zur Beratung für eine endo-prothetische Versorgung des linken Kniegelenks seien bereits erfolgt (BB 15). 7.32 Am 12. Juni 2023 wurde der Beschwerdeführer am linken Knie operiert (Knie TP links Persona Tibia F TM, Inlay 10 mm MC, Femur 8 TM; Hospitalisation vom 11. bis 17. Juni 2023; Operateur: Dr. med. AC.____). Gemäss dem Operationsbericht verlief die Operation komplikationslos. Das Röntgen zeige eine gute Stellung der Prothese. Der Patient habe nach erfolgter Mobilisation, in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können. Eine klinisch-radiologische Kontrolle sei 6 Wochen postoperativ vorgesehen (BB 18). 7.33 Aus dem an der öffentlichen Verhandlung vom 6. Juni 2024 eingereichten Bericht von Dr. med. H.____ vom 13. September 2023 geht folgende Beurteilung hervor: Vor drei Monaten sei die Versorgung des linken Kniegelenks mit einer Knie totalendoprothese erfolgt. Derzeit bestehe noch eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der bisher nicht abgeheilten endoprothetischen Operation. Von Seiten der Lendenwirbelsäule bestünden postoperativ keine radikulären Symptome ausgehend vom Segment L4/5 mehr. Somit bestehe ein gutes Operationsergebnis. Ebenso zeige die Röntgenkontrolle aktuell korrekte Befunde. Anders als präoperativ sei ein zentraler lumbaler Rückenschmerz nach längerem Sitzen vorhanden. Perspektivisch bestehe bei Ausbleiben einer Besserung auf alle konservativen Massnahmen die Option für die operative Versorgung des wahrscheinlich überlasteten Segments L5/S1. Derzeit sei die Gesamtsituation aus Sicht der Orthopädie bei endoprothetischer Versorgung des linken Kniegelenks frühpostoperativ zu beurteilen. Vorerst sei kein weiterer Termin vereinbart worden (BB 21). 7.34 Dr. med. Q.____ hielt in seinem Bericht vom 10. Oktober 2023 zur Anamnese fest, es bestünden nach wie vor Schmerzen mit dem Kniegelenk. Der Patient könne längere Strecken ohne Stöcke nicht gehen. Insgesamt bestehe kein Anhalt für ein akutes Geschehen. Das Röntgen des linken Kniegelenks zeige eine reizlose Implantatlage ohne Anzeichen einer Dislokation, die Patellaführung sei gut zentriert. Die Beurteilung lautete wie folgt: Aufgrund der immer noch bestehenden Schmerzhaftigkeit werde aktuell eine tiefe Muskelfiltration im Bereich des Muskulus Biceps femoris Caput breve durchgeführt. Aufgrund der Instabilität, die der Patient angebe, erfolge eine frühzeitige Kontrolle beim Operateur (BB 19).

E. 8.1

8.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 18. Juli 2022 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den medizinischen Abklärungen im Anschluss an die Neuanmeldung vom 28. August 2019 habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zur Situation im Zeitpunkt der Rentenablehnung vom 24. Oktober 2017 insofern verändert, als im Bereich beider Kniegelenke zusätzliche degenerative Veränderungen mit einer zunehmenden O-Bein-Gonarthrose aufgetreten seien. Insgesamt ergäben sich Unterschiede in der Belastbarkeit, nicht aber bei der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Mittelschwere Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Die letzte angestammte Tätigkeit als Mitarbeiter Finish in der B.____ sei ihm weiterhin vollschichtig möglich, dabei bestehe eine Leistungseinschränkung von 30 %. Für eine angepasste Tätigkeit bestehe weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, d.h. eine um 20 % verminderte Leistungsfähigkeit bei ganztägiger Präsenz. Angepasst seien leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von

Gewichten bis zu maximal 10 kg, in rükkenschulgerechter Haltung, im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen, in temperierten Räumen, ohne lange Überkopfarbeiten und ohne Arbeiten unter Kälte-, Nässe- und Zugexpositionen. Mit einer solchen Tätigkeit könne der Beschwerdeführer weiterhin ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen. Die Einwände gegen das F.____-Gutachten vom 6. September 2021 seien nicht gerechtfertigt und auch die eingereichten medizinischen Berichte könnten das Gutachten nicht in Frage stellen. Von weiteren medizinischen Abklärungen könne abgesehen werden (IV-Nr. 153; A.S. 1 ff.).

8.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, es sei ihm eine Invalidenrente ab spätestens 1. Mai 2020 bei einem IV-Grad von mindestens 40 % zuzusprechen. Dies wird damit begründet, im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung sei ein progredienter und instabiler Gesundheitsschaden vorgelegen. Den Berichten des behandelnden Orthopäden Dr. med. H.____, insbesondere jenem vom 27. September 2021, könne gemäss MRI vom 28. Mai 2021 «eine wesentliche Zunahme der Enge im Spinalkanal L4/L5 als Hinweis für eine Instabilität» sowie starke Veränderungen an den Facettengelenken entnommen werden. Nachdem die Infiltrationen im Jahr 2022 keine nachhaltige Wirkung gezeigt hätten, bestehe nun die klare Indikation für eine Operation des Segmentes L4/L5. Der Gesundheitszustand sei damit instabil. Es komme hinzu, dass von Dr. med. H.____ ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom diagnostiziert worden sei, während der orthopädische F.____-Teilgutachter Dr. med. Y.____ nur ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom diagnostiziert habe. Im Gesamtgutachten der F.____ sei gestützt auf die Explorationen vom November 2020 ausgeführt worden, dass keine radikuläre Symptomatik bestehe. Es sei ausschliesslich von einem lumbospondylogenen Syndrom die Rede gewesen. Damit sei klar, dass sich das LWS-Leiden seit den F.____-Untersuchungen von Oktober und November 2020 progredient entwickelt habe, es seien nämlich eine radikuläre Symptomatik und eine Facettengelenkssymptomatik aufgetreten. Diese Aspekte hätten neu fachärztlich-orthopädisch geklärt werden müssen. Die medizinische Aktenbeurteilung durch den RAD genüge hierzu nicht. Es wäre erforderlich gewesen, bei Dr. med. H.____ einen Verlaufsbericht einzuholen und anschliessend eine neue Begutachtung anzuordnen. Die «ausgeprägte» Makroinstabilität L4/L5 sei vom orthopädischen F.____-Gutachter nicht erkannt worden. Ausweislich des Sprechstundenberichts von Dr. med. H.____ vom 20. April 2022 sei im MRI vom 28. März 2022 ein deutliches Wirbelgleiten erkennbar. Insbesondere bei längerer Geh- oder Stehdauer träten führende radikuläre Symptome L5 beidseitig rechts auf. Die Situation führe zu «einer Invalidisierung, einem hohen Leidensdruck und einer starken Reduktion der Leistungsfähigkeit». Im Bericht vom 16. Juni 2022 sei von Dr. med. H.____ dazu angeraten worden, eine Spondylodese durchzuführen. Damit stehe fest, dass auch noch im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung ein instabiler Gesundheitsschaden bestanden habe, welcher eine starke Leistungsreduktion zur Folge habe. Das F.____-Gutachten stelle keine verbindliche und umfassende Entscheidungsgrundlage dar. Angaben bezüglich der künftigen Arbeitsfähigkeit bzw. einer bleibenden Erwerbsunfähigkeit hätten weder im Zeitpunkt der Begutachtung noch vor der Durchführung der Spondylodese gemacht werden können. Eine Prognose zur postoperativen Arbeitsfähigkeit vor Durchführung der Spondylodese und Abschluss der Behandlung wäre unzulässig spekulativ. Die Sache sei daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Durchführung einer neuen Begutachtung nach Abschluss der Behandlung des operierten Bereichs. Ein weiterer Hinweis auf eine Verschlechterung der

