

SO_GERICHTE VSBES.2022.159 vom 13. Juli 2022

SO Obergericht, 2022-07-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.159

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.159 du 13 juillet 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.159 del 13 luglio 2022

Erwägungen

E. 1

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

1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 13. Juli 2022) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen.

E. 2

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in Kraft bis 31. Dezember 2021) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR830.1]) sind.

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in Kraft bis 31. Dezember 2021) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 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 (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

E. 3

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

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

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 4

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die Ärztinnen und Ärzte sowie 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) auf: Führt die pflichtgemässe,

umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008, E. 2.2.1 mit weiteren Hinweisen).

4.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanmeldung des Beschwerdeführers gestellte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 13. Juli 2022 zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren durch Vergleich des zuletzt materiell rechtskräftig beurteilten Sachverhalts vom 28. Januar 2013, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 13. Juli 2022 (vgl. E. II. 3.2 hiervor).

5.1 Im Folgenden ist zunächst der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er sich im Referenzzeitpunkt (rechtskräftige Verfügung vom 28. Januar 2013) präsentiert hat:

5.1.1 Der Beschwerdeführer unterzog sich am 3. Juni 2010 einer durch die Unfallversicherung veranlassten kreisärztlichen Untersuchung bei Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Chirurgie (IV-Nr. 14.2). Der Kreisarzt konnte folgende Diagnosen stellen:

Der Beschwerdeführer sei am

E. 5

März 2009 auf einer Treppe ausgerutscht und habe sich dabei mit der rechten Hand am Geländer festgehalten. Hierbei sei es zu einem Distorsionstrauma der rechten Schulter gekommen. Es bestehe ein Zustand nach Distorsionstrauma der rechten Schulter anlässlich eines Treppensturzes. Die Unfallkausalität sei gegeben. Auf Wunsch des Beschwerdeführers sei primär ein konservativer Behandlungsversuch erfolgt, womit kein durchschlagender Heilerfolg habe erreicht werden können. Aus diesem Grund sei dann sekundär eine Arthroskopie mit der oben genannten arthroskopischen Operation erfolgt. Der postoperative Verlauf sei kompliziert gewesen durch eine Frozen Shoulder. In der Zwischenzeit sei dem Beschwerdeführer die Arbeitsstelle gekündigt worden. Es sei nun von Seiten der IV eine Evaluation im Gang bezüglich beruflicher Umschulungsmassnahmen. Aktuell wären dem Beschwerdeführer lediglich leichte Tätigkeiten auf Tischhöhe zumutbar mit der Möglichkeit, den rechten Arm abzustützen. Dazu komme eine erhebliche zeitliche Einschränkung wegen dem aktuellen Therapiebedarf viermal pro Woche. Unter diesen Umständen sei eine Vermittelbarkeit des Beschwerdeführers nicht gegeben. Im Unfallschein habe Dr. med. C.____ weiterhin die volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die medizinische wie auch die versicherungsrechtliche Situation sei dem Beschwerdeführer anlässlich des Abschlussgespräches eingehend erläutert worden. Dieses Abschlussgespräch habe im Beisein des fallführenden Sachbearbeiters, Herrn D.____, stattgefunden. Über den weiteren Verlauf lasse er sich gerne wieder berichten.

5.1.2 Am 5. Januar 2011 unterzog sich der Beschwerdeführer bei der Diagnose einer «Retraktilen Kapsulitis mit Instabilität der langen Bicepssehne rechts bei St. n. arthroskopischer SLAP-Refixation rechts am 30. Oktober 2009» einem weiteren Eingriff (Schulterarthroskopie rechts mit Tenotomie der langen Bicepssehne und Arthrolyse mit zirkulärer Kapsulotomie) in der E.____, [...] (IV-Nr. 60).

Dem Bericht der E.____ vom 28. März 2011 (IV-Nr. 22.5) lässt sich folgende Diagnose entnehmen: «Drei Monate nach arthroskopischer Kapsulotomie mit Bicepstenodese bei Diabetes mellitus rechts». Der Verlauf sei weiterhin regelrecht. Die Physiotherapie sei nur noch zwei Mal pro Woche mit Mobilisation in die Endstellungen begleitet von einem täglich durchzuführenden niederschweligen Heimprogramm weiterzuführen. Der Beschwerdeführer habe seine Stelle als Maschinist verloren, dementsprechend könne er erst wieder bei voller Arbeitsfähigkeit vermittelt werden und diese werde per 1. Juni 2011 bestätigt.

Mit Bericht vom 18. Juli 2011 wurde die Behandlung in der E.____ bei voller Belastbarkeit und voller Arbeitsfähigkeit abgeschlossen (IV-Nr. 22.2). Diese wurde mit Bericht vom 19. September 2011 erneut bestätigt (IV-Nr. 23 S. 5). Es bestehe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit, allenfalls mit leicht eingeschränkter Überkopf-Einsatzfähigkeit der rechten Schulter. Längerfristig könne von einem Erhalt der vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

5.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. Juli 2022 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

5.2.1 Die MRT-Untersuchung des Schultergelenkes links vom 13. Oktober 2017 in der F.____ hat folgende Beurteilung ergeben (IV-Nr. 40.5 S. 4 f.): Mässiggradige hypertrophe AC-Gelenksarthrose, minime Partialruptur am Vorderrand der Supraspinatussehne, schwere Tendinose am Oberrand der Subscapularissehne, Partialruptur und Splitting der langen Bizepssehne im intraartikulären Verlauf, SLAP-Läsion Typ II und eingerissener bicipitolabraler Komplex.

