

SO_GERICHTE VSBES.2022.157 vom 23. Februar 2023

SO Obergericht, 2023-02-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.157_d20230223

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.157 du 23 février 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.157 del 23 febbraio 2023

Regeste

berufliche Massnahmen und Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. Juli 2022 ist aufzuheben und die Akten sind zwecks vollständiger Erhebung des medizinisch relevanten Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zur Neuurteilung zurückzuweisen.

E. 2

Die Beschwerdegegnerin ist anzuweisen, vorgängig dem Erlass einer verfahrensabschliessenden Verfügung eine erneute psychiatrische Begutachtung bezüglich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers, und daraus ableitend bezüglich seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit anzuordnen.

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG). 3.2 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit - diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und - die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

E. 4

4.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). 4.2 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich

noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2bS. 115). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 4.2 S. 109 f., 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen).

E. 5

5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

5.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1 mit Hinweisen).

5.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3.b S. 195b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der

medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.). 5.4 Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärztinnen und -ärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt worden ist und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (a.a.O. E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (a.a.O. E. 3b/cc S. 353).

E. 6

6.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Kommissionierer seit 2018 nur noch im Pensum von 20 % zugemutet werden könne. Angepasste Tätigkeiten seien jedoch, ebenfalls seit 2018, weiterhin zu 8,5 Stunden pro Tag mit einer Leistungsminderung von 10 % zumutbar. Damit könne er ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen. Der Invaliditätsgrad betrage 7 %. Zum Einwand nehme man wie folgt Stellung: Es werde insbesondere das psychiatrische Teilgutachten beanstandet. Diese Vorbringen seien dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vorgelegt worden. Zusammenfassend lasse sich sagen, dass der RAD keine Notwendigkeit einer erneuten Begutachtung sehe. Die Gutachter hätten sich mit den Vorbefunden auseinandergesetzt und der psychiatrische Gutachter erkläre die diskrepante Einschätzung der Behandler damit, dass diese Phänomene wie Aggravation und Simulation nicht in Betracht gezogen hätten. Für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts komme es nicht auf die Dauer der Untersuchung an, sondern vielmehr darauf, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig sei. Inwiefern die fehlende namentliche Erwähnung sowie die Unterschrift des Dolmetschers einen Einfluss auf die Beweiskraft des Gutachtens haben solle, könne nicht nachvollzogen werden. 6.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 11 ff.) und Replik (A.S. 39 ff.) entgegenhalten, gemäss den in den Akten angelegten Berichten (insbesondere Bericht der C.____ vom 3. Mai 2021) lägen bei ihm eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor. Diese Leiden führten zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die C.____ hätten die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 26. April 2022 aufgefordert, den Beschwerdeführer nochmals medizinisch zu beurteilen, da sich sein Gesundheitszustand laufend verschlechtere. Im Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ falle auf, dass sich das Teilgutachten aus dem Fachbereich der Psychiatrie inhaltlich nicht mit den abweichenden Beurteilungen der behandelnden Fachärzte und -kliniken auseinandersetze. Die vom behandelnden Dr. med. D.____ diagnostizierte Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustandes im Sinne einer Verbitterungsstörung und sonstige Reaktion auf schwere Belastungen (ICD-10 F43.8) werde im psychiatrischen

Teilgutachten mit keinem Wort abgehandelt. Ebenfalls werde das diagnostizierte myofasziale Schmerzsyndrom nicht näher untersucht. Aus welchen Gründen die Klassifikationskriterien für ein klassisches Fibromyalgiesyndrom nicht erfüllt sein sollen, sei dem Gutachten nicht zu entnehmen. Gemäss diesem erfülle auch das lumbospondylogene Schmerzsyndrom die entsprechenden Voraussetzungen nicht, um als invalidisierend klassifiziert zu werden. Auch diesbezüglich erfolge keine nähere Begründung. Hinzu komme, dass die im Gutachten gemachte Feststellung, der Beschwerdevortrag des Beschwerdeführers erscheine vage, sein Auftreten sei höchst auffällig und demonstrativ und er habe in zwei unterschiedlichen Beschwerdevalidierungsverfahren signifikant schlecht abgeschnitten, lediglich behauptet, nicht aber mit Fakten untermauert werde. Weder der behandelnde Facharzt noch die behandelnde Fachklinik machten entsprechende Feststellungen. Bezeichnenderweise lägen die entsprechenden Validierungsergebnisse nicht in den Akten und stellten unbewiesene Behauptungen dar. Den behandelnden Ärzten und Kliniken werde unterstellt, seit Jahren wiederholt und stereotyp die gleichen Diagnosen zu stellen und lediglich eine Ergänzung des Diagnosekatalogs vorzunehmen, um ein Revisionsverfahren zu erwirken. Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung sei der Teilgutachter nur sehr kurz anwesend gewesen. Eine leitliniengetreue Exploration habe nicht stattgefunden. Es seien von einer von ihm beauftragten Person Tests ohne Anwesenheit des psychiatrischen Teilgutachters durchgeführt worden. In der angeblich zwei Stunden dauernden Begutachtung sei der Gutachter keine 15 Minuten persönlich anwesend gewesen. Es seien gemäss Gutachten beim Beschwerdeführer vier Tests durchgeführt worden. Keiner dieser Tests sei im Gutachten abgelegt und die Behauptung, die Tests seien nicht verwertbar, da in der Beschwerdevalidierung Auffälligkeiten festgestellt worden seien und ein zielgerichtetes Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik anzunehmen sei, sei nicht dokumentiert. Ebenso wenig könne dem Gutachten entnommen werden, wer die Übersetzung anlässlich der Explorationen und der Testung vorgenommen habe. In den Akten liege auch keine schriftliche Bestätigung dieser Person, dass die Übersetzung leitliniengetreu erfolgt sei und die betreffende Person die Voraussetzungen für eine korrekte Übersetzung erfüllt habe. Nebst dem, dass es nicht verwertbar sei, sei das psychiatrische Teilgutachten völlig widersprüchlich. Einerseits stelle es fest, dass die verordneten Medikamente im Blut nachweisbar seien und demzufolge erstellt sei, dass der Beschwerdeführer das ihm verschriebene Medikament einnehme. Andererseits behaupte der Teilgutachter, dass der Beschwerdeführer zwar seit vielen Jahren in psychiatrischer Behandlung stehe, wenngleich keine psychische Erkrankung vorliege. Gleichzeitig halte er fest, dass der Beschwerdeführer adäquat medikamentös behandelt werde. Weiter setze sich das Gutachten mit den abweichenden Beurteilungen der behandelnden Fachärzte und Klinik nicht auseinander und erläutere nicht nachvollziehbar, weshalb deren Diagnosen, Beurteilungen und Behandlungen falsch sein sollten. Dass eine Fachklinik und ein Facharzt den Beschwerdeführer angeblich grundlos wegen einer psychiatrischen Krankheit behandelten und entsprechende Diagnosen stellten, erscheine nicht als überwiegend wahrscheinlich.

E. 7

7.1 Der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers wird durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung und demjenigen, wie er zur Zeit der Neuanmeldung respektive der streitigen Verfügung bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen). 7.2 Im vorliegenden

Fall fand die letzte umfassende Rentenprüfung mit Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 12. Dezember 2019 (IV-Nr. 196) statt. Das Versicherungsgericht hat sich in seinem Urteil vom 19. Januar 2021 (VSBES.2020.22 / IV-Nr. 210) nach eingereicherter Beschwerde damit befasst. Dieses Urteil ist in Rechtskraft erwachsen und es kann für die Frage, wie sich der medizinische Sachverhalt zum Zeitpunkt der letzten umfassenden Rentenprüfung präsentiert hat, auf die verbindlichen Erwägungen des entsprechenden Urteils abgestellt und darauf verwiesen werden.