somatischen Gesundheitslage seit der Begutachtung ergebe sich aus dem Bericht des I.____ vom 12. März 2021, wonach der Beschwerdeführer neu auch an einer beidseitigen Coxarthrose rechts mehr als links leide. Die beidseitige Hüftproblematik und ihre Wechselwirkung auf die Kniebeschwerden seien im F.____-Gutachten in keiner Weise berücksichtigt worden. Es sei offensichtlich, dass der orthopädische Teilgutachter diesen Teil der Krankheitsproblematik nicht erfasst habe, weshalb sein Gutachten unvollständig sei. Die Beschwerdegegnerin wäre verpflichtet gewesen, einen Verlaufsbericht bei Dr. med. S.____ einzuholen und auch dieses Geschehen im Rahmen der Neubegutachtung zu klären. Zudem sei das F.____-Gutachten, welches sich auf Untersuchungen von Oktober und November 2020 stütze und damit ein Alter von 1 ½ Jahren aufweise, im Zeitpunkt des Verfügungserlasses nicht mehr aktuell gewesen. Es bestünden konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit des F.____-Gutachtens aufgrund fehlender bildgebender Untersuchungen bzw. fehlender Interpretationen. Die Angaben des orthopädischen F.____-Gutachters zur Arbeitsfähigkeit seien widersprüchlich und nicht nachvollziehbar (vgl. Beschwerde, S. 8 ff. Ziff. 7 ff.; A.S. 20 ff.).

8.1.3 Mit Eingabe vom 23. Juni 2023 lässt der Beschwerdeführer nach Einreichung weiterer medizinischer Unterlagen (BB 14 bis 18) geltend machen, der orthopädische F.____-Gutachter habe hinsichtlich der LWS-Situation das eigentliche Problem, das Wirbelgleiten, verpasst, weshalb ein Obergutachten anzuordnen sei (vgl. A.S. 54 ff.). Am 31. Oktober 2023 und anlässlich der öffentlichen Hauptverhandlung vom 6. Juni 2024 lässt der Beschwerdeführer weitere Berichte einreichen (BB 19 bzw. BB 20 bis 24) und an den Rechtsbegehren in der Beschwerdeschrift vom 9. August 2022 festhalten (vgl. A.S. 68 ff.).

E. 8.2

8.2.1 Zunächst ist festzuhalten, dass das oben (unter E. II. 7.19 hiavor) wiedergegebene interdisziplinäre F.____-Gutachten vom 6. September 2021 auf den vollständigen Vorakten (vgl. IV-Nr. 135.2 S. 1 ff.) sowie den spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Allgemeine Innere Medizin», «Neurologie», «Orthopädie» und «Psychiatrie» vom 8. und 16. Oktober 2020, 18. November 2020 sowie 19. Januar 2021 beruht. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden von den Gutachtern in deren Beurteilung einbezogen. Die Expertise konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter gaben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus wurden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Schliesslich wurde eine Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung aller involvierten Disziplinen vorgenommen und die gestellten Fragen wurden am Schluss der interdisziplinären Beurteilung beantwortet. Sowohl das Gesamt- als auch die Teilgutachten tragen die Unterschriften aller beteiligten Teilgutachter. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und das Gesamtgutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurde ■ soweit vorhanden ■ Stellung genommen. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht.

8.2.2 Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, dass F.____-Gutachten vom 6. September 2021, welches sich auf die Untersuchungen vom Oktober und November 2020 sowie Januar 2021 stütze und damit im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (18. Juli 2022) ein Alter von über 1 ½ Jahren aufweise, sei nicht mehr aktuell. Auf Arztberichte, welche im

Verfügungszeitpunkt älter als 18 Monate alt seien, könne nicht abgestellt werden, zumal hier multiple progrediente Leiden zu beurteilen seien (Beschwerde, S. 11 Ziff. 9; A.S. 23).

Nach der Rechtsprechung vermag das Alter des Gutachtens ■ als formelles Kriterium ■ keinen Zweifel an dessen Beweiswert zu begründen, wenn seit der Begutachtung einige Zeit verstrichen ist. Massgebend ist vielmehr die materielle Frage, ob Gewähr dafür besteht, dass sich die Ausgangslage seit der Erstellung des Gutachtens nicht gewandelt hat. Soweit ein früheres Gutachten mit Ablauf der Zeit und zufolge veränderter Verhältnisse an Aktualität eingebüsst hat, sind neue Abklärungen unabdingbar. Die Rechtsprechung hat es denn auch abgelehnt, eine Art «Verfallsdatum» für ein Gutachten zu definieren (Urteil des Bundesgerichts 9C_146/2021 vom 25. Juni 2021 E. 3.2 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall kann gestützt auf die medizinische Aktenlage nicht davon ausgegangen werden, dass sich die Ausgangslage seit der Erstellung des F.____-Gutachtens im Oktober und November 2020 sowie Januar 2021 bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung am 18. Juli 2022 infolge Progredienz der Rücken-, Knie- und Hüftleiden gewandelt hätte. Der orthopädische F.____-Gutachter Dr. med. Y.____ stellte die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «deutliche Varusgonarthrose beiderseits mit Innenmeniskusläsion beiderseits sowie leichte Ergussbildung und Bakerzystenbildung bei Zustand nach Kniegelenksinfiltrationen mit relativ guter funktioneller Kompensation beiderseits», «chronisches zervikobrachiales Syndrom mit Osteochondrose und Spondylose sowie rechtsbetonter Unkovertebralarthrose C6/C7 mit beginnender Foraminalstenose rechts stärker (als) links sowie foraminale Hernie links C3/C4 mit Einengung von C4 links, Chondrose mit ventraler und dorsaler Spondylose C5/C6 mit relativ guter funktioneller Kompensation» sowie «chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit spondylarthrotisch bedingter absoluter Spinalkanalstenose L4/L5 mit Spondylarthrose L3/L4 und L4/L5 mit nachfolgender Funktionseinschränkungen» und kam zum Schluss, in der bisherigen Tätigkeit als Finish-Mitarbeiter bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (ganztägige Präsenz mit einer um 30 % verminderten Leistungsfähigkeit) und in einer angepassten Tätigkeit eine solche von 80 % (ganztägige Präsenz mit einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit). Der Beschwerdeführer sei in der Lage, leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu maximal 10 kg, in rückschulgerechter Haltung, im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen und in temperierten Räumen auszuführen (vgl. IV-Nr. 135.5 S. 18 und 21 f.). Aus den vom Beschwerdeführer nach der orthopädischen Begutachtung eingereichten medizinischen Unterlagen (vgl. E. II. 7.20 bis 7.27 hiervor) gehen bis zum Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung keine erheblich veränderten medizinischen Verhältnisse hervor, aufgrund welcher die Aktualität des F.____-Gutachtens in Frage gestellt werden müsste. In dem vom Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Infiltrationsbericht von Dr. med. H.____ vom 27. September 2021 wurden eine wesentliche Zunahme der Enge im Spinalkanal L4/L5 als Hinweis für eine Instabilität und Veränderungen an den Facettengelenken festgestellt (BB 5; vgl. E. II. 7.20 hiervor). In seinem Bericht über die Wirbelsäulensprechstunde vom 9. November 2021 hielt Dr. med. H.____ zum Verlauf sodann fest, die Hauptpathologie sei die ausgeprägte Makroinstabilität L4/L5, degenerative Veränderungen bestünden aber auch in L5/S1. Zusätzlich seien starke Verschleissveränderungen an der Halswirbelsäule vorhanden und die Knie- sowie Hüftgelenke stünden im orthopädischen Fokus (BB 6; vgl. E. II. 7.21 hiervor). RAD-Ärztin Dr. med. G.____ kam in ihrer Stellungnahme vom 4. Januar 2022 zum Schluss, die vom Beschwerdeführer nachgereichten medizinischen Berichte belegten, dass er wegen seiner