5.2.2 Am 12. Januar 2018 wurde der Beschwerdeführer in der G.____ in [...] an der linken Schulter operiert (1. Schulterarthroskopie links mit LB-Tenotomie, partieller Synovektomie, ventraler Kapsulotomie mit MGHL-Resektion, Bursektomie, Acromioplastik, 2. Offene LB-Tenolyse und Tenodese nach POST; vgl. IV-Nr. 35). Dem hierzu ergangenen Operationsbericht lässt sich folgende Diagnose entnehmen: Subacromiales Impingement Schulter links mit Pulley-Läsion mit Tendinitis der langen Bizepssehne und SLAP-II-Läsion, massiver Synovialitis, beginnender adhäsiver Kapsulitis, Bursitis subacromialis. Zur Indikation wurde dargelegt, der Beschwerdeführer berichte, vor drei Jahren einen Unfall mit der linken Schulter gehabt zu haben. Hierbei habe er ein Schaf am Nacken mit dem linken Arm gefasst. Dieses sei von hinten gegen den Ellbogen gesprungen, so dass es zu einem Hyperextensionstrauma in der Schulter gekommen sei. Initial habe der Beschwerdeführer für eineinhalb Jahre Physiotherapie durchgeführt, was zu keiner Beschwerdebesserung geführt habe. Insbesondere schnelle Bewegungen hätten ihm Beschwerden gemacht. MR-tomographisch habe sich am 13. Oktober 2017 oben genannte Diagnose gezeigt, so dass der Beschwerdeführer sich nun zur Zweitmeinung in der Sprechstunde vorstelle. Hauptschmerz werde über Bizepssehne sowie lateral angegeben. Aufgrund der schon seit drei Jahren bestehenden Schmerzen und MR-tomographischer Pulley-Ruptur mit Ausschöpfen der konservativen Möglichkeiten sei die Indikation zur operativen Versorgung gegeben.

5.2.3 Im Arztbericht vom 4. Juli 2018 stellte pract. med. H.____, Stv. Oberärztin, G.____, die folgenden Diagnosen (IV-Nr. 52 S. 6 ff.):

Weiter führte sie aus, der Beschwerdeführer habe sich zur Zweitmeinung am 12. Dezember 2017 erstmals in ihrer Sprechstunde vorgestellt. Drei Jahre zuvor habe er einen Unfall mit der linken Schulter gehabt, bei welchem es zu einem Hyperextensionstrauma in der Schulter geführt habe. Eineinhalb Jahre Physiotherapie habe zu keiner Beschwerdelinderung geführt. Insbesondere schnelle plötzliche Bewegungen führten zu Schmerzen. Der Hauptschmerz werde über der langen Bizepssehne sowie lateral angegeben. Aufgrund der deutlichen Schmerzen sowie degenerativen Zeichen im Verlauf der Bizepssehne und des Pulley-Komplexes sei die Indikation zur Operation erfolgt, welche am 12. Januar 2018 durchgeführt worden sei. Postoperativ habe sich ein regelrechter Verlauf gezeigt. Einmalig sei die Notfallvorstellung am 18. April 2018 erfolgt, da der Beschwerdeführer eine Hyperextensionsbewegung im Ellbogen durchgeführt und die Sorge eines Bizepssehnenabrisses gehabt habe. Dies habe im Ultraschall nicht dargestellt werden können. Insgesamt habe sich postoperativ eine leichte adhäsive Kapsulitis ausgebildet, so dass der Verlauf sich leicht protrahiert darstelle. Von Seiten der Schulter zeigten sich zunehmende Beweglichkeit sowie abnehmende Schmerzen. Die Physiotherapie werde weiter regelmässig durchgeführt und Schmerzmitteleinnahme sei nur gelegentlich notwendig. Nach Abklingen der Rücken- sowie Schulterbeschwerden sehe pract. med. H.____ eine gute Prognose zur Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Aufgrund der Bewegungseinschränkung sowie Kraftminderung der

linken oberen Extremität sowie starken Rückenschmerzen mit in das Bein ausstrahlenden Schmerzen sei eine strenge körperliche Belastung nicht zumutbar. Insbesondere seien keine Überkopfarbeiten sowie keine Arbeiten in gebückter und gehockter Stellung zumutbar.

5.2.4 Dem Verlaufsbericht der G. ___ vom 15. März 2019 (IV-Nr. 57 S. 3 ff.) lassen sich die folgenden Diagnosen entnehmen:

Weiter wurde dargelegt, sowohl die neu hinzugekommene Schulter-Diagnose (Supraspinatussehnenruptur) sowie die Lumbalgien hätten einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer bleibe nach wie vor arbeitsunfähig, dies seit Januar 2018. Aufgrund der neuen Diagnose der Supraspinatussehnenruptur der Schulter sei dem Beschwerdeführer eine operative Versorgung empfohlen worden. Diese wolle er aktuell nicht in Anspruch nehmen.

Mit Arztbericht vom 29. Mai 2019 (IV-Nr. 62 S. 6 ff.) bestätigte die G. ___ die im Vorbericht vom 15. März 2019 gestellten Diagnosen. Weiter wurde dargelegt, der Beschwerdeführer werde in seinem ursprünglichen Beruf nicht mehr arbeitsfähig sein. Leichtere Tätigkeiten, Bürotätigkeiten etc. wären denkbar. Eine dem Leiden des Beschwerdeführers angepasste Tätigkeit sei ihm acht Stunden täglich zumutbar.