7.2.1 Im Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. Januar 2021 wurde im Wesentlichen auf das als beweiskräftig erachtete Gutachten der Begutachtungsstelle E. ___ vom 20. November 2018 (IV-Nr. 174 S. 3 ff.) abgestellt. Demgemäss präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt bzw. wurden in der interdisziplinären Beurteilung des genannten Gutachtens folgende Diagnosen erhoben: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Klippel-Feil-Syndrom HWK 2/3 - Koronare Herzkrankheit mit Status nach Non-STEMI am 18. Oktober 2014, Status nach PCI/DESx 1 des Marginalastes der RCX, Sklerose von RIVA und RCA im Oktober 2014, normale linksventrikuläre Funktion, kardiovaskuläre Risikofaktoren: Status nach Nikotin, kumulativ ca. 60 pack years bis 2014, arterielle Hypertonie, positive Familien-anamnese ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Geringe AC-Gelenksarthrose beidseits - Psoriasis vulgaris ohne Anhalt für eine periphere entzündliche Gelenkbeteiligung - Morbide Adipositas - Arterielle Hypertonie - Hyperlipidämie - Obstruktives Schlafapnoesyndrom, nächtliche CPAP-Therapie seit Oktober 2014

7.2.2 Aus internistischer Sicht wurden körperlich leichte Arbeiten während neun Stunden am Tag als ohne Einschränkung möglich erachtet. Der Beschwerdeführer habe 2014 einen Herzinfarkt erlitten. Daneben bestünden langjährig ein medikamentös behandelter Hypertonus sowie eine Adipositas per magna. Aus internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit seitens der kardialen Situation, nach erfolgreicher Rehabilitation und Rekonvaleszenz nach dem Infarkt ereignis, zumindest für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiter in der F. ___ sowie für andere körperlich überwiegend leichte Arbeiten wieder zu 100 % gegeben (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. Januar 2021, E. II. 3.3.2.1). Auch aus neurologischer Sicht wurde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Da ein objektivierbares neurologisches Defizit fehle, seien die geklagten und gezeigten Funktionseinbussen nicht plausibel. Auch rückblickend lasse sich keine neurologische Gesundheitsstörung belegen (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. Januar 2021, E. II. 3.3.2.2). Kardiologisch gesehen war der Beschwerdeführer zum Begutachtungszeitpunkt kardial oligosymptomatisch sowie im Status normoton und normokard. Für Arbeiten mit leichter bis mittelgradiger körperlicher Belastung (analog der zuletzt ausgeübten Tätigkeit) wurde eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung festgehalten (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. Januar 2021, E. II. 3.3.2.3). In rheumatologischer Hinsicht wurde ebenfalls keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben. Aufgrund der Klippel-Feil-Fehlbildung der Wirbelsäule bestehe allenfalls eine Einschränkung für schwere körperliche Tätigkeiten mit Belastung der Halswirbelsäule, Arbeiten in Inklination und Reklination der Halswirbelsäule sowie mit ständigem Heben und Tragen von schweren Lasten über der Horizontalen. Für eine angepasste Tätigkeit mit leichten bis mittelschweren Arbeiten bestehe eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung. Dies gelte auch für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kommissionierer. Bereits im Gutachten der Begutachtungsstelle G. ___ vom 4. Dezember 2012 seien Inkonsistenzen und eine deutliche Symptomausweitung beschrieben worden, die sich nicht wesentlich verändert hätten (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts vom 19.

Januar 2021, E II. 3.3.2.4). Der psychiatrische Teilgutachter hielt fest, es sei keine auffällige Persönlichkeitsentwicklung nachzuzeichnen. Die unauffälligen biografischen Meilensteine stützten die Annahme einer primär gelungenen psychosozialen Entwicklung. Eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht oder zumindest nicht mehr zu attestieren. Es bestünden Inkonsistenzen bezüglich der geklagten Symptomatik und einer im hiesigen, AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund nicht zu objektivierenden namhaften depressiven Störung. Höhergradige Beeinträchtigungen von Stimmung, Antrieb oder affektiver Schwingungsfähigkeit lägen nicht vor. Bezüglich des vorbeschriebenen depressiven Syndroms sei zumindest eine namhafte Besserung im Zuge der durchgeführten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung wahrscheinlich. Anamnestisch klinge eine zumindest anteilig erhaltene Alltagsbewältigung und soziale Einbindung an, sodass ausreichende Ressourcen für eine Reintegration in den Arbeitsmarkt gegeben seien. Die bisherige Tätigkeit sei ganztägig ohne Leistungseinbusse möglich; eine Anpassung der Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht notwendig. Zurückliegend seien Phasen von Arbeitsunfähigkeit aufgrund des aktenkundig beschriebenen depressiven Syndroms möglich, wegen fehlender eigener und ausreichend belastbarer anderer Vorbefunde jedoch zeitlich nicht näher einzugrenzen oder zu quantifizieren. Das anlässlich der Begutachtungen in den Jahren 2012 und 2013 diagnostizierte mittel- resp. leichtgradige depressive Syndrom, mit gleichzeitig attestierter Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, widerspreche den Vorgaben gemäss ICD-10. Anhand der aktuellen Untersuchung sei kein erhebliches depressives Syndrom mehr zu attestieren. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sei nicht ICD-10-konform zu stellen. Subjektiv klagte der Beschwerdeführer über Schmerzen. Die erhaltene Alltagsaktivität, die Fähigkeit zur Selbstversorgung und die zumindest anklingende Einbindung in ein soziales Umfeld liessen jedoch eine erhebliche Beeinträchtigung der Indikatoren übereinstimmend mit den Schlussfolgerungen der Vorbegutachtungen nicht wahrscheinlich erscheinen. Deshalb sei hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit zumindest ein nicht namhaft veränderter Gesundheitszustand oder eben auch eine Besserung einer vorbestehenden depressiven Störung anzunehmen (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. Januar 2021, E. II. 3.3.2.5). Im neuropsychologischen Teilgutachten wurde festgehalten, dass der klinische Befund trotz vorrangig deklariertes Konzentrations- und Gedächtnisstörung ohne Anhalt für eine kognitive Beeinträchtigung sei. Die formal unterdurchschnittlichen Leistungen im Bereich des Gedächtnisses lägen unterhalb eines plausiblen Ergebnisses und seien nicht mit den Alltagsleistungen (z.B. Benutzen eines Smartphones, Führen eines Autos, volle Orientierung) vereinbar. Aktenkundig fänden sich Hinweise auf eine mögliche Aggravation bzw. Symptomausweitung. In der aktuellen Untersuchung erbringe das Beschwerdevalidierungsverfahren ein (grenzwertig) unauffälliges Ergebnis. Hier wäre selbst bei Annahme einer kognitiven Störung ein besseres Ergebnis zu erwarten. Auch die Leistung bei der mittelfristigen visuellen Merkfähigkeit liessen an eine schwere dementielle Erkrankung denken und passten nicht zum geistig regen Beschwerdeführer, der im Gespräch aktuelle und anstehende Termine problemlos erinnere. Zusammenfassend sei keine kognitive Störung mit der hierfür gebotenen Wahrscheinlichkeit zu attestieren. Die bisherige Arbeit sei ganztägig ohne Leistungseinbusse möglich; von neuropsychologischer Seite her sei keine angepasste Tätigkeit notwendig (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. Januar 2021, E. II. 3.3.2.6). Gesamthaft gelangten die Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführer sowohl in seiner bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit

uneingeschränkt arbeitsfähig sei (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. Januar 2021, E. II. 3.3.2.7).