Beschwerden weiterhin in Behandlung sei. Die Behandlungsmassnahmen zur Beschwerdelinderung, aber auch mit dem Ziel der funktionellen Verbesserung, seien nicht per se Ausdruck eines instabilen Krankheitsgeschehens oder einer relevanten Krankheitsprogression. Von Verlaufsberichten der Behandler seien keine wesentlichen neuen Aspekte zu erwarten (IV-Nr. 145; vgl. E. II. 7.22 hiervor). In ihrer Stellungnahme vom 15. März 2022 hielt die RAD-Ärztin sodann fest, die Ergebnisse der MRT-Untersuchung vom 28. Mai 2021 (vgl. E. II. 7.17 hiervor) änderten nichts an der bisherigen Beurteilung (IV-Nr. 152; vgl. E. II. 7.23). In der klinischen Untersuchung vom 21. März 2022 konnte Dr. med. H.____ keine sensomotorischen Defizite finden (BB 7; vgl. E. II. 7.24 hiervor), aufgrund des MRI vom 28. März 2022 und der Untersuchung anlässlich der Infiltration vom 8. April 2022 stellte er ein deutliches Wirbelgleiten L4/L5 und unverändert Beschwerden mechanischer Natur fest (BB 8 und 20; vgl. E. II. 7.25 f.). Im Bericht vom 16. Juni 2022 legte er dar, in der Konstellation, wie sie beim Patienten gegeben sei, könne man eine Operation empfehlen und eine gute Vorhersage für das «Outcome» abgeben. Zur Spondylodese bleibe kaum eine Alternative (BB 9; vgl. E. II. 7.27 hiervor). Angesichts dieses medizinischen Verlaufs ist von einer weitgehend unveränderten Ausgangslage auszugehen. Die als Hauptpathologie bezeichnete ausgeprägte Makroinstabilität L4/L5, das fachärztlich festgestellte Wirbelgleiten sowie die empfohlene Spondylodese sind zwar als Hinweise für einen progredienten Krankheitsverlauf anzusehen, für weitere medizinische Abklärungen bzw. die vom Beschwerdeführer verlangte Anordnung eines Obergutachtens besteht jedoch kein Anlass. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers hat das F.____-Gutachten vom 6. September 2021 im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 18. Juli 2022 nicht an Aktualität eingebüsst. Davon ist auch unter Mitberücksichtigung der nach dem Verfügungserlass erfolgten Operationen am Rücken vom 29. Oktober 2022 (vgl. E. II. 7.29) und am linken Knie vom 12. Juni 2023 (E. II. 7.32) auszugehen. Darauf ist im Folgenden noch einzugehen.

8.2.3 Der Beschwerdeführer wendet weiter ein, die Angaben des orthopädischen F.____-Teilgutachtens seien widersprüchlich. Dr. med. Y.____ habe auf S. 22 seines Teilgutachtens angegeben, dass die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten leichten Tätigkeit 80 % betrage. Auf S. 23 führe er dagegen aus, «anhand der neuen orthopädischen Befunde könnten aufgrund der Gonarthrose dem Versicherten nur leichte Tätigkeiten () zugemutet werden, wobei die Einschätzung von 70 % Arbeitsfähigkeit mit einer um 30 % geminderten Leistungsfähigkeit beibehalten werden kann». Damit habe Dr. med. Y.____ aus S. 23 im Widerspruch zu S. 22 explizit eine Arbeitsfähigkeit von bloss 70 % in angepasster leichter Tätigkeit postuliert (Beschwerde, S. 14 f. Ziff. 11.; A.S. 26 f.).

Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden. Dr. med. Y.____ gab auf S. 21 seines orthopädischen Teilgutachtens an, die aktuelle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Finish-Mitarbeiter betrage 70 % (ganztägige Präsenz mit einer um 30 % verminderte Leistungsfähigkeit). Auf S. 22 des Gutachtens hielt er fest, die aktuelle Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit betrage 80 % (ganztägige Präsenz mit einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit). Sodann wurde dem orthopädischen Teilgutachter die fallspezifische Frage gestellt, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenablehnung vom 24. Oktober 2017 (Referenzzeitpunkt) bzw. dem E.____-Gutachten vom 30. Mai 2016 wesentlich verändert hätten. Diese Frage beantwortete der Gutachter wie folgt: «Anhand der neuen orthopädischen Befunde können aufgrund der Gonarthrose dem Versicherten nur leichte

Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg in rükkenschulgerechter Haltung zugemutet werden, wobei die Einschätzung von 70 % Arbeitsfähigkeit mit einer um 30 % geminderten Leistungsfähigkeit beibehalten werden kann, wobei der Versicherte bereits damals in der angestammten Tätigkeit nur leichte Tätigkeiten habe ausführen müssen. Damit ergeben sich insgesamt Unterschiede in der Belastbarkeit bei gleicher Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Verweistätigkeit». Diese gutachterlichen Angaben zur Arbeitsfähigkeit sind so zu verstehen, dass sich die Belastbarkeit des Beschwerdeführers aufgrund der neuen orthopädischen Befunde in dem Sinne verändert bzw. verschlechtert hat, als ihm nur noch körperlich leichte Tätigkeiten zugemutet werden können. Die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 70 % für die angestammte Tätigkeit als Finish-Mitarbeiter und diejenige von 80 % in einer angepassten Verweistätigkeit bleibt nach der Beurteilung von Dr. med. Y. ___ jedoch unverändert. In diesem Sinne wurde die vom orthopädischen Teilgutachter ermittelte Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im Rahmen der Gesamt- bzw. Konsensbeurteilung denn auch übernommen (IV-Nr. 135.1 S. 13 f. Ziff. 4.7. und 4.8.; vgl. E. II. 7.19 hiervor). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann nicht gesagt, der orthopädische Teilgutachter habe eine Arbeitsfähigkeit von bloss 70 % in angepasster leichter Tätigkeit postuliert. Dies würde in Widerspruch zu der vorerwähnten Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des orthopädischen Experten und auch sämtlicher weiterer Gutachter von 70 % in der bisherigen Tätigkeit als Finish-Mitarbeiter und 80 % in angepasster Tätigkeit stehen und wäre unbegründet, da es sich bei der bisherigen Tätigkeit als Finish-Mitarbeiter bei der B. ___ (im 2-Schichtbetrieb) zumindest nur teilweise um eine leichtere Tätigkeit gehandelt hat. So gab der Beschwerdeführer im Rahmen der vertiefenden Befragung zu dieser Tätigkeit an, er habe Teile in eine Maschine einlegen müssen, worin die Teile dann geschliffen worden seien. Bis auf das Nachfüllen der Spezialsteine mit einem Gewicht von ca. 25 kg zwei- bis dreimal pro Woche habe er die Arbeit vorwiegend auf Tischhöhe ausüben können. Es sei eine vorwiegend stehende Tätigkeit gewesen, wobei er ab und zu habe gehen müssen (IV-Nr. 135.5 S. 12; vgl. auch IV-Nr. 11 S. 1 und 13 S. 6). Da diese angestammte Tätigkeit demnach nur teilweise einer leidensadaptierten Tätigkeit entspricht (vgl. Fähigkeitsprofil, IV-Nr. 135.5 S. 22), kann ohne Weiteres nachvollzogen werden, dass der orthopädische Gutachter die Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit höher, d.h. auf 80 % festsetzte. Dass Dr. med. Y. ___ im vom Beschwerdeführer beanstandeten Abschnitt auf S. 23 des orthopädischen Teilgutachtens offenbar versehentlich ausführte, dem Beschwerdeführer könnten nur «leichte Tätigkeiten () zugemutet werden, wobei die Einschätzung von 70 % Arbeitsfähigkeit mit einer um 30 % geminderten Leistungsfähigkeit beibehalten werden kann ()» und «damit ergeben sich insgesamt Unterschiede in der Belastbarkeit bei gleicher Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Verweistätigkeit», führt zu keiner anderen Beurteilung. Aus der fälschlicherweise verwendeten Bezeichnung «angestammte Verweistätigkeit» (statt «angepasste Verweistätigkeit») kann ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ■ nicht abgeleitet werden, Dr. med. Y. ___ habe explizit eine Arbeitsfähigkeit von bloss 70 % in angepasster leichter Tätigkeit postuliert.

8.2.4 Der Beschwerdeführer lässt im Weiteren geltend machen, im Rahmen der F. ___-Begutachtung seien ■ mit Ausnahme der Kniegelenke ■ keine bildgebenden Abklärungen durchgeführt worden, weder bezüglich der lumbalen oder zervikalen Wirbelsäule noch in Bezug auf die Schulter und Hüftgelenke. Sämtliche Befundberichte über bildgebende Abklärungen der HWS und LWS seien im Begutachtungszeitpunkt

deutlich älter als sechs Monate gewesen. Weil der orthopädische Teilgutachter selbst «zunehmende degenerative Veränderungen» auch im Bereich der Wirbelsäule festgestellt habe und darüber hinaus von einer Unvermeidbarkeit von operativen Konsequenzen ausgegangen sei, hätte er sich nicht auf alte MRI-Berichte der LWS abstützen dürfen. Die Vorlage einzig eines Befundberichts genüge zur Klärung der Gesundheitsstörung nicht. Das seitliche Funktionsröntgen, auf welches im Bericht von Dr. med. H.____ vom 5. Mai 2020 Bezug genommen worden sei und welches eine hochgradige Instabilität gezeigt habe, sei dem orthopädischen Teilgutachter nicht zur Verfügung gestanden (Beschwerde, S. 12 ff. Ziff. 10; A.S. 24 ff.).

Dazu ist festzustellen, dass dem orthopädischen F.____-Teilgutachter bei seiner Untersuchung vom 18. November 2020 hinsichtlich der Lendenwirbelsäule und des Iliosakralgelenks (ISG) die Bildgebung vom 19. Februar 2020 zur Verfügung stand (MRT der LWS und ISG; vgl. IV-Nr. 135.5 S. 9 und 147; E. II. 7.12 hiervor). Sodann wurde der Bericht von Dr. med. H.____ vom 5. Mai 2020 über das seitliche Funktionsröntgen vom 26. Februar 2020, welches eine hochgradige Instabilität der LWS zeigt, im orthopädischen Teilgutachten wiedergegeben und damit mitberücksichtigt (vgl. IV-Nr. 135.5 S. 9). In Bezug auf die Kniebeschwerden konnte sich der Gutachter ■ neben der von ihm durchgeführten klinischen Befunderhebung ■ auf den Sprechstundenbericht des I.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 12. August 2020 (IV-Nr. 135.5 S. 9 f. und 135.7 S. 13 f.; vgl. E. II. 7.14 hiervor) stützen und nach der Untersuchung den Arztbericht vom 2. Dezember 2020 konsultieren (MRT des rechten und linken Kniegelenkes, Röntgeninstitut AE.____, Dr. med. J.____; IV-Nr. 135.5 S. 16). Dazu hielt er im Wesentlichen fest, die aktuelle MRT-Untersuchung der Kniegelenke zeige die bekannten deutlichen degenerativen Veränderungen, welche der Beschwerdeführer aufgrund des klinischen Befundes relativ gut kompensieren könne (IV-Nr. 135.5 S. 17). Der Gutachter konnte sich damit ■ auch angesichts zunehmender degenerativer Veränderungen an der Lendenwirbelsäule und den Knien ■ auf hinreichend aktuelle Bildgebungen abstützen. Ein Anlass für den Beizug bzw. die Erstellung aktueller Bildgebungen in Bezug auf die Halswirbelsäule, die Schulter und die Hüfte ist nicht ersichtlich, standen doch die degenerativen Veränderungen im Lendenwirbelsäulen- und Kniebereich im Vordergrund. Wie der Beschwerdeführer selber zu Recht darauf hinweist, liegt es im Ermessen des Gutachters, weitere Bildgebungen aufgrund der von ihm erhobenen klinischen Befunde zu veranlassen. Auch die Frage, ob der Experte weitere medizinische Berichte hätte hinzuziehen sollen, ob er Rücksprache mit den behandelnden Ärzten hätte nehmen sollen oder ob er auch fremdanamnestische Abklärungen hätte tätigen sollen, liegt alleine im fachärztlichen Ermessen des Gutachters (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_137/2018 vom 20. August 2018 E. 4.2.2.). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist nicht ersichtlich, inwiefern diesbezüglich ein Abklärungsdefizit vorliegen sollte. Von weiteren medizinischen Abklärungen, insbesondere auch von dem anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 6. Juni 2024 beantragten Beizug weiterer Röntgenbilder, kann daher abgesehen werden.