5.2.5 Am 2. Juli 2019 nahm Dr. med. I. ___, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 65). Er führte aus, die angestammte Tätigkeit als Bauer/Landwirt sei dem Beschwerdeführer seit dem 1. September 2017 nicht mehr zumutbar. Eine angepasste berufliche Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer im Vollpensum zumutbar. Seit wann diese Beurteilung gelte, sei nicht leicht zu bestimmen, da die behandelnden Ärzte diesbezüglich keine eindeutige Stellungnahme abgegeben hätten. Im Bericht der G. ___ vom 4. Juli 2018 stehe, dass eine Wiedereingliederung in zwei bis drei Monaten stattfinden könnte, d.h. ab September / Oktober 2018. Gestützt auf diese Beurteilung des RAD-Arztes stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 26. Juli 2019 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-Nr. 66).

5.2.6 Am 24. April 2020 nahm der Abklärungsfachmann J. ___ Stellung zum Einwand des Beschwerdeführers (IV-Nr. 74). Er führte aus, bevor überhaupt zum Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, gleich welcher Art, erneut Stellung genommen werden könne, gelte es medizinisch abzuklären, welche Tätigkeiten dem Beschwerdeführer in welchem Umfang überhaupt noch zuzumuten seien. Ob hier ein bidisziplinäres Gutachten wie gefordert, oder nicht doch eher ein polydisziplinäres Gutachten die bessere Grundlage bilde, müsse der RAD der IV entscheiden. Über einen allfälligen (Teil-) Rentenanspruch könne erst nach Klarheit in den medizinischen Belangen und nach allfälliger Durchführung von Eingliederungsmassnahmen abschliessend entschieden werden.

5.2.7 Nach Rücksprache mit dem RAD (IV-Nr. 76) liess die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer durch die Begutachtungsstelle B. ___, [...], polydisziplinär (internistisch, orthopädisch, psychiatrisch und neurologisch) begutachten. Das Gutachten wurde am 21. Juni 2021 erstattet (IV-Nr. 89.1 ■ 89.7). Dem Gutachten lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 89.1 S. 5 f.):

Relevante Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Relevante Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Weiter lässt sich dem B.____-Gutachten entnehmen, es seien vorrangig muskuloskelettale Beschwerden limitierend, wie im orthopädischen Gutachten ausgeführt worden sei. In einer angepassten Tätigkeit mit Wechselbelastung und vorwiegendem Sitzen, ohne widrige Witterungsverhältnisse, ohne schweres Heben und Tragen, ohne Arbeiten über Brusthöhe und ohne Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern sei ab gutachterlicher Untersuchung eine Arbeitsfähigkeit von 100 % gegeben. Nicht mehr möglich seien körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten, Arbeiten in Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern sowie ausschliessliches Gehen und Stehen (IV-Nr. 89.1 S. 6).

Aus neurologischer Sicht seien darüber hinaus allenfalls wegen der subjektiv bisweilen bei schnellen Körperpositionsänderungen auftretenden Schwindelgefühle exponierte Arbeiten auf Leitern und Gerüsten nicht geeignet. Aufgrund der muskuloskelettalen Beschwerden wären diese aber ohnehin nicht sinnvoll. Arbeiten mit sehr hoher Monotonie sollten eher vermieden werden oder allenfalls mit kurzen Erholungspausen durchgeführt werden. Andere Einschränkungen lägen nicht vor (IV-Nr. 89.1 S. 6).

Aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht ergebe sich prinzipiell durch den Diabetes mellitus die Notwendigkeit, dass Arbeiten mit erhöhtem Eigen- oder Fremdgefährdungspotential nicht geeignet seien. Zudem sollten stark stressbelastende Tätigkeiten vermieden werden, da hierunter evtl. Hypoglykämien verursacht werden könnten. Insgesamt sei der Diabetes mellitus seit 1977 jedoch gut kontrolliert und Hypoglykämien seien bis dato nicht aufgetreten, so dass sich hier keine durchgreifende Einschränkung des Fähigkeitsprofils ergebe (IV-Nr. 89.1 S. 6).

Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich keine Einschränkungen (IV-Nr. 89.1 S. 6).

In der interdisziplinären Beurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit als Landwirt eine Arbeitsfähigkeit nur noch für leichte Tätigkeiten im Rahmen von 50 % vorhanden sei (vier Arbeitsstunden ohne Leistungsminderung). Nicht mehr möglich seien körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten, Arbeiten in Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern sowie ausschliessliches Gehen und Stehen. Nach erster Operation der rechten Schulter am 30. Oktober 2009 habe für drei Monate postoperativ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Danach sei eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 80 % bis zur zweiten Operation vorhanden gewesen. Mit zweiter Operation der linken Schulter vom 12. Januar 2018 sei für drei Monate eine Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit ausgewiesen gewesen. Ab 13. April 2018 habe die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit 50 % betragen. Andere quantitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus den anderen Fachbereichen lägen nicht vor. Eine angepasste Tätigkeit zeichne sich durch Wechselbelastung und vorwiegendes Sitzen, Fehlen von widrigen Witterungsverhältnissen, Fehlen von schwerem Heben und Tragen, Fehlen von Arbeiten über Brusthöhe und Fehlen von Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern aus. Schnelle Körperpositionsänderungen könnten zu flüchtigen Schwindelgefühlen führen, so dass exponierte Arbeiten auf Leitern und Gerüsten nicht geeignet seien. Arbeiten mit sehr hoher Monotonie sollten eher vermieden werden oder allenfalls mit kurzen Erholungspausen durchgeführt werden. Aufgrund des Diabetes mellitus seien prinzipiell Arbeiten mit erhöhtem Eigen- oder Fremdgefährdungspotential nicht geeignet, zudem seien stark stressbelastende Tätigkeiten zu vermeiden, da hierunter evtl. Hypoglykämien verursacht werden könnten. In einer solchen medizinisch-theoretisch adaptierten Tätigkeit wäre eine maximale Präsenz von acht Stunden am Arbeitstag möglich, ohne Leistungseinschränkung. Somit liege eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vor.