E. 8

8.1 Zur Klärung der Frage, ob eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten ist, liegen folgende medizinische Unterlagen vor:

8.1.1 Im Bericht der C.____, Dr. med. H.____, Oberarzt, und I.____, Assistenzärztin, vom 3. Mai 2021 (IV-Nr. 215) werden folgende Diagnosen attestiert: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) - Koronare Ein-bis Zweigefässerkrankung Status nach NSTEMI am 20. Oktober 2014 Status nach PTCA/DES - Status nach bariatrischer Operation Nebendiagnosen: - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, intermittierende radikuläre Schmerzausstrahlung ins linke Bein - Degenerative Diskopathie L5/S1 mit Diskusprotusion - Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom - Coxarthrose links ISG-Symptomatik links mehr als rechts - Psoriasis Vulgaris chronisch-aktiv - Obstruktives Schlafapnoesyndrom - Arterielle Hypertonie Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 17. März 2021 in stationärer Behandlung nach Zuweisung durch Herrn Dr. med. D.____, bei akuter Verschlechterung des psychischen Zustandes und starker Zunahme der bekannten Schmerzsymptomatik. Bei Eintritt habe er über gestörte Konzentration und Kurzzeitgedächtnisstörungen, depressive Stimmungslage, Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Zukunftsängste, Appetitlosigkeit, einen ausgeprägten sozialen Rückzug sowie Lebensüberdruß berichtet. Der Beschwerdeführer habe sich auf der Station therapiemotiviert gezeigt und trotz schmerzbedingter Bewegungseinschränkung und schneller Überforderung regelmässig am Therapieprogramm teilgenommen. Trotz neuer medikamentöser Einstellung und Durchführung weiterer psychotherapeutischer Massnahmen habe keine wesentliche Besserung der Symptomatik beobachtet werden können. Die erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörung, Konzentrationsstörung, deutlich reduzierte psychische und körperliche Belastbarkeit, die klinisch gut beobachtbar seien und sich durch eine chronifizierte Schmerzsymptomatik negativ beeinflussen liessen, stünden aktuell im Vordergrund.

8.1.2 Gemäss Bericht von Dr. med. J.____, Leitender Arzt Radiologie am Spital K.____, vom 21. April 2021 (IV-Nr. 221 S. 13 f.) zeige ein MRI von LWS und unterer BWS vom 19 April 2021 eine mediane bis links paramediane exzentrische Diskusprotrusion L 5/S1 mit Tangierung des Duralsackes. Weiter zeige sich ein regulärer MR-Befund der übrigen Bandscheiben der LWS und unteren BWS, ohne Zeichen einer Diskushernie bzw. signifikanten Diskusprotrusion. Es bestehe eine mässiggradige Spondylarthrose L 4/5 und L5/S1 beidseits.

8.1.3 Am 2. Juli 2021 wurde beim Institut L.____ ein MRT der LWS und ISG erstellt (IV-Nr. 221 S. 7 f.). Verglichen mit der externen Voruntersuchung vom 15. Februar 2019 zeigten sich dort gemäss M.____, Fachärztin für Radiologie, allenfalls leicht progrediente Degenerationen im Bandscheibenfach L5/S1 mit diskoligamentär bedingter, leichter Rezessusenge beidseits, betont links mit dort möglicher Irritation der deszendierenden Nervenwurzel S1 links. Weiter zeigten sich mehrsegmentale, teilweise leicht hypertrophe Spondylarthrosen mit etwas Flüssigkeit / Reizung L4/5 beidseits, betont rechts, zudem eine ISG-Arthrose mit etwas Gelenkerguss/Reizung, betont links.

8.1.4 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 7. Juli 2021 über die aktuelle Situation (IV-Nr. 221 S. 2 ff.). Der Beschwerdeführer habe mit dem IV-Vorbescheid vom 26. Mai 2021 einen neuen Höhepunkt an Ungerechtigkeiten erlebt. Dementsprechend sei sein Gemüt angespannt, nervös, gereizt einerseits, andererseits

traurig, verzweifelt, ratlos und hoffnungslos. Er beklage starken Tinnitus und Schwindel, sei sehr wackelig auf den Beinen, habe Angst vor Sturz, wie es in der Vergangenheit oft passiert sei. Im Vordergrund stünden Symptome der Niedergeschlagenheit, Konzentrationsstörungen und Einschlafstörungen mit psychomotorischer Unruhe. Darüber hinaus beklage der Beschwerdeführer Schmerzen, mangelnde Impulskontrolle, Gereiztheit, Vermeidung von Sozialkontakten, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Wertlosigkeit, negative pessimistische Zukunftsperspektiven, Verlust der Freude, mangelnde Fähigkeit auf eine freundliche Umgebung zu reagieren, Morgentief und Libidoverlust. Er sei lust- und interesselos, habe einen verminderten Antrieb, immer wieder passive Todeswünsche, frage sich nach dem Sinn seines Lebens. Weiterhin beklage er Schmerzen im Rücken mit Ausstrahlung in dem linken Fuss, das Bein fühle sich belastungsabhängig taub an. Seit acht Jahren sei er nur mit Krücken unterwegs und sei immer wieder gestürzt. Seit über zehn Jahren bestehe beim Beschwerdeführer eine progrediente depressive Entwicklung und Erschöpfungssymptomatik, die im Zusammenhang mit den seit Jahren zunehmenden Beschwerden des Rücken- und Hüftbereichs stehe. Die Zunahme der somatischen Beschwerden, wie der Herzinfarkt 2014, sowie ein schweres Schlafapnoesyndrom hätten zu einer weiteren Verschlechterung der depressiven Symptomatik geführt. Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 21. März 2016 in fachärztlicher Behandlung. Im zurückliegenden Behandlungsverlauf sei es zu keiner Besserung des psychischen Gesundheitszustands gekommen. Phasenweise zeigten sich kurzzeitige Aufhellungen, welche jedoch nicht von langer Dauer seien. In Belastungssituationen sei mit verstärkt depressiven Symptomen zu rechnen. Sowohl für die angestammte als auch angepasste Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Es seien folgende Befunde zu erheben: Der Beschwerdeführer sei eingeschränkt orientiert und gebe an, massive Konzentrations- und Merkfähigkeitsprobleme zu haben. Das formale Denken sei eingeeengt, teilweise verlangsamt, haftend und kreisend sowie inhaltlich auf die negativen Aspekte des Selbstbildes und der Sorge um die gesundheitlichen und psychischen Beschwerden und den eigenen Leistungsabfall fokussiert. Zwänge und psychotische Erlebnisweisen liessen sich nicht perzipieren. Die Stimmung sei niedergeschlagen, zum depressiven Pol geneigt bei insgesamt reduzierter Schwingungsfähigkeit. Es bestünden Leidensdruck, Affektlabilität, Schlafstörung, Insuffizienzgefühle, Zukunftsängste, Ängste in Bezug auf das Wohlergehen der Familienmitglieder, Schuldgefühle, erdrückende Erschöpfungsgefühle, insuffiziente Belastbarkeit, reduzierte Vitalgefühle und Energiemangel sowie deutlicher sozialer Rückzug. Antrieb und Psychomotorik seien verlangsamt. Der Beschwerdeführer könne sich jedoch von Selbst- oder Fremdgefährdung distanzieren. Zu diagnostizieren seien in psychiatrischer Hinsicht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.1, F33.2) seit 2010, eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41) seit 2009, und eine Verbitterungsstörung, sonstige Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8) seit 2009. Es bestehe eine Komorbidität mit einem chronischen lumbovertebralen und chronischen zervikovertebralem Schmerzsyndrom, Coxarthrose links, schwerer Psoriasis Vulgaris, Asthma bronchiale mit anamnestisch Hausmilbenallergie, schwerem obstruktivem Schlafapnoesyndrom, arterieller Hypertonie, koronarer Ein- bis Zweigefässerkrankung und Status nach bariatrischer Operation im August 2020 bei Adipositas Grad III. Der Verlauf seit 2009 deute darauf hin, dass sich das anfänglich durch Rückenschmerzen und den Arbeitsplatzkonflikt entstandene depressive Syndrom mittlerweile in eine eigenständige,