8.3 Im Folgenden ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 24. Oktober 2017; IV-Nr. 81) relevant verändert hat. Die Beschwerdegegnerin stützte sich damals primär auf das polydisziplinäre E.____-Gutachten vom 30. Mai 2016 (IV-Nr. 40.1 S. 2 ff.). Die E.____-Gutachter stellten aufgrund ihrer Untersuchungen vom April 2016 die Diagnosen (mit Einfluss auf die

Arbeitsfähigkeit) «Chronische Zervikobrachialgie beidseits rechtsbetont bei degenerativem HWS-Syndrom (ICD-10 M54.1, M53.1)», «Diskretes subakromiales Impingement Syndrom links (ICD-10 M75.4)», «Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)» und «Bilaterale linksbetonte beginnende Koxarthrose (ICD-10 M16.0)» und kamen im Rahmen der Gesamtbeurteilung zum Schluss, aufgrund der aus Sicht des Bewegungsapparates erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, welche als körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende, aber überwiegend im Gehen oder Stehen auszuübende Tätigkeit beurteilt werden könne, eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %. Für andere Verweisarbeiten in körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, teilweise auch sitzend und ergonomisch besser angepassten Tätigkeiten könne von einer 80%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Zu den funktionellen Einschränkungen wurde festgehalten, grundsätzlich seien Tätigkeiten mit repetitiven Überkopftätigkeiten mit dem linken, nichtdominanten Arm zu vermeiden. Vermieden werden sollte ferner das berufsbedingte Gehen auf unebenen Böden, das regelmässige Benützen von Treppen oder Leitern und Gerüsten. Das Heben, Stossen, Ziehen und Tragen von Lasten bis zur Taille dürfe intermittierend 15 kg, über Taille maximal 10 kg betragen (IV-Nr. 40.1 S. 26 ff. Ziff. 5.1 und 6; vgl. E. II. 6.1 hiervor).

Demgegenüber stellten die F. ___-Gutachter im interdisziplinären Gutachten vom 6. September 2021 die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Deutliche Varusgonarthrose beiderseits mit Innenmeniskusläsion beiderseits sowie leichte Ergussbildung und Bakerzystenbildung bei Zustand nach Kniegelenksinfiltration mit relativ guter funktioneller Kompensation beiderseits», «Chronisches zervikobrachiales Syndrom mit Osteochondrose und Spondylose sowie rechtsbetonter Unkovertebralarthrose C6/C7 mit beginnender Foraminalstenose rechts stärker als links sowie foraminale Hernie links C3/C4 mit Einengung von C4 links, Chondrose mit ventraler und dorsaler Spondylose C5/C6 mit relativ guter funktioneller Kompensation, klinisch-neurologisch und elektromyografisch ohne Hinweis für radikuläre Störungszeichen» und «Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit spondylarthrotisch bedingter absoluter Spinalkanalstenose L4/L5 sowie Spondylarthrose L3/L4 und L4/L5 mit nachfolgenden Funktionseinschränkung, anamnestisch möglicher Claudicatio spinalis und klinisch-neurologisch und elektromyografisch ohne radikuläre Störungszeichen» und kamen zum Schluss, für die frühere Tätigkeit im Finish bestehe ■ wie schon im E. ___-Gutachten ■ eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % (bezogen auf ein ganztägiges Pensum) und für eine Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes wäre unter Beachtung des Fähigkeitsprofils eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % möglich; dies gelte auch retrospektiv. Die von der Beschwerdegegnerin gestellte fallspezifische Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenablehnung vom 24. Oktober 2017 (Referenzzeitpunkt) wesentlich verändert hätten, beantworteten die F. ___-Gutachter wie folgt: Nach der Gutachtenerstellung vom 30. Mai 2016 seien zusätzliche degenerative Veränderungen im Bereich beider Kniegelenke aufgetreten mit einer zunehmenden O-Bein-Gonarthrose. Dies habe auf orthopädischem Gebiet auch Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit. Es seien ihm nicht mehr leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zuzumuten, sondern aufgrund der neuen orthopädischen Befunde (Gonarthrose) könnten ihm nur noch leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg in rückenschulgerechter Haltung zugemutet werden. Die Einschätzung von 70 %

Arbeitsfähigkeit mit einer um 30 % verminderten Leistungsfähigkeit könne beibehalten werden. Damit ergebe sich insgesamt ein Unterschied in der Belastbarkeit bei gleicher Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die Gutachter führten im Weiteren aus, auch mögliche operative Konsequenzen erlaubten nach der postoperativen Heilung weiterhin eine leichte berufliche Tätigkeit mit Heben und Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg in rückenschulgerechter Haltung und temperierten Räumen. Dabei sollten dem Exploranden aber genügend Erholungsphasen im Rahmen eines ganztägigen Pensums angeboten werden. Auch wenn aktuell eine lumbale Spinalkanalstenose beschrieben werde und gemäss anamnestischer Angaben ein gewisses Mass an Claudicatio spinalis mit 10 bis 15-minütiger Gehstrecke bestehen sollte, so ergebe sich für eine entsprechende leidensadaptierte Tätigkeit daraus keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 135.1 S. 10 ff.).

Nach einem Vergleich der beiden vorerwähnten polydisziplinären Gutachten vom 30. Mai 2016 und 6. September 2021 ist insofern von einer veränderten, das heisst verschlechterten Befundlage auszugehen, als dem Beschwerdeführer gemäss den Angaben der F.____-Gutachter aufgrund der zunehmenden degenerativen Veränderungen im Bereich beider Kniegelenke mit einer zunehmenden O-Bein-Gonarthrose nur noch leichte ■ statt wie bisher leichte bis mittelschwere ■ Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg in rückenschulgerechter Haltung zugemutet werden können. Diese aus orthopädischer Sicht zugenommene funktionelle Einschränkung hat nach den gutachterlichen Angaben im Vergleich zum Referenzzeitpunkt jedoch keine Veränderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit zur Folge. Voraussetzung für eine Rentenrevision ist die Änderung des Invaliditätsgrades in einer für den Anspruch erheblichen Weise (Art. 17 ATSG; vgl. E. II. 3.1 hiervor). Die im Vergleich zum Referenzzeitpunkt vom 24. Oktober 2017 neu aufgetretenen zusätzlichen degenerativen Veränderungen im Bereich beider Kniegelenke mit einer zunehmenden O-Bein-Gonarthrose haben zur Folge, dass dem Beschwerdeführer nur noch leichte Tätigkeiten zugemutet werden können. Er kann nur noch Gewichte bis maximal 10 kg in rückenschulgerechter Haltung heben und tragen, muss abwechselnd gehen, stehen und sitzen und hat die Arbeit in temperierten Räumen auszuüben. Solche funktionellen Einschränkungen wurden im E.____■ Gutachten vom 30. Mai 2016 nicht festgestellt. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_518/2021 vom 16. Dezember 2021 mit Hinweise auf BGE 141 V 9 E. 2.3). Angesichts des bereits bestehenden Invaliditätsgrades von 37 % könnte sich die erwähnte Zunahme der funktionellen Einschränkungen allenfalls anspruchserheblich auswirken, weshalb von einem Revisionsgrund auszugehen ist.