Retrospektiv gelte diese Beurteilung drei Monate nach letzter Operation vom 12. Januar 2018, das heisse ab 12. April 2018 (IV-Nr. 89.1 7).

5.2.8 Am 6. Juli 2021 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. K.____, Fachärztin für Neurologie FMH, Stellung zum B.____-Gutachten (IV-Nr. 92). Sie legte dar, das vorliegende Gutachten sei in Kenntnis der Vorakten erstellt worden. Es beruhe auf ausführlicher Anamnese und fachspezifischen Befunderhebungen. Die Diagnosen würden hergeleitet und begründet und seien insgesamt nachvollziehbar. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit würden die objektivierbaren Befunde, der Schweregrad, die funktionellen Auswirkungen, aber auch die Konsistenz der Beschwerdeschilderung und die Kontextfaktoren berücksichtigt. Der Beschwerdeführer habe sich 2009 und 2015 bei Überstreckungstraumata der rechten sowie der linken Schulter Verletzungen der Bizepssehnen und der Rotatorenmanschetten zugezogen. Die Schultern seien operativ versorgt worden (rechts am 30. Oktober 2009, links am 12. Januar 2018). Das funktionelle Resultat sei gut. Im neurologischen, allgemeininternistischen und psychiatrischen Fachgebiet seien keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden. Vorrangig seien die muskuloskelettalen Beschwerden limitierend, qualitative Anpassungen des Zumutbarkeitsprofils ergäben sich aber auch durch den Diabetes. Eine relevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht erwartet werden. Durch eigenständiges muskuläres Training könne aber einer weiteren Verschlechterung entgegengewirkt werden.

Nachdem der Beschwerdeführer Stellung zum polydisziplinären B.____-Gutachten genommen hatte (vgl. IV-Nr. 93), äusserte sich Dr. med. K.____ am 13. Juli 2021 in ihrer Beurteilung wie folgt: Der Rechtsanwalt führe an, dass im vorliegenden Gutachten das Rückenleiden nicht beachtet worden sei und sich der orthopädische Gutachter nur mit dem Schulterleiden auseinandergesetzt habe. Diese Kritik sei nicht nachvollziehbar. Der orthopädische Gutachter erfasse das Rückenleiden in der Anamnese, er untersuche den Rücken klinisch und er lasse sogar Röntgenbilder der BWS und LWS anfertigen. Klinisch fänden sich eine Thorakalskoliose mit Rippenbuckelbildung, eine Klopfdolenz lumbosakral bei erhaltener LWS Beweglichkeit und keine Zeichen einer Radikulopathie. Radiologisch zeigten sich neben der Skoliose nur geringe degenerative Veränderung im Bereich der ISG beidseits, die Wirbelsäule selbst sei maximal leichtgradig degenerativ verändert. Aktenanamnestisch sei der Beschwerdeführer in der Vergangenheit wegen aktivierter Facettengelenksarthrose mittels Infiltrationen behandelt worden. Zum Zeitpunkt der Begutachtung sei aber weder vom Beschwerdeführer eine akute Lumbalgie beklagt, noch in der Untersuchungssituation eine solche erfasst worden. Der neurologische Gutachter explore die Rückenschmerzen auch und könne in der Untersuchungssituation keine groben Auffälligkeiten erfassen, explizit würden sogar Symptome der Facettengelenksarthrosen gesucht. Die Schlussfolgerungen der Gutachter, dass diese objektivierbaren Veränderungen der BWS und LWS keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten, seien nachvollziehbar.

6.1 Den Einschätzungen der orthopädischen Teilgutachterin (IV-Nr. 89.4) liegt eine umfangreiche klinische Untersuchung (vgl. IV-Nr. 89.4 S. 6 f.) zugrunde. Die Gutachterin zog für die Beurteilung die im Rahmen der Begutachtung erstellten MRI-Berichte des rechten Schultergelenkes sowie der Brust- und Lendenwirbelsäule bei (vgl. IV-Nr. 89.4 S. 3). Die Orthopädin fasste die Ergebnisse ihrer Untersuchungen wie folgt zusammen: Zur Untersuchung erscheine pünktlich ein 57-jähriger Versicherter in gutem Allgemein- und