depressive Störung mit einer sich verselbstständigenden Dynamik entwickelt habe und nicht in einem direkten sozialen Kontext angesiedelt sei. Es liege eine eigenständige psychische Erkrankung im Sinne einer Affektstörung vor. Aus psychiatrischer Sicht seien Einschränkungen im Bereich der Stressbelastbarkeit und affektiven Belastbarkeit, des Antriebs und des zeitlichen Durchhaltevermögens und der kognitiven Präsenz zu erwarten, die sich auf alle beruflichen Tätigkeiten leistungsmindernd auswirken könnten. In aller Regelmässigkeit sei es zu depressiven Episoden gekommen, was auch zur stationären Behandlung vom 17. März bis 28. April 2021 geführt habe. Beim Beschwerdeführer seien zahlreiche biologische und psychosoziale Einflussfaktoren im Spiel, die Einfluss auf die Entstehung einer Depression hätten: Der Beschwerdeführer habe in der Kindheit ein negatives Selbstbild entwickelt und die Neigung dazu, sich selbst, die Umwelt und seine Zukunft negativ zu beurteilen. Es habe eine jahrelange psychophysische Distress-Situation bei beruflicher Doppelbelastung als Familienvater und Vollzeittätigkeit bestanden. Die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers sei geprägt durch frühe Verantwortungsübernahme und hohes Pflichtbewusstsein gegenüber der Familie, chronische Unterordnung der eigenen Bedürfnisse, übermässig aufopferndes Verhalten sowie wenig Raum zur Selbstentfaltung und Selbstfürsorge. Mittlerweile habe sich beim Beschwerdeführer eine neue Diagnose herausgebildet, die ein wichtiger Faktor seiner Arbeitsunfähigkeit sei und bisher nicht in Betracht gezogen worden sei. Es liege eine Verbitterungsstörung vor, welche den Höhepunkt durch den vorliegenden Vorbescheid der Beschwerdegegnerin vom 26. Mai 2021 erreicht habe. Der Beschwerdeführer erlebe das kritische Lebensereignis als «ungerecht» und fühle sich dem Ereignis und / oder dem Verursacher hilflos ausgeliefert. Die emotionale Grundstimmung sei dysphorisch-aggressiv-depressiv getönt. Bei der aktuellen Exploration mit der bestehenden Symptomatik mit drei Hauptsymptomen (Niedergeschlagenheit, Freud- und Motivationslosigkeit und Antriebsmangel) sowie vier und mehr Zusatzsymptomen (suizidale Gedanken, vermindertes Selbstvertrauen, Schlafstörungen, verminderte Konzentration, verminderter Appetit und pessimistische Zukunftsperspektive) sei die Diagnose einer schwergradigen Episode ohne psychotische Symptome nach ICD-10 (F 33.21) nach wie vor festzustellen. Heute betrage die Arbeitsfähigkeit generell für alle Arbeitstätigkeiten aus psychiatrischer Sicht höchstens 25 %. Dies sei begründet in der verringerten affektiven Steuerungsfähigkeit und Impulskontrolle, einer depressiven Apathie mit Energiemangel und Konzentrationsstörungen. Durch die Schmerzstörung erhöhe sich die Einschränkung jedoch noch relevant.

8.1.5 Die Beschwerdegegnerin hat bei der Begutachtungsstelle B. ____, Dr. med. N. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, Dr. med. O. ____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, sowie Dr. med. P. ____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Allergologie und klinische Immunologie, eingeholt. Dieses wurde am 2. Februar 2022 erstattet (IV-Nr. 235.2).

8.1.5.1 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 235.4) wird zu den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers festgehalten, es gehe ihm sehr schlecht. Er könne sich nicht konzentrieren, sein Gedächtnis sei schlechter geworden und er habe Schuldgefühle. Er sei so traurig und unglücklich, dass er es kaum noch ertrage. Er habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos sei und die Situation nicht besser werden könne. Wenn er auf sein Leben zurückblicke, sehe er bloss eine Menge Fehlschläge. Er sei mit allem unzufrieden oder gelangweilt. Er habe immer Schuldgefühle und das Gefühl, bestraft zu sein. Er hasse sich. Er wolle sich am liebsten umbringen. Früher habe er weinen können, aber jetzt könne er es nicht mehr, obwohl er es wolle. Er fühle sich dauernd gereizt. Er habe

sein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren und könne überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen. Er sei unfähig zu arbeiten und zu müde, um etwas zu tun. Sein Appetit habe sehr stark nachgelassen. Er habe mehr als 8 kg abgenommen, esse aber auch absichtlich weniger, um abzunehmen. Er könne sagen, dass es ihm schon seit vielen Jahren psychisch sehr schlecht gehe, er habe dafür aber keine Auslöser gefunden, es sei einfach so gekommen und gehe nicht wieder weg. Sein Tagesablauf sehe so aus, dass er nachts nur eine Stunde schlafen könne. Er stehe dann auf, gehe ins Wohnzimmer, liege ab und versuche, eine Stellung zu finden, in der er möglichst keine Schmerzen habe, was praktisch unmöglich sei. Dann schaue er Fernsehen. Er verbringe faktisch den ganzen Tag im Liegen. Hobbies habe er keine. Den öffentlichen Verkehr könne er nicht benutzen. Er müsse überall mit dem Auto hingefahren werden. Der psychiatrische Gutachter erhebt folgende Befunde: Die Interaktion mit dem Beschwerdeführer sei von dessen demonstrativem Leiden geprägt. An der Untersuchung wirke er kooperativ und motiviert mit. Im Erstkontakt zeige er sich leidend. Es gelinge leicht, einen tragfähigen Kontakt zu ihm herzustellen und durchgehend aufrecht zu erhalten. Die Auffassung sei nicht erschwert und die Konzentration nicht beeinträchtigt, auch nicht im Verlauf oder gegen Ende der Untersuchung. Die berichteten Konzentrationsstörungen könnten nicht verifiziert werden. Es lägen keine Hinweise auf intellektuelle Defizite vor, die höheren kognitiven Leistungen (problemlösendes Denken, Urteilsvermögen) seien angemessen differenziert. Der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar sowie zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person vollständig orientiert. Er spreche mit gut modulierter Stimme in adäquater Geschwindigkeit, wobei sein Antwortverhalten insgesamt einsilbig sei. Der formale Gedankengang sei geordnet. Es zeigten sich in der Untersuchungssituation keine Wahngedanken, Halluzinationen oder illusionäre Verkennungen. Auch anamnestisch ergäben sich keine Hinweise für diesbezügliche psychopathologische Auffälligkeiten. Die Merkfähigkeit, das Kurz- und das Langzeitgedächtnis wirkten im klinisch-psychopathologischen Befund unbeeinträchtigt. Störungen des Ich-Bewusstseins lägen nicht vor. Das Intelligenzniveau imponiere durchschnittlich, passend zur Schulbildung und zum beruflichen Werdegang. Die Willenskräfte seien ausreichend strukturiert und regelrecht. Ambivalenz oder Ambitendenz bestünden nicht. Die Antriebslage sei ausreichend. Gestik und Mimik seien überwiegend ruhig. Die Stimmung und der Affekt würden psychomotorisch synthym unterstrichen. In der Affektivität zeige sich der Beschwerdeführer demonstrativ zum depressiven Pol hin verschoben, sei allerdings aufheiter- und auslenkbar. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt. Es bestünden keine Affektlabilität oder Affektinkontinenz. Der Beschwerdeführer berichte über eine Interesselosigkeit, einen ausgewiesenen Rückzug und eine Anhedonie. Zwangssymptome, Ängste oder Phobien lägen nicht vor und würden auch nicht berichtet. Im Bereich der Persönlichkeit imponiere ein Typus melancholicus, wobei eine Aufheiterbarkeit bestehe. Es würden Schlafstörungen, eine Störung des Appetits und eine Aufhebung der sexuellen Interessen berichtet. Im durchgeführten Beck'schen Depressionsinventar habe der Beschwerdeführer einen Wert verwirklicht, der für eine schwere depressive Symptomatik spreche. Dieses Ergebnis sei allerdings nicht verwertbar, was mit den Auffälligkeiten in der Beschwerdevalidierung zusammenhänge. Im TOMM2 (Test of Memory Malinger) habe der Beschwerdeführer ein Ergebnis verwirklicht, das laut Testmanual für das zielgerichtete Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik spreche. Im SRSI zeige sich der faktische Beweis einer nicht-authentischen Beschwerdeschilderung. Beim Freiburger Persönlichkeitsinventar sei der Beschwerdeführer