8.4 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann vorliegend nicht von einem instabilen Gesundheitszustand gesprochen werden. In diesem Sinne äusserte sich RAD-Ärztin Dr. med. G.____ in ihrer Stellungnahme vom 4. Januar 2022, wonach das Leiden des Beschwerdeführers aus medizinischer Sicht symptomatisch und progredient verlaufe; es verursache Schmerzen, die zu behandeln seien. Die Behandlungsmassnahmen zur Beschwerdelinderung und mit dem Ziel der funktionellen Verbesserung seien jedoch nicht per se Ausdruck eines instabilen Krankheitsgeschehens oder einer relevanten Krankheitsprogression (IV-Nr. 145 S. 3; vgl. E. II. 7.22 hiervor). Dieser Einschätzung ist ■

auch unter Mitberücksichtigung der nach Verfügungserlass am 29. Oktober 2022 erfolgten Rückenoperation (Spondylodese L4/S1 rechts; vgl. BB 14) ■ zu folgen. So führte der behandelnde Orthopäde Dr. med. H.____ aufgrund seiner Untersuchung vom 3. April 2023 (klinisch-radiologische 6-Monatskontrolle) aus, die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers habe durch die operative Versorgung des Wirbelgleitens L4/L5 punktuell gesteigert werden können, ebenso hätten die Beinschmerzen suffizient behandelt werden können. Durch die operative Sanierung des instabilen Segmentes L4/L5 mit Spinalkanalstenose und daraus resultierenden Abstrahlungen in die Beine habe eine Besserung der radikulären Symptome erreicht werden können. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht bestehe ein guter Verlauf der Versorgung des Segmentes L4/L5 (BB 15; vgl. E. II. 7.31 hiervor). Im Weiteren konnte auch die Operation des linken Knies (Knie totalprothese) am 12. Juni 2023 komplikationslos durchgeführt werden. Das Röntgen habe eine gute Stellung der Prothese gezeigt (BB 18; E. II. 7.32 hiervor). Gemäss dem anlässlich der öffentlichen Verhandlung eingereichten Bericht von Dr. med. H.____ vom 13. September 2023 bestehen von Seiten der Lendenwirbelsäule postoperativ keine radikulären Symptome ausgehend vom Segment L4/5 mehr. Es bestehe ein gutes Operationsergebnis. Die Röntgenkontrolle zeige aktuell korrekte Befunde (BB 21; vgl. E. II. 7.33 hiervor). Auch das Röntgen bezüglich des linken Kniegelenks anlässlich der Untersuchung vom 9. Oktober 2023 zeigte eine reizlose Implantatlage ohne Anzeichen einer Dislokation; die Patellaführung sei gut zentriert (vgl. BB 19; E. II. 7.34 hiervor). Angesichts dieses Verlaufs kann nicht von einem instabilen Krankheitsgeschehen ausgegangen werden. Die Beurteilung der F.____-Gutachter, wonach von einer Arbeitsfähigkeit vom 70 % in der bisherigen Tätigkeit und von einer solchen von 80 % in einer leidensangepassten Tätigkeit mit den erwähnten funktionellen Einschränkungen auszugehen sei, kann auch nach den erwähnten Rücken- und Knieoperationen nachvollzogen werden. Dementsprechend wies bereits der orthopädische F.____-Teilgutachter Dr. med. Y.____ darauf hin, auch mögliche operative Konsequenzen erlaubten nach der postoperativen Heilung weiterhin eine leichte berufliche Tätigkeit mit Heben und Tragen von Gewichten bis maximal 10 kg in rückenschulgerechter Haltung und temperierten Räumen. Dabei sollten dem Beschwerdeführer aber genügend Erholungsphasen im Rahmen eines ganztägigen Pensums angeboten werden (vgl. IV-Nr. 135.5 S. 23). Damit wird auch der postoperativ bestehenden, jedoch erst nach längerem Gehen und Sitzen eintretenden Schmerzproblematik im Bereich der Lendenwirbelsäule und der bestehenden Schmerzhaftigkeit im linken Knie (vgl. BB 15 und 19) Rechnung getragen. Hinweise für einen nicht adäquaten Verlauf sind nicht ersichtlich. Entgegen der Argumentation in der Beschwerde (S. 9; A.S. 21) und anlässlich der öffentlichen Verhandlung kann daher nicht gesagt werden, das F.____-Gutachten stelle keine verbindliche und umfassende Entscheidungsgrundlage dar.

8.5 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, seine somatische Gesundheitslage habe sich wegen des neu aufgetretenen Hüftleidens (beidseitige Coxarthrose, rechts mehr als links) verschlechtert (vgl. Beschwerde, S. 10 f. Ziff. 8), ist festzuhalten, dass eine bilaterale, linksbetonte und beginnende Coxarthrose (ICD-10 M16.0) bereits im E.____-Gutachten vom 30. Mai 2016 diagnostiziert wurde (vgl. IV-Nr. 40.1 S. 19, 20 und 26). Der orthopädische F.____-Teilgutachter Dr. med. Y.____ stellte im Rahmen der klinischen Befunderhebung vom 18. November 2020 fest, funktionell sei eine beginnende Rotationseinschränkung vor allem mit Dominanz rechts nachweisbar. Ansonsten könne eine altersentsprechende Funktion festgestellt werden (IV-Nr. 135.5 S. 15). Dementsprechend stellte der orthopädische

F.____-Gutachter keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Bericht des I.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 12. März 2021 wurde die Diagnose «Symptomatische Coxarthrose beidseits» gestellt, wobei auf eine dadurch überlagerte Schmerzkomponente hingewiesen wurde (IV-Nr. 141 S. 5 f.; E. II. 7.16 hiervor). Ob die ärztlich vorgeschlagene diagnostisch / therapeutische Hüftgelenksinfiltration in der Folge durchgeführt wurde, geht aus den vorliegend ins Recht gelegten Akten nicht hervor. Angesichts dieses Verlaufs kann nicht gesagt werden, der orthopädische F.____-Teilgutachter habe die Hüftproblematik des Beschwerdeführers nicht erfasst. Wie erwähnt konnte der Gutachter funktionell eine beginnende Rotationseinschränkung feststellen, diese hat jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Folgenden ist zu prüfen, ob aufgrund der Zunahme der funktionellen Einschränkung ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente entstanden ist.

E. 9

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

Im vorliegenden Fall arbeitete der Beschwerdeführer zuletzt als Finish-Mitarbeiter im 2-Schichtbetrieb bei der B.____, [...] (vgl. IV-Nr. 11 S. 1 und 13 S. 2 ff.). Die Beschwerdegegnerin ermittelte in der vorliegend angefochtenen Verfügung ein Valideneinkommen von CHF 84'987.00 bzw. ■ nach Aufrechnung der Teuerung bis zum Jahr 2020 ■ von CHF 87'112.00 (IV-Nr. 153 S. 2; vgl. Protokolleintrag vom 18. Oktober 2017). Die Festsetzung des Valideneinkommens erweist sich als korrekt und wird denn auch von keiner Seite beanstandet.