Ernährungszustand. Pulmonale oder kardiale Stauungszeichen fehlten. Die Körpergrösse werde mit 178 cm, das Gewicht mit 80 kg gemessen. Daraus errechne sich ein BMI von 25,2. Das Gangbild sei unauffällig; spezielle Abnutzungen des Schuhwerkes könnten nicht festgestellt werden. Hilfsmittel zum Gehen würden nicht eingesetzt. Der Beschwerdeführer trage Konfektionsschuhwerk. Die Wirbelsäule sei im Sinne einer linkskonvexen Thorakalskoliose verändert. In aufrechter Position der Wirbelsäule stehe die linke Schulter tiefer als die rechte Schulter. Ein Klopfschmerz könne lumbosakral ausgelöst werden. Es bestehe ein Vorlauf des linken ISG sowie eine erhebliche Rippenbuckelbildung bei Vorneige im Rahmen einer linkskonvexen Thorakalskoliose. Eine Beinlängendifferenz sei nicht vorhanden. Der Finger-Fussboden-Abstand werde mit 28 cm gemessen. Zu den oberen Extremitäten führte sie aus, inspektorisch sei ein Schultertiefstand links vorhanden. Die Bewegungen der oberen Extremitäten für Abduktion und Innen/Aussenrotation seien eingeschränkt. Rechts falle ein prominenter Bauch des M. biceps auf. Nach CTS-OP rechts fänden sich reizlose Narben. Die Beugung des rechten Kleinfingers sei eingeschränkt. Nach Angaben des Beschwerdeführers habe er keine Probleme damit bei der täglichen Arbeit. Die grobe Kraft sowie die Sensibilität der oberen Extremitäten seien seitengleich und regelrecht. Alle Reflexe seien nicht auslösbar bis auf den Bizepssehnenreflex rechts. Die Prüfung der Funktionalität sei in der Tabelle "Obere Extremitäten" nach Neutral Null aufgelistet. An den unteren Extremitäten seien inspektorisch keine Auffälligkeiten feststellbar. Im Liegen bestehe eine Beinlängenverkürzung links von 0,5 cm. Das Muskelrelief sei seitengleich; Anspannung und Entspannung gelängen seitengleich. Die Muskeleigenreflexe der unteren Extremitäten könnten nicht ausgelöst werden. An den Kniegelenken könne medial ein Druckschmerz in Höhe des medialen Gelenkspaltes ausgelöst werden. Ein Erguss sei nicht tastbar. Die Überprüfung der Kreuzbänder sowie des medialen und lateralen Bandapparates ergebe geringe Hinweise auf Instabilität medial betont. Die Füsse seien im Sinne eines Knicks / Spreizfusses beidseits verändert. Wesentliche funktionelle Einschränkungen der Sprung- und Zehengelenke seien nicht vorhanden. Das Bewegungsausmass und die Ergebnisse der Umfangmessung seien in der Tabelle "Untere Extremitäten" nach Neutral Null festgehalten. Nach Angabe des Beschwerdeführers belaste er das rechte Bein mehr. Zum peripheren Neurostatus führte die Gutachterin aus, bis auf den Bizepssehnenreflex seien die Muskeleigenreflexe der oberen und unteren Extremitäten erloschen. Auffälligkeiten für die Sensibilität beständen nicht. Das Lasègue-Zeichen sei beidseits negativ.

Daraus resultierend kommt die orthopädische Gutachterin zum nachvollziehbaren Schluss, in der angestammten Tätigkeit als Landwirt sei eine Arbeitsfähigkeit nur noch für leichte Tätigkeiten im Rahmen von 50 % vorhanden. In einer angepassten Tätigkeit mit Wechselbelastung und vorwiegendem Sitzen, ohne widrige Witterungsverhältnisse, ohne schweres Heben und Tragen, ohne Arbeiten über Brusthöhe und ohne Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern sei ab gutachterlicher Untersuchung eine Arbeitsfähigkeit von 100 % gegeben. Nicht mehr möglich seien körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten, Arbeiten in Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern sowie ausschliessliches Gehen und Stehen (IV-Nr. 89.4 S. 8). Seit dem Zeitpunkt der befristeten Rente habe der Beschwerdeführer eine weitere Operation am 12. Januar 2018 an der linken Schulter gehabt. Durch diesen Eingriff sei die Belastbarkeit in der angestammten Tätigkeit als Landwirt gesunken. Für den Zeitraum drei Monate postoperativ sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit ausgewiesen gewesen. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Landwirt sei demnach ab 12. April 2018 mit 50 %, in einer

angepassten Tätigkeit gemäss Zumutbarkeitsprofil zu 100 % gegeben (IV-Nr. 89.4 S. 9). Der Beschwerdeführer lässt dagegen einwenden, dass die orthopädische Gutachterin keinen Bezug auf die Knie- und Rückenbeschwerden nehme (vgl. Beschwerde Ziff. 4 S. 5 ff.; A.S. 14 ff.). Dazu ist festzuhalten, dass die orthopädische Gutachterin auch betreffend das Knie und den Rücken Befunde erhoben hat, diese jedoch plausibel und in Einklang mit den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers und den Akten als untergeordnet und sich damit nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkend einstuft.

6.3 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 89.6 S. 13 ff.) wird ausgeführt, aus internistischer Sicht bestehe beim Beschwerdeführer ein Diabetes mellitus seit 1977. Dieser sei seit Erstdiagnose gut mit Insulin eingestellt, gravierende Folgeschäden hätten sich bis dato diesbezüglich nicht eingestellt. Lediglich eine Augenlaserung sei hier erforderlich geworden. Es habe sich keine Mikroalbuminurie ergeben, dies sei zuletzt im April 2019 untersucht worden. Auch sei keine diabetische Polyneuropathie zu verzeichnen, zuletzt untersucht im September 2019. Aus diesem Grund seien somit die Fortführung der Therapie mit der Insulinpumpe sowie auch weiterhin eine regelmässige diabetologische Verlaufskontrolle angeraten. Aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht ergebe sich prinzipiell durch den Diabetes mellitus die Notwendigkeit, dass Arbeiten mit erhöhtem Eigen- oder Fremdgefährdungspotential nicht geeignet seien, zudem sollten stark stressbelastende Tätigkeiten vermieden werden, da hierunter evtl. Hypoglykämien verursacht werden könnten. Insgesamt sei der Diabetes mellitus seit 1977 jedoch gut kontrolliert und Hypoglykämien seien bis dato nicht aufgetreten, so dass sich hier keine durchgreifende Einschränkung des Fähigkeitsprofils ergebe. Diese Bewertung gelte ebenso retrospektiv (IV-Nr. 89.6 S. 20 f.). Diese Schlussfolgerung vermag gestützt auf die internistische Befunderhebung ebenfalls zu überzeugen.