zu erschöpft gewesen, um den Fragebogen zu Ende auszufüllen. Der Laborbefund zeige keinen Hinweis auf den Konsum von illegalen Drogen und von Alkohol im sich abbildenden Zeitraum. Die verordneten Medikamente seien im Blut nachweisbar, die ermittelten Spiegel passten zum angegebenen Einnahmezeitpunkt. Somit bestehe kein Widerspruch zu den Abgaben des Beschwerdeführers. Insgesamt sei keine psychiatrische Diagnose zu erheben. 8.1.5.2 Gemäss rheumatologischem Teilgutachten (IV-Nr. 235.5) klagt der Beschwerdeführer aktuell über invalidisierende Schmerzen am unteren Bereich des Rückens und der Gesässgegend beidseits (linksbetont), mit einem Ziehen nach ventral und auf der linken Seite intensiveren Ausstrahlungen als rechts. Im August 2020 habe er eine Magenoperation gehabt, bei welcher laut seinen Angaben eine Nervenverletzung vollzogen worden sei. Seither bestünden Taubheitsgefühle am linken Oberschenkel und linken Unterschenkel im vorderen und äusseren Bereich. Die Rückenschmerzen hätten schon im Jahre 2009 angefangen und seien dann derart heftig gewesen, dass er seine Arbeitstätigkeit im Jahre 2010 habe niederlegen müssen. Man habe schon 30 bis 50 Injektionen durchgeführt, die bislang keine Wirkung aufgezeigt hätten. Diverse Physiotherapien hätten keine Langzeitwirkung bewirken können. Die ganze Situation sei eine Katastrophe. Er könne in letzter Zeit nicht einmal mehr sitzen und zuhause nur noch herumliegen. Er sei seit langer Zeit auf den Einsatz von zwei Krücken angewiesen. Auch seit längerem bestünden Schmerzen am linken Schultergelenk, diese strahlten dann aus entlang des Oberarms bis zur linken Hand. Er sei kaum in der Lage den linken Arm einzusetzen, jede kleinste Bewegung des Schultergelenkes führe zu einer Schmerzexazerbation. Echte Gelenkschwellungen seien bis heute nicht aufgetreten, eine Schmerzexazerbation der Bein- und Rückenschmerzen bzw. Schmerzen im Bereich des linken Schultergürtels durch Husten, Tusten und Niesen würden nicht angegeben. Der rheumatologische Teilgutachter erhebt folgende Befunde: Der linke Schultergürtel werde während der ganzen Untersuchung hochgezogen gehalten. Der Beschwerdeführer halte seinen linken Arm am Oberkörper angelegt und bewege die linke obere Extremität beim Auskleiden und Ankleiden sowie bei der Untersuchung kaum. Infolge des aktiven Entgegenspannens und der schmerzgeplagten Haltung könnten diverse Untersuchungsvorgänge nicht durchgeführt und somit auch nicht beurteilt werden. Das Gangbild erfolge an zwei Krücken, mit einem fraglichen Schonhinken links, ein Gehen im Untersuchungszimmer ohne Krücken sei nicht möglich. Duchenne und Trendelenburg seien demzufolge nicht beurteilbar. Zehenspitzen- und Fersengang seien beidseits nicht durchführbar. Der Beckenstand sei soweit beurteilbar horizontal, die Beinachsen soweit beurteilbar physiologisch. An der Halswirbelsäule bestünden eine mittelgradig bis stark ausgeprägte Einschränkung der Seitenneigung nach beiden Seiten sowie der Rotation nach rechts und eine mittelgradige Einschränkung der Reklination und Inkliniation. Allerdings spanne der Beschwerdeführer bei sämtlichen Bewegungsversuchen aktiv dagegen. Die Rumpfrotaion nach beiden Seiten sei nicht durchführbar. An der Lendenwirbelsäule sei keine Beurteilung möglich, da der Beschwerdeführer ohne Krücken nicht stehen könne und angebe, sich nicht nach vorne bücken zu können. Lumbaler Schober und Finger-Boden-Abstand seien demzufolge nicht messbar. Die Lasègue-Zeichen seien eher negativ (beim Sitzen an der Kante der Untersuchungsliege gelinge es zumindest das rechte Bein in die Horizontale zu bringen, beim Anheben des linken Beines komme es zu einer leichten Abweichung des Oberkörpers nach dorsal rechts). Es bestehe eine generalisierte Hyporeflexie. Die Oberflächensensibilität am ganzen linken Bein sei (nicht dermatombezogen) herabgesetzt, aspektmässig ohne Asymmetrie des Muskelreliefs. Dies

gelte sowohl für die oberen als auch die unteren Extremitäten. Der Nackengriff rechts sei uneingeschränkt, links nicht durchführbar. Die Beurteilung der Beweglichkeit des linken Schultergelenkes sei nicht möglich, der Beschwerdeführer spanne aktiv entgegen. Die Impingementzeichen an der rechten Schulter seien negativ, links nicht prüfbar. Bei der Innen- und Aussenrotation vor allem des linken Hüftgelenkes komme es zur Entwicklung von Schmerzen im lumbosakralen Übergang. Die Kniegelenke seien bandstabil, ergussfrei und reizlos, ohne Bewegungskrepitation. Es bestünden keine Hinweise auf eine Synovitis oder Tenosynovitis. An der Haut fänden sich im Moment keine Zeichen einer floriden Psoriasis. Es bestünden ausgedehnte Weichteil-Druckdolenzen am gesamten linken Schultergürtel (M. trapezius, distaler Ansatz des M. levator scapulae, M. rhomboidei), um den Processus coracoideus links, Epicondylus medialis und lateralis humeri linksbetont, an der Wirbelsäule in der Mittellinie ab dem thorakolumbalen Übergang bis lumbosacral, parasacral beidseits, am Beckenkamm beidseits, peritrochantär beidseits und am oberen Drittel des Tractus iliotibialis beidseits. 8.1.5.3 Der internistische Befund (IV-Nr. 235.6) fällt folgendermassen aus: 2014 sei ein Herzinfarkt diagnostiziert und behandelt worden. Während dieser Hospitalisation habe man zusätzlich eine arterielle Hypertonie und ein Schlafapnoesyndrom sowie ein Asthma bronchiale diagnostiziert. Seither sei der Beschwerdeführer in regelmässiger kardiologischer und pneumologischer Behandlung. Eine Adipositas sei ebenfalls seit längerem bekannt. 2020 sei diesbezüglich eine Magenbypass-Operation durchgeführt worden. 8.1.5.4 Zusammengefasst werden im Gutachten folgende Diagnosen erhoben (IV-Nr. 235.2 S. 6 f.): mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) - Chronifiziertes generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom linksbetont (myofaszielles Schmerzsyndrom mit nicht dermatombezogener Sensibilitätsstörung des linken Beines und Neglect-ähnlichem Verhalten des linken Armes - Chronifizierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit / bei degenerativer Diskopathie L5/S1 und Facettengelenksarthrosen L4/5 und L5/S1 - Periarthropathie der linken Schulter mit milder Capsulitis adhesiva Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) - Arterielle Hypertonie - Chronische ischämische Herzkrankeheit mit Status nach NSTEMI (Oktober 2014) Status nach PTCA/DES (Oktober 2014) Erhaltene linksventrikuläre Funktion Kardiovaskuläre Risikofaktoren: arterielle Hypertonie, Status nach Nikotinabusus, (aktenanamnestisch) Hyperlipidämie, Adipositas Grad II, positive Familienanamnese, obstruktives Schlafapnoesyndrom - Obstruktives Schlafapnoesyndrom, mit CPAP behandelt - Asthma bronchiale - Adipositas Grad II mit Status nach Magenbypass-Operation 2020, aktueller BMI 35,3 kg/m²