E. 9.2

9.2.1 Da der Beschwerdeführer seit seiner letzten Tätigkeit bei der vorerwähnten Arbeitgeberin keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt hat, sind zur Bestimmung des Invalideneinkommens die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018 des Bundesamtes für Statistik (BFS) heranzuziehen (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom 12. Juli 2023 zu Recht darauf hinweist, wurde die Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2020 erst am 23. August 2022, somit nach dem Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2022, publiziert, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Massgebend ist demnach die Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2018. Gemäss dem J.____-Gutachten vom 6. September 2021 ist der Beschwerdeführer in der Lage, leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu maximal 10 kg, in rüdenschulgerechter Haltung und im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen in temperierten Räumen auszuführen, wobei lange Überkopfarbeiten, Arbeiten ausserhalb des Körperlotes, ruckartigen Bewegungen, Erschütterung, ständiges nach vorne Neigen des Oberkörpers, kniende und hockende Tätigkeiten, das Besteigen von Leitern und Treppen sowie Tätigkeiten auf unebenem

Boden zu vermeiden sind. Ausserdem sollte der Beschwerdeführer keiner Kälte-, Nässe- und Zugexposition ausgesetzt werden. Eine solche Tätigkeit ist nach den gutachterlichen Angaben in einem Pensum von mindestens 80 % zuzumuten (IV-Nr. 135.1 S. 11 und 13 sowie 135.5 S. 22; vgl. E. II. 7.19 und 7.19.3 hiervor). Demnach ist der Beschwerdeführer in der Lage, ein Einkommen von CHF 4'333.60 (80 % von CHF 5'417.00; Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Männer) zu erzielen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.7 Std. pro Woche und die Nominallohnentwicklung (Nominallohnindex Männer, Total, 2018: 105.1, 2020: 106.8) ergibt dies ein Invalideneinkommen von CHF 4'590.85 pro Monat bzw. CHF 55'090.00 pro Jahr.

9.2.2 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einem invaliden Versicherten, der wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten auszuüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als Invaliden zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 126 V 75 ff.). Weil gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und daher in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen, sind die statistischen Tabellenlöhne gegebenenfalls zu kürzen. Daher ist zwar nicht automatisch und in jedem Fall, aber doch in aller Regel bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und / oder behinderungsbedingten zusätzlichen Limitierungen ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, Art. 28a N 100).

Der Umstand, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der verminderten Rücken- und Kniebelastbarkeit insoweit ein eingeschränktes Tätigkeitsprofil vorhanden ist, als er nur noch leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu maximal 10 kg, in rückenschulgerechter Haltung, im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen, in temperierten Räumen und ohne die vorerwähnten weiteren Einschränkungen (keine langen Überkopfarbeiten, keine Arbeiten ausserhalb des Körperlotes, keine ruckartigen Bewegungen, keine Erschütterung, ohne ständiges nach vorne Neigen der Oberkörpers, keine knienden und hockenden Tätigkeiten, kein Besteigen von Leitern und Treppen, keine Tätigkeiten auf unebenem Boden, keine Kälte-, Nässe- und Zugexposition) ausüben kann, rechtfertigt einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn. Das um 20 % verminderte Arbeitspensum in einer adaptierten Tätigkeit ist mit den vom Beschwerdeführer benötigten Erholungsphasen bei einem ganztägigen Pensum zu begründen (Zeiträume für die Entlastung und Lockerung seiner ischiocruralen Muskulatur [Beinmuskeln an der Oberschenkel-Rückseite]; vgl. IV-Nr. 135.5 S. 20; E. II. 7.19.3 hiervor), weshalb keine doppelte Anrechnung desselben Gesichtspunktes erfolgt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_111/2021 vom 30. April 2021 E. 4.3.1. und 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1., je mit Hinweisen). Sodann gilt es zu beachten, dass der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung der Kategorie C verfügt (IV-Nr. 14; vgl. auch Protokoll der

öffentlichen Verhandlung vom 6. Juni 2024 [A.S. 70]). In die Gesamtbetrachtung muss auch einfließen, dass Männer ohne Kaderfunktion mit einer Niederlassungsbewilligung der Kategorie C gemäss LSE-Tabelle TA12 der LSE 2018 im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt ein um rund 5 % tieferes Einkommen erzielen (Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.2. mit Hinweisen). Kein Abzug rechtfertigt sich hingegen aus dem Umstand, dass dem Beschwerdeführer von den Gutachtern eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde. So verdienen Männer in einem Pensum von 75 ■ 89 % im Verhältnis sogar mehr, als Männer in einem Vollzeitpensum (vgl. Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, 2018, T18). Auch das Alter des 1964 geborenen, im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung 58-jährigen Beschwerdeführers gebietet keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 13. Februar 2023 [VSBES.2022.1], S. 31 E. 8.2.2 mit Hinweis). Ein fortgeschrittenes Alter wirkt sich nicht zwingend lohnsenkend aus, denn Hilfsarbeiten werden auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt (Urteil des Bundesgerichts 9C_857/2018 vom 22. Juli 2019 E. 5.2.1 mit Hinweisen). Aus den Akten ergibt sich zudem, dass sich der Beschwerdeführer problemlos auf Deutsch verständigen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_857/2018 vom 22. Juli 2019 S. 8 E. 5.2.1 [IV-Nr. 94 S. 8]; vgl. auch Lebenslauf, IV-Nr. 14). Das Kriterium der seit Ende Juli 2017 bestehenden Abwesenheit vom Arbeitsmarkt spielt hier nur eine unbedeutende Rolle und vermag ebenfalls keinen Abzug zu rechtfertigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.3.). Unter Berücksichtigung sämtlicher Kriterien erscheint vorliegend ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 10 % als angemessen. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, an der Bestimmung des Invalideneinkommens gestützt auf die Tabellenwerte der LSE könne nicht mehr festgehalten werden (Beschwerde, S. 17 Ziff. 13; A.S. 29), kann ihm nicht beigeplichtet werden. Wie die Beschwerdegegnerin in der vorliegend angefochtenen Verfügung zu Recht darauf hinweist, hat es das Bundesgericht bei der Ermittlung der Vergleichseinkommen nach Art. 16 ATSG bisher abgelehnt, die bisherige Rechtsprechung zu ändern (BGE 148 V 174 Regeste, E. 9 S. 188 ff.). Die Berücksichtigung des vorerwähnten Abzugs von 10 % führt zu einem Invalideneinkommen von CHF 49'581.00 pro Jahr. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 87'112.00 resultiert ein Invaliditätsgrad von (abgerundet) 43 %, der einen Anspruch auf eine Viertelsrente begründet (Art. 28 Abs. 2 IVG; vgl. E. II. 3.2 hiervor). Damit ist dem Beschwerdeführer antragsgemäss eine Viertelsrente ab 1. Mai 2020 zuzusprechen (vgl. Beschwerde, S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 2b; A.S. 14).