Zusammenfassend könnten versicherungsmedizinisch aus neurologischer Sicht keine eigenständigen primär neurogenen Ursachen festgestellt werden zur Erklärung der subjektiv eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Es dominierten hier weit vorrangig die orthopädischen / muskuloskelettalen Beschwerden, es werde auf die entsprechende Bewertung verwiesen. Diese neurologische Beurteilung ist stimmig und sie deckt sich mit der Aktenlage.

Der Beschwerdeführer bringt vor, die Behauptung der Beschwerdegegnerin bzw. der RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 12. Mai 2022 (vgl. IV-Nr. 103), wonach der Bericht von Dr. med. M.____, Fachärztin für Gehirn- und Nerven Chirurgie (Neurochirurgie), vom 25. Januar 2022 und die neu angefertigten MRI-Bilder vom 31. August 2021 (vgl. E. II. 5.2.9 hiervor) keine neuen medizinischen Fakten lieferten, sei nicht korrekt. Durch den Bericht werde eben klar aufgezeigt, dass durch das Gutachten der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht korrekt abgeklärt worden sei. So stelle Dr. med. M.____ unter anderem die Diagnosen einer lumbalen Osteochondrose und Facettengelenksarthrose sowie Diskusprotrusionen L3-S1. In diesem Zusammenhang sei es denn eben auch schlicht falsch, dass die im MRI vom 31. August 2021 festgestellten Veränderungen bereits im Jahr 2018 so festgestellt worden seien. Vergleiche man die Befunde, falle auf, dass neu eine Einengung spinal / am Eingang der Neuroforamina sowie eine Beeinträchtigung der Radix L5 beidseits recessal / am Eingang der Neuroforamina und L4 rechts extraforaminal vorlägen (vgl. Beschwerde Ziff. 10 S. 12 f.; A.S. 21 f.). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass nach Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. K.____ nicht das Ausmass der radiologischen Veränderungen entscheidend ist, sondern der klinische Befund und die allenfalls daraus

abzuleitenden funktionellen Einschränkungen. Weder im Gutachten noch im knappen Bericht von Dr. med. M.____ würden Befunde beschrieben, die eine andere klinische Beurteilung als die im Gutachten erfolgte, erlauben würden (vgl. E. II. 5.2.10 hiervor). Eine ausführliche klinische Untersuchung durch die orthopädische Gutachterin der Gutachterstelle B.____ fand indes statt und führte diese zum Schluss, eine ideal angepasste Tätigkeit zeichne sich durch Wechselbelastung und vorwiegendes Sitzen, Fehlen von widrigen Witterungsverhältnissen, Fehlen von schwerem Heben und Tragen, Fehlen von Arbeiten über Brusthöhe und Fehlen von Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern aus. Der neue MRI-Bericht vom 31. August 2021 vermag demnach für sich allein ■ ohne dass neue klinische Befunde eine relevante Verschlechterung gegenüber der gutachterlichen Situation zeigen ■ keine Zweifel am B.____-Gutachten zu wecken (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_646/2015 vom 19. Mai 2016 E. 4.2 mit Hinweisen).

6.7 Zusammenfassend wird der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle B.____ weder durch die zeitlich danach verfassten medizinischen Akten noch durch die Vorbringen des Beschwerdeführers in Zweifel gezogen. Damit erweist sich das Gutachten vom 21. Juni 2021 als voll beweiswertig. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung vom 13. Juli 2022 (A.S. 1 ff.) auf das polydisziplinäre Gutachten abgestellt hat. Es kann somit auf die im polydisziplinären Gutachten ausgewiesene Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden (vgl. E. II. 5.2.7 hiervor). Gestützt darauf steht fest, dass seit dem letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 28. Januar 2013 (IV-Nr. 31) eine rechtsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, indem in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vorliegt. Für die Vornahme weiterer Abklärungen ■ wie durch den Beschwerdeführer beantragt (vgl. E. I. 2. hiervor) ■ besteht kein Anlass, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann.