E. 9

9.1 Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle E. ___ ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Der Beschwerdeführer erachtet insbesondere das psychiatrische Teilgutachten als nicht beweiswertig. Allgemein kann einleitend festgehalten werden, dass das polydisziplinäre Gutachten in Kenntnis der Aktenlage, nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers, unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärzten erstellt wurde. Insofern sind die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise erfüllt. Die formellen Einwände, die der Beschwerdeführer zum psychiatrischen Teilgutachten vorbringen lässt, verfangen nicht: Zum Vorbringen, dass der psychiatrische Gutachter keine 15 Minuten anwesend gewesen sei und die testpsychologischen Untersuchungen delegiert habe, hat sich dieser auf

Aufforderung des Versicherungsgerichts geäußert und angegeben, aus seiner Erinnerung und weil der Beschwerdeführer das Freiburger Persönlichkeitsinventar wegen Erschöpfung nicht habe ausfüllen können, habe die Exploration einschliesslich der Durchführung des TOMM eine Stunde und 15 Minuten gedauert und das Ausfüllen des Beck'schen Depressions-Inventars (BDI) sowie des SRSI (Test zur Beschwerden-Validierung) weitere 45 Minuten. Er habe den TOMM persönlich durchgeführt und ausgewertet. Das BDI und das SRSI seien dem Beschwerdeführer vorgelegt worden (es handle sich um sogenannte Ankreuztests). Die Auswertung sei wiederum durch ihn, den Gutachter, selbst erfolgt. Es sei zulässig, die Testdurchführung und auch die Auswertung (nicht die Interpretation) an (nicht-ärztliches und nicht-psychologisches) Assistenz-Personal zu delegieren. Von dieser Möglichkeit habe er jedoch keinen Gebrauch gemacht. Der Beschwerdeführer hingegen behauptet, der Gutachter sei während den betreffenden zwei Stunden Anamnese persönlich nicht mehr als zehn bis 15 Minuten anwesend gewesen. Die Durchführung des TOMM und der beiden anderen Testverfahren (BDI und SRSI) hätten ca. eine Stunde und 45 Minuten gedauert, da sämtliche Fragen übersetzt und die Antworten des Beschwerdeführers von seiner Landessprache auf Deutsch rückübersetzt worden seien. Nachdem der Gutachter angegeben hat, sämtliche Untersuchungshandlungen selber vorgenommen und an niemanden anders delegiert zu haben, erweist sich der Einwand des Beschwerdeführers als unbegründet. Zudem hängt die Plausibilität einer psychiatrischen Beurteilung nicht von der Untersuchungsdauer ab (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_354/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 4.2). Weiter lässt der Beschwerdeführer einwenden, die durchgeführten Tests seien dem Gutachten nicht beigelegt worden. Auf Einsicht in Aufzeichnungen über Testergebnisse besteht indessen kein Anspruch (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_718/2019 vom 13. August 2020 E. 4.2.4). Das demonstrative Verhalten und die vagen Antworten des Beschwerdeführers wurden bei der Exploration festgestellt (vgl. hierzu die nachstehenden Erwägungen 9.2) und die Beschwerdevalidierungstests haben diese Feststellung lediglich untermauert. Insofern kann nicht gesagt werden, der faktische Beweis einer nicht-authentischen Beschwerdeschilderung sei nicht dokumentiert. Schliesslich wird in formeller Hinsicht gerügt, es liege keine schriftliche Bestätigung der übersetzenden Person vor, dass die Übersetzung leitliniengetreu erfolgt sei und die betreffende Person die Voraussetzungen für eine korrekte Übersetzung erfüllt habe. Auch hier lässt sich nicht erkennen, inwiefern das Fehlen einer solchen Bestätigung die gutachterlichen Ausführungen unwirksam machen sollte. Der Beschwerdeführer macht nicht geltend, dass die als Dolmetscher eingesetzte Person falsch oder schlecht übersetzt hätte oder irgendwelche anderen Ablehnungsgründe bestanden hätten. Er macht auch nicht geltend, dass seine Äusserungen im Gutachten falsch wiedergegeben worden seien. Für solche Mängel finden sich weder im Gutachten noch sonst in den Akten irgendwelche Anhaltspunkte. Auch dieser Einwand erweist sich als unbegründet.

9.2 Inhaltlich wird in der psychiatrischen Beurteilung einleuchtend dargelegt, dass beim Beschwerdeführer keine psychiatrische Diagnose zu vergeben sei. Dies entspricht der Befundlage, die im Gutachten erhoben wird. Dementsprechend wird aus psychiatrischer Sicht für die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers keine Erklärung gefunden. Zur seit vielen Jahren stattfindenden psychiatrischen Behandlung wird gutachterlich eingewendet, dass durch die intensiv durchgeführten Therapien eine Besserung eingetreten sein müsste, würde eine Erkrankung vorliegen. Da der Beschwerdeführer adäquat medikamentös behandelt werde, sei dessen Angabe, es gehe ihm persistierend schlecht, psychiatrisch nicht erklärbar. Der psychiatrische Gutachter weist auf weitere Inkonsistenzen hin: Der Beschwerdeführer gebe