10. Zu einem allfälligen Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ist festzuhalten, dass der ermittelte Invaliditätsgrad von 43 % hierfür grundsätzlich genügen würde. Erforderlich ist jedoch auch die subjektive Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers, d.h. sein Eingliederungswille. Ein solcher scheint angesichts der gegenüber den F.____-Gutachtern im Oktober/November 2020 bzw. Januar 2021 gemachten Äusserungen, wonach sich der Beschwerdeführer insgesamt als maximal zu 30 % arbeitsfähig sehe (vgl. IV-Nr. 135.1 S. 8), nicht (mehr) gegeben zu sein. So hielt der neurologische Teilgutachter fest, das Integrationspotential für eine adaptierte Tätigkeit wäre nicht eingeschränkt, es scheine aber, dass hier ein motivationaler Hemmfaktor bestehe (IV-Nr. 135.3 S. 17 unten). Der psychiatrische Teilgutachter gab an,

gemäss Aktenlage sei ab dem 17. Mai 2016 am bisherigen Arbeitsplatz ein Belastbarkeitstraining in einer Verweistätigkeit durchgeführt worden; ab dem 16. Juni 2016 sei er jedoch wieder zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Seitdem hätten keine beruflichen Massnahmen mehr durchgeführt werden können. Der Beschwerdeführer gebe an, er könne nicht arbeiten, auf alle Fälle nicht länger als 2 Stunden (IV-Nr. 135.4 S. 14). Gegenüber dem orthopädischen Teilgutachter äusserte sich der Beschwerdeführer dahingehend, er sehe sich aktuell und auch in Zukunft nicht in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (IV-Nr. 135.5 S. 13). Im Rahmen der allgemein-internistischen Begutachtung gab er an, mehrere Arbeitsversuche durchgeführt zu haben, für die Zukunft sehe er jedoch schwarz (IV-Nr. 135.6 S. 18). Hinweise, dass sich an der Auffassung des Beschwerdeführers, er sei im gutachterlich attestierten Ausmass arbeitsunfähig, etwas geändert hätte, sind nicht ersichtlich. Die vom Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren mit Einwand vom 24. November 2021 und auch anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 6. Juni 2024 geltend gemachte Bereitschaft, an beruflichen Massnahmen teilzunehmen (vgl. IV-Nr. 139 S. 11 und A.S. 70), vermag vor dem Hintergrund, dass nach den Angaben der E.____-Gutachter eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 70 % und eine solche in einer angepassten Verweistätigkeit von 80 % bereits seit spätestens August 2015 anzunehmen ist (vgl. IV-Nr. 40.1 S. 29 und 135.1 S. 13), nicht zu überzeugen. Wie die Beschwerdegegnerin in der vorliegend angefochtenen Verfügung zu Recht darauf hinweist, ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer diese seit Jahren verbleibende hohe Restarbeitsfähigkeit aus invaliditätsfremden Gründen nicht verwertet hat. Dass er sich nach dem erfolgten Arbeitsversuch bei der Arbeitslosenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet hat (vgl. Abrechnungen vom Januar und Februar 2019, IV-Nr. 157 S. 47 f.), führt zu keiner anderen Beurteilung. Angesichts der von ihm anlässlich der F.____-Begutachtung im Oktober/November 2020 und Januar 2021 gemachten Angaben, wonach er sich maximal zu 30 % arbeitsfähig sehe, kann aktuell nicht vom Vorliegen der subjektiven Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen werden. Damit übereinstimmend hielt der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. S.____, in seinem Bericht vom 21. Januar 2020 fest, die Prognose zur Eingliederung sei aufgrund fehlender Motivation ungünstig (IV-Nr. 110 S. 4; vgl. E. II. 7.11 hiervor). Es besteht auch kein Hinweis, dass er nach Zustellung des F.____-Gutachtens im September 2021 (vgl. IV-Nr. 136) eigene Anstrengungen unternommen hätte, sich ins Arbeitsleben zu integrieren, und sich bereit erklärt hätte, im Rahmen der gutachterlich ermittelten Arbeits- und Leistungsfähigkeit einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Fehlt es an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit, besteht von vornherein kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (Urteil des Bundesgerichts 9C_578/2016 vom 7. Februar 2017 E. 6 mit Hinweis).

11. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 18. Juli 2022 aufzuheben und dem Beschwerdeführer ist eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. Mai 2020 zuzusprechen. Da der geltend gemachte Rentenanspruch im vorliegenden Beschwerdeverfahren im Vordergrund steht und den überwiegenden Anteil des Verfahrens ausmacht, ist ■ trotz Abweisung der übrigen Rechtsbegehren ■ von einer vollumfänglichen Guttheissung der Beschwerde auszugehen.

E. 12

12.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat der im kantonalen Beschwerdeverfahren obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom

Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach § 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt der Stundenansatz für die Bestimmung der Kosten der berufsmässigen Vertretung CHF 230.00 bis 330.00 (CHF 250.00 bis 350.00 ab 1. Januar 2023) zuzüglich Mehrwertsteuer, soweit sie durch Anwälte wahrgenommen wird. Die vom Vertreter des Beschwerdeführers eingereichten Kostennoten vom 28. Oktober 2022 (A.S. 50 f.) und 6. Juni 2024 (A.S. 72 f.) weisen einen Zeitaufwand von 12.85 Stunden und 6.61 Stunden, somit insgesamt 19.46 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von CHF 87.10 und 76.40, somit insgesamt CHF 163.50, aus.

Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. gelten praxisgemäss als Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Demnach können folgende geltend gemachte Positionen nicht berücksichtigt werden: 9. August 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 11. August 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 17. August 2022 (Brief an Versicherungsgericht, 0.67 Std.; Brief an Klient, 0.17 Std.), 23. August 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 25. August 2023 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 16. September 2023 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 6. Oktober 2022 (Brief an Versicherungsgericht, 0.33 Std.; Brief an Klient, 0.17 Std.), 10. Oktober 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 28. Oktober 2022 (Brief an Versicherungsgericht, 0.5 Std.; Brief an Klient, 0.17 Std.), 3. November 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 18. Juli 2023 (Brief an Klient, 0.17 Std.) und 7. März 2024 (Brief an Klient, 0.17 Std.). Für die öffentliche Verhandlung vom 6. Juni 2024 sind 1.17 Stunden zu berücksichtigen. Der nachprozessuale Aufwand wird bei einer Gutheissung der Beschwerde praxisgemäss auf 0.5 Stunden festgesetzt. Damit verbleibt ein Zeitaufwand von insgesamt 15.59 Stunden. Ferner sind bei den Auslagen die Kopien nur mit CHF 0.50 (nicht CHF 1.00) zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT). Für die Fahrspesen sind CHF 0.70 pro Kilometer einzusetzen (vgl. § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 und § 157 Abs. 3 GT sowie § 161 lit. a des Gesamtarbeitsvertrages [GAV, BGS 126.3]). Somit sind Auslagen von insgesamt CHF 113.40 zu vergüten. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 4'323.90 (Honorar von CHF 3'897.50 [15.59 Std. à CHF 250.00] zuzüglich Auslagen von CHF 113.40 und Mehrwertsteuer von CHF 313.00 [7.7 % auf CHF 2'974.90 und 8.1 % auf CHF 1036.00]).

12.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Der vom Beschwerdeführer in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss ist zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 18. Juli 2022 aufgehoben. Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. Mai 2020.

2. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 4'323.90 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu übernehmen. Der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

4. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 6. Juni 2024 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

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