7. Nachfolgend ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu prüfen.

7.1

7.1.1 Zur Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verdient hätte. In der Regel ist am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Lohn anzuknüpfen, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre; Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Erst wenn sich das Valideneinkommen aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse nicht hinreichend genau beziffern lässt, darf auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) zurückgegriffen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_396/2022 vom 21. April 2023 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Das Valideneinkommen von Selbstständigerwerbenden kann grundsätzlich auf der Basis der Einträge im Individuellen Konto (IK) bestimmt werden. Weist das zuletzt erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten

Durchschnittsverdienst abzustellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung schliesst jedoch nicht aus, dass auch bei Erwerbstätigen unter Umständen nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen abgestellt wird. Das trifft namentlich bei selbstständig Erwerbenden zu, wenn auf Grund der Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die versicherte Person im Gesundheitsfall ihre nicht einträgliche selbstständige Tätigkeit aufgegeben und eine besser entlohnte andere Tätigkeit angenommen hätte. Gleiches ist anzunehmen für den Fall, dass die vor der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübte selbstständige Tätigkeit wegen ihrer kurzen Dauer keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens darstellt, zumal in den ersten Jahren nach Aufnahme der selbstständigen Erwerbstätigkeit üblicherweise aus verschiedenen Gründen (hohe Abschreibungsquote auf Neuinvestitionen etc.) die Betriebsgewinne gering sind. Wenn sich die versicherte Person, auch als deren Arbeitsfähigkeit noch nicht beeinträchtigt war, jedoch über mehrere Jahre hinweg mit einem bescheidenen Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit begnügt hat, ist dieses für die Festlegung des Valideneinkommens massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_396/2022 vom 21. April 2023 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

7.1.2 In der angefochtenen Verfügung stützte sich die Beschwerdegegnerin zur Berechnung des Valideneinkommens auf den Durchschnittswert der im Individuellen Konto (IK) des Beschwerdeführers aufgeführten Einkommen aus der selbstständigen Erwerbstätigkeit als Landwirt in den Jahren 2013 bis 2017 und errechnete ein Valideneinkommen in Höhe von CHF 9'946.00. Ob dieses Vorgehen der Beschwerdegegnerin korrekt ist, oder ob das Valideneinkommen anhand der statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung (LSE) ermittelt werden müsste, wie dies vom Beschwerdeführer vorgebracht wird (vgl. Beschwerde Ziff. 11 S. 14 ff.; A.S. 23 ff.), muss vorliegend nicht abschliessend beurteilt werden. Selbst wenn das Valideneinkommen zu Gunsten des Beschwerdeführers anhand der LSE-Tabellenlöhne zu ermitteln und der Verdienst aus seiner selbstständigen Erwerbstätigkeit als Landwirt hinzuzurechnen wäre, resultierte daraus kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, wie nachfolgend zu zeigen ist. Diesfalls wäre das Valideneinkommen gestützt auf die LSE 2018, TA1_tirage_skill Level, Medianlohn für Männer im Total, Kompetenzniveau 1, zu ermitteln. Gemäss LSE 2018, TA1_tirage_skill_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'417.00 auszugehen (LSE 2018 TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr 2019 hochzurechnen und an den Nominallohnindex für das Jahr 2019 anzupassen ($CHF\ 5'417.00 \times 12 = CHF\ 65'004.00 / 40 \times 41.7 : 105.1 [2018] \times 106.0 [2019]$). Zusammen mit dem Durchschnittswert der im Individuellen Konto (IK) des Beschwerdeführers aufgeführten Einkommen aus der selbstständigen Erwerbstätigkeit als Landwirt in den Jahren 2013 bis 2017 ergibt sich damit ein Valideneinkommen von CHF 78'293.40 (CHF 68'347.00 + CHF 9'946.40).

7.2

7.2.1 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG).

Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die versicherte Person, bevor sie Leistungen verlangt, auf Grund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu

verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit im Allgemeinen, wie bei der Aufgabeder selbstständigen Erwerbstätigkeit im Besonderen, sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind namentlich der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich. Eine Betriebsaufgabe ist nur unter strengen Voraussetzungen unzumutbar und es kann ein Betriebs selbst dann nicht auf Kosten der Invalidenversicherung aufrecht erhalten werden, wenn die versicherte Person darin Arbeit von einer gewissen erwerblichen Bedeutung leistet (Urteil des Bundesgerichts 9C_305/2019 vom 30. Juli 2019 E. 5.3.2. mit Hinweisen).

7.2.2 Die Beschwerdegegnerin führte in ihrer Beschwerdeantwort vom 7. Oktober 2022 (A.S. 38 f.) aus, vor dem Hintergrund, dass der Beschwerdeführer erst 59 Jahre alt sei, ihm auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch eine Vielzahl an Tätigkeiten in einem vollen Pensum offen stünden und er bei Aufnahme einer Verweistätigkeit offensichtlich ein höheres Einkommen als im bisherigen Beruf zu erzielen vermöchte, sei von einer Zumutbarkeit der Betriebsaufgabe auszugehen. Die Vorbringen des Beschwerdeführers sind nicht geeignet darzutun, dass die festgestellte Einsatzmöglichkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht nachgefragt würde und ihm deshalb eine erwerbliche Verwertung der restlichen Arbeitsfähigkeit nicht zuzumuten wäre. Die Einwände beschränken sich in erster Linie auf die Behauptung, er sei infolge seines Alters und seiner gesundheitlichen Limitierungen nicht vermittelbar. Der am 2. April 1963 geborene Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 13. Juli 2022 59 Jahre alt. Es verblieben ihm somit immerhin noch 6 Jahre bis zur ordentlichen Pensionierung. In einer leidensangepassten Tätigkeit ist er zu 100 % arbeitsfähig. Diese Umstände lassen nicht den Schluss zu, eine Anstellung des Beschwerdeführers auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt sei nicht mehr realistisch. Der relevante (hypothetische) ausgeglichene Arbeitsmarkt beinhaltet durchaus Stellen, die für den Beschwerdeführer aufgrund des festgestellten Zumutbarkeitsprofils auch ohne lange Umstellungs- und Einarbeitungszeit in Frage kommen. Zudem umfasst der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sog. Nischenarbeitsplätze, bei welchen behinderte Personen mit einem sozialen Entgegenkommen seitens des Arbeitgebers rechnen können. Somit kann der Beschwerdeführer das ihm verbliebene Leistungsvermögen verwerten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_759/2018 vom 13. Juni 2019 E. 7.3 und 7.4.2 mit Hinweisen). Beizufügen ist schliesslich, dass der Beschwerdeführer neben seiner Erfahrung als Landwirt auf Grund von jahrelangen zusätzlichen Einsätzen im Rahmen unselbstständiger Tätigkeiten weitere Kenntnisse und Fähigkeiten erworben hat, welche in einem adaptierten Berufsumfeld die Vermittelbarkeit erleichtern (Urteil des Bundesgerichts 9C_305/2019 vom 30. Juli 2019 E. 5.3.1 mit Hinweisen). Insgesamt sind die hohen Hürden, welche die Praxis für die Annahme einer Unzumutbarkeit der Betriebsaufgabe aufgestellt hat, im hier zu beurteilenden Fall bei einer Gesamtwürdigung der konkreten objektiven und subjektiven Umstände nicht erfüllt.