an, faktisch nichts mehr zu tun und den ganzen Tag auf der Couch zu liegen. Atrophiezeichen im Bereich der Muskulatur seien allerdings nicht erkennbar. Ausserdem gebe er an, auf die Benutzung von Unterarmstützen angewiesen zu sein. Es fänden sich jedoch keine Beschwellungen an den Händen, was gegen eine Benutzung der Gehstöcke spreche. Schliesslich zeigten auch die durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren die Inkonsistenzen auf. Mit Verweis auf das Gutachten der Begutachtungsstelle E.____ wird ausgeführt, dass dort richtig erkannt worden sei, dass der Beschwerdeführer an keiner psychiatrischen Erkrankung leide. Der Gutachter nimmt auch Bezug auf die gegenläufigen Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und führt dazu aus, diese hätten Phänomene wie Aggravation und Simulation nicht in Betracht gezogen, was ihnen zwar grundsätzlich nicht vorzuwerfen sei, hinsichtlich des frustranen Heilungsverlaufs jedoch erforderlich sei. In Anlehnung an das Mini-ICF-APP lägen beim Beschwerdeführer keine Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit, der Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit, der Fähigkeit zu familiären beziehungsweise intimen Beziehungen, der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten, der Fähigkeit zur Selbstpflege und der Verkehrsfähigkeit, vor. So wird gefolgert, dass beim Beschwerdeführer kein psychiatrisches Krankheitsbild vorliegt. Der Gutachter hält einleuchtend fest, dass der Beschwerdevortrag vage sei und das Auftreten höchst auffällig und demonstrativ. Unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Angaben des Beschwerdeführers (er sei mit allem unzufrieden oder gelangweilt, er habe immer Schuldgefühle, er hasse sich, er habe sein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren, er könne überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen, er schlafe nachts nur eine Stunde verbringe faktisch den ganzen Tag auf dem Sofa und sehe fern) ist tatsächlich von vagen höchst demonstrativ vorgetragenen Beschwerden zu sprechen, wohingegen der Gutachter bei der Befunderhebung feststellen konnte, dass der Beschwerdeführer durchaus aufheiter- und auslenkbar war. Zudem zeigten sich bei der Befunderhebung auch keine erkennbaren Auffassungs- oder Konzentrationsstörungen, auch nicht gegen Ende der Begutachtung. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer in zwei unterschiedlichen Beschwerdevalidierungsverfahren signifikant schlecht abschnitt. Vor diesem Hintergrund erweist sich die gutachterliche Beurteilung, dass keine psychiatrische Erkrankung und somit aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorliegt, als plausibel. Nichts anderes wurde bereits im Gutachten der Begutachtungsstelle E.____ im Jahr 2018 festgestellt. Somit hat sich gegenüber der letztmaligen Prüfung in psychiatrischer Hinsicht keine Änderung eingestellt. 9.3 Es ist zu prüfen, ob die weiter vorliegenden psychiatrischen Berichte Zweifel an der psychiatrischen Beurteilung des Gutachters, Dr. med. N.____, aufkommen lassen. Der Beschwerdeführer lässt hierzu ausführen, die C.____ hätten den Beschwerdeführer nicht in stationäre Behandlung aufgenommen und eine weitere IV-Anmeldung in die Wege geleitet, wäre der Gesundheitszustand nicht derart schlecht. Der Gutachter verunglimpfe die C.____ und den behandelnden Arzt. Weiter setze sich das Gutachten mit den abweichenden Beurteilungen der behandelnden Fachärzte und Klinik nicht auseinander und erläutere nicht nachvollziehbar, weshalb deren Diagnosen, Beurteilungen und Behandlungen falsch sein sollten. Im Gutachten wird zu den vorliegenden ärztlichen Berichten gesagt, dass die Behandler seit Jahren stereotyp die gleichen Diagnosen wiederholen würden und nunmehr ihren Diagnosekatalog ergänzt

hätten. Dies ändere nichts daran, dass keine psychiatrische Diagnose verifiziert werden könne. Damit unterstellt der Gutachter den behandelnden Fachpersonen nicht, dass diese bewusst unqualifizierte Angaben machen würden, um dem Beschwerdeführer zu einer Rente zu verhelfen. Er hält gleichzeitig fest, dass sich die unterschiedliche Sichtweise darauf zurückführen lässt, dass von Seiten der Behandler nie eine Aggravation oder Simulation in Betracht gezogen worden sei, was ihnen in ihrer Rolle aber nicht vorzuwerfen sei. Daraus geht klar hervor, dass und weshalb der psychiatrische Gutachter von der Einschätzung der behandelnden Ärzte abweicht und davon ausgeht, dass kein (invalidisierendes) psychisches Leiden vorliegt. In diesem Zusammenhang ist auch der Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zu beachten (vgl. BGE 125 V 353 bzw. E. II. 5.4 hiervor). Somit erweist sich das psychiatrische Teilgutachten nicht als widersprüchlich. Es ist auch in sich nicht widersprüchlich, wie der Beschwerdeführer vorbringen lässt. Eine solche Widersprüchlichkeit soll darin liegen, dass der Gutachter von einer adäquaten medikamentösen Behandlung spreche, wenngleich keine psychische Erkrankung vorliege. Aus dem Umstand allein, dass eine Behandlung erfolgt und Medikamente eingenommen werden, lässt sich nicht ableiten, dass auch eine krankheitswertige Störung vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_795/2017 vom 19. März 2018 E. 3.1.1). Vielmehr erweist sich der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. D. ___ als in sich widersprüchlich, indem zuerst von vom Beschwerdeführer geäusserten passiven Todeswünschen gesprochen wird, bei der Befunderhebung dann gesagt wird, der Beschwerdeführer könne sich von Selbstgefährdung distanzieren, um schliesslich das Vorliegen einer gegenwärtig schweren depressiven Episode unter anderem mit suizidalen Gedanken zu begründen. In der Diagnoseliste hält Dr. med. D. ___ demgegenüber eine gegenwärtig mittel- bis schwergradige depressive Episode fest. Auch legt er zunächst im Verlauf dar, es bestehe sowohl für die angestammte als auch angepasste Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr. Im gleichen Bericht postuliert er später eine generelle Arbeitsfähigkeit von höchstens 25 %. Insofern vermag dieser Bericht keine Zweifel an der gutachterlichen Expertise zu erwecken.

9.4 Im rheumatologischen Teilgutachten wird ausführlich und inhaltlich einleuchtend dargelegt, dass sich die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden einerseits generalisiert in den Weichteilen (linksbetont) des Schulter- und Beckengürtels lokalisierten, andererseits an der Lendenwirbelsäule, mit einer Schmerzprojektion von da vorab in die linke untere Extremität. Das Weichteil-Schmerzsyndrom könne als myofaszielles Schmerzsyndrom beurteilt werden, ohne Hinweise auf ein eindeutiges radikuläres Schmerzgeschehen und sowohl anamnestisch als auch klinisch ohne Hinweise auf eine inflammatorische Grundlage dieser Beschwerden. Die Klassifikationskriterien für ein klassisches Fibromyalgiesyndrom seien nicht erfüllt. Die Schmerzsymptomatik an der linken oberen Extremität mit Neglect-Verhalten des linken Armes (ohne sichtbare Muskelatrophie der linken oberen Extremität gegenüber der rechten, weniger symptomatischen Extremität) könne teilweise auf eine aktenanamnestisch festgehaltene Kapsulitis adhäsiva zurückgeführt werden. Der auslösende Mechanismus zur Entwicklung derselben habe bis anhin nicht genau definiert werden können. Das MRT der Schultergelenke beidseits vom 5. September 2018 zeige geringgradige degenerative Veränderungen im AC-Gelenken beidseits, eine zentrale Delamination der Supraspinatussehne rechts bei im Übrigen unauffälliger Darstellung der Schultergelenke beidseits. Das Neglect-Phänomen sei schon in der E. ___-Begutachtung 2018 im gleichen Ausmass wie heute festgehalten worden. Seither hätten sich keine Veränderungen ergeben. Daneben bestehe ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, bei