7.2.3 Da es dem Beschwerdeführer demnach möglich ist, eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 100 % auszuüben, er aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der LSE festgesetzt werden. Die Beschwerdegegnerin stützte sich hierbei auf LSE 2018, TA1_tirage_skill Level, Medianlohn für Männer im Total, Kompetenzniveau 1, ab, was grundsätzlich unbestritten blieb. Gemäss LSE 2018, TA1_tirage_skill_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'417.00 auszugehen (LSE 2018 TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41.7 im Jahr 2019 hochzurechnen und an den Nominallohnindex für das Jahr 2019 anzupassen ($\text{CHF } 5'417.00 \times 12 = \text{CHF } 65'004.00 / 40 \times 41.7 : 105.1 [2018] \times 106.0 [2019]$). Damit ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 100 % ein Invalideneinkommen von CHF 68'347.00.

7.2.4 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin einen Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 10 % vorgenommen (vgl. Beschwerdeantwort vom 7. Oktober 2022; A.S. 38 f.). Der Beschwerdeführer bringt vor, im vorliegenden Fall sei der höchstmögliche Abzug von 25 % gerechtfertigt.

Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, die sich im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4, mit Hinweis, zur Frage der grundsätzlichen Nachfrage nach Hilfsarbeiten gemäss dem vorliegend angemessenen Kompetenzniveau 1 auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt) besteht kein Raum. Zudem kann der Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit in einem Vollzeitpensum ausüben, womit kein Teilzeitabzug zu gewähren ist. Jedoch erscheint es angesichts des im B.____-Gutachten statuierten Zumutbarkeitsprofils als gerechtfertigt, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer einen Abzug aufgrund der behinderungsbedingt erschwerten Eingliederungsfähigkeit gewährt hat. Diesbezüglich ist dem Gutachten Folgendes zu entnehmen: Medizinisch theoretisch könne der Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % ausüben. Eine solche zeichne sich durch Wechselbelastung und

vorwiegendes Sitzen, Fehlen von widrigen Witterungsverhältnissen, Fehlen von schwerem Heben und Tragen, Fehlen von Arbeiten über Brusthöhe und Fehlen von Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern aus. Schnelle Körperpositionsänderungen könnten zu flüchtigen Schwindelgefühlen führen, sodass exponierte Arbeiten auf Leitern und Gerüsten nicht geeignet seien. Arbeiten mit sehr hoher Monotonie sollten eher vermieden werden oder allenfalls mit kurzen Erholungspausen durchgeführt werden. Aufgrund des Diabetes mellitus seien ferner prinzipiell Arbeiten mit erhöhtem Eigen- oder Fremdgefährdungspotential nicht geeignet, zudem sollten stark stressbelastende Tätigkeiten vermieden werden, da hierunter evtl. Hypoglykämien verursacht werden könnten. Diesen vorgenannten zusätzlichen Einschränkungen wird alleine durch die Wahl des Kompetenzniveaus 1 nicht genügend Rechnung getragen. Demnach ist der von der Beschwerdegegnerin gewährte leidensbedingte Abzug von 10 % gerechtfertigt. Ein weitergehender Abzug erscheint nicht angebracht.

8. Im Weiteren ist auf den Antrag des Beschwerdeführers einzugehen, es seien ihm berufliche Massnahmen, namentlich Berufsberatung, Arbeitsvermittlung und Umschulung, zu gewähren.

8.1 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. Die Invalidität, die einen Gesundheitsschaden voraussetzt, kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Es braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (BGE 127 V 294 E. 5a).

8.2 Für den Anspruch auf Berufsberatung gemäss Art. 15 IVG genügt ein relativ geringes Mass an gesundheitlich bedingten Schwierigkeiten bei der Berufswahl oder in der Ausübung der bisherigen Tätigkeit. Ein minimaler Invaliditätsgrad wird nicht vorausgesetzt (Hans-Jakob Mosimann: Orell Füssli Kommentar AHVG/IVG, Zürich 2018, Art. 15 IVG N 2). Der Versicherungsfall tritt ein, wenn der Gesundheitsschaden sich dermassen schwerwiegend auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt, dass der betroffenen Person die Ausübung ihrer bisherigen Erwerbstätigkeit nicht mehr zugemutet werden kann, die infrage stehende Eingliederungsmassnahme als notwendig erscheint und die erforderlichen medizinischen Massnahmen abgeschlossen sind (Mosimann, a.a.O. N 4). Keinen