einer im MRI nachgewiesenen degenerativen Diskopathie L5/S1 und Facettengelenksarthrosen in leichter Ausprägung auf den Segmenten L5 und L5/S1 (gemäss MRI der LWS vom 19. April 2021 sowie 2. Juli 2021). Diese Magnetomographien würden eine Neurokompression ausschliessen, ebenso könnten keine Hinweise für eine Spinalkanalstenose vorgefunden werden. Auch zeigten beide MRI-Untersuchungen keine Hinweise auf eine inflammatorische Grundlage der Rückenbeschwerden. Die festgehaltene ISG-Arthrose beidseits dürfte für die Schmerzentwicklung nicht von ätiopathogenetischer Relevanz sein. Bei der Untersuchung der LWS bzw. der Funktionseinheit LWS und untere Extremitäten seien infolge des aktiven Entgegenschliessens und der Unmöglichkeit des Beschwerdeführers sich von seinen Krücken zu lösen, unvollständige Befunde vorliegend. Die Befunde entsprächen aber in etwa denjenigen, die anlässlich der rheumatologischen Begutachtung der Begutachtungsstelle E.____ 2018 festgestellt worden seien. Hierzu ist festzuhalten, dass sich diese Beweislosigkeit aufgrund der unvollständigen Befunde zulasten des Beschwerdeführers auswirkt (Urteil des Bundesgerichts 9C_836/2019 vom 15. Juni 2020 E. 4.3). Im Vordergrund der Symptomatik steht damit gutachterlich gesehen ein generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom, mit Betonung der linken Körperseite und des Achsenskelettes. Die Schmerzsymptomatik zeige auffälligerweise ein Neglect-ähnliches Verhalten, in dem der Beschwerdeführer den linken Arm bei der Untersuchung (u.a. beim sich Aus- und Ankleiden) kaum einsetze. Dazu hält der Gutachter fest, dass bei einer langjährigen Schmerzanamnese eine deutliche Inaktivitätshypotrophie der Armmuskelgruppen zu erwarten wäre, was er beim Beschwerdeführer jedoch nicht feststellen kann. Eine gravierende Pathologie am linken Schultergelenk wird gestützt auf die Magnetomographie beider Schultergelenke 2018 ausgeschlossen, da dort keine wesentliche intra- und extraartikuläre Pathologie an den Schultergelenken nachgewiesen worden sei. Daneben bestehe ein sich chronifizierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, bei einer MRI-nachgewiesenen degenerativen Diskopathie L5/S1 und Facettengelenksarthrosen in leichter Ausprägung auf den Segmenten L4/5 und L5/S1 (MRI der LWS vom 19. April 2021 sowie 2. Juli 2021). Hinweise auf eine radikuläre oder inflammatorische Genese der Schulterschmerzen lägen nicht vor. Auffällig sei die Tatsache, dass der Beschwerdeführer ohne Krücken nicht gehen könne. Dies ist für den rheumatologischen Gutachter nicht nachvollziehbar, da es sich mit den objektivierbaren Befunden nicht erklären lässt. Es wird diesbezüglich noch einmal darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer während der ganzen klinischen Untersuchung immer wieder aktiv entgegengespannt habe, womit keine ganz vollständige klinische Einschätzung der effektiven Pathologien getroffen werden konnte. Diese Beweislosigkeit wirkt sich wie bereits erwähnt zulasten des Beschwerdeführers aus. Zum Schmerzsyndrom wird festgehalten, dass sich dieses sich therapieresistent verhalte und sich chronifiziert sowie generalisiert habe. Zudem bestehe weiterhin eine deutliche Diskrepanz zwischen den invalidisierenden Beschwerden und den geringfügigen pathologischen und objektivierbaren Befunden. Die angegebenen Beschwerden und das Verhalten während der Untersuchung seien inkonsistent und in Bezug auf die Alltagsaktivitäten, auf die Akten sowie auf die aktuell durchgeführten Untersuchungen nicht nachvollziehbar. Schliesslich wird Bezug auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen genommen und schlüssig dargelegt, dass die aktuellen Befunde und die aktuelle Einschätzung der klinischen Symptomatologie im Wesentlichen derjenigen der E.____-Begutachtung 2018 entsprächen. Der Gesundheitszustand hat sich somit aus rheumatologischer Sicht nicht verändert. Zusammenfassend wird gestützt auf die erhobenen Befunde festgehalten, dass sich

wesentliche Veränderungen der somatischen Befunde gegenüber denjenigen der rheumatologischen Begutachtung der Begutachtungsstelle E.____ 2018 nicht erkennen liessen. Wie bereits bei der damaligen Begutachtung wird eine deutliche Diskrepanz zwischen den invalidisierend angegebenen Beschwerden und den geringfügigen pathologischen und objektivierbaren Befunden festgestellt. Allerdings geht der rheumatologische Gutachter bei gleicher Sachlage im Gegensatz zum Gutachten der Begutachtungsstelle E.____ nicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus und begründet dies mit einer leichtgradigen Reduktion der zumutbaren Belastbarkeit des Achsenskelettes und einer mittelgradigen Einschränkung der zumutbaren Belastbarkeit der linken oberen Extremität bestünden. Im Gegensatz zur früheren Expertise wird in einer leidensangepassten Tätigkeit (Wechselpositionen, Vermeiden des Bückens und Aufrichtens, Vermeiden von Arbeiten in Vorneigehaltung des Rumpfes, Vermeiden des Anhebens und Tragens von Gewichten über 10 kg, Vermeiden von rein statischen Belastungen des Achsenskelettes im Sitzen und im Stehen ohne die Möglichkeit zu Wechselpositionen, Vermeiden von Arbeitseinsätze der linken oberen Extremität auf oder über Schulterhöhe) eine mögliche Arbeitsleistung von 8,5 Stunden pro Tag mit einer rheumatologisch begründbaren Leistungsminderung von maximal 10 % attestiert. Somit wird von einer 90%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen, während dem für die angestammte Tätigkeit eine 20%ige Arbeitsfähigkeit gesehen wird.

9.5 Der Beschwerdeführer hat der rheumatologischen Beurteilung im Wesentlichen nichts entgegenzusetzen, abgesehen von der pauschal hervorgebrachten Rüge, das myofasziale Schmerzsyndrom werde nicht näher untersucht. Dies ist nicht nachvollziehbar, wird dieses doch von rheumatologischen Gutachter diagnostiziert und als sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkend beurteilt. Inwiefern dieses (noch) näherer Untersuchung bedurft hätte, ist nicht ersichtlich und wird nicht dargelegt. Gleich verhält es sich mit dem Vorbringen, es werde nicht näher begründet, weshalb das lumbospondylogene Schmerzsyndrom die Voraussetzungen nicht erfülle, um als invalidisierend klassifiziert zu werden. Schliesslich wird bemängelt, dass nicht dargelegt werde, weshalb die Klassifikationskriterien für eine Fibromyalgie nicht erfüllt seien. Gemäss Aktenlage war das Vorliegen einer Fibromyalgie bis anhin kein Thema. Auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte gehen nicht vom Vorliegen einer solchen aus. 9.6 Schliesslich erweist sich auch die internistische gutachterliche Beurteilung als nachvollziehbar. Diese wird auch nicht beanstandet. Demgemäss besteht beim Beschwerdeführer ein Bluthochdruck, der medikamentös leitliniengerecht eingestellt ist. Zusätzlich liegen eine Adipositas Grad II, ein Asthma bronchiale und ein Schlafapnoesyndrom vor, was ebenfalls alles adäquat behandelt wird. Eine Diskrepanz zur Aktenlage zeigt sich nicht und es besteht wie in der Vergangenheit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit aus internistischer Sicht. Verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenablehnung vom 12. Dezember 2019 hat sich der Gesundheitszustand nicht wesentlich verändert. 9.7 Insgesamt zeigt sich, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zu Recht auf das beweiskräftige Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ abgestellt hat. Demgemäss hat sich der Gesundheitszustand gegenüber der Situation anlässlich der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle E.____ (letztmalige materielle Rentenprüfung) nicht wesentlich verändert. Allerdings wird die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (bei gleicher Sachlage) anders beurteilt und aufgrund der rheumatologischen Symptomatik in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 10%ige Einschränkung in der Leistungsfähigkeit angenommen. Für die angestammte Tätigkeit wird, auch aus rheumatologischer Sicht, von

einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. 10. Die Beschwerdegegnerin hat aufgrund der abweichenden Beurteilung der Leistungsfähigkeit durch die Begutachtungsstelle B.____ einen Einkommensvergleich vorgenommen, der unbestritten geblieben und nicht zu beanstanden ist. Die Beschwerdegegnerin hat für die Berechnung des Validen- und des Invalideneinkommens jeweils einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen. Die angewendeten Tabellenlöhne (TA1_tirage_skill_level 2018) erscheinen korrekt. Für das Valideneinkommen wurde mit Blick auf die angestammte Tätigkeit auf Ziff. 49 – 53, Niveau 1 Männer (Verkehr und Lagerei) abgestellt. Beim Invalideneinkommen wurde gemessen am zumutbaren Tätigkeitsprofil das Total Niveau 1 Männer angenommen. Unter Aufrechnung der Wochenstunden und Berücksichtigung des Nominallohnindex errechnet sich ein Invaliditätsgrad von 7 %. Damit ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 11

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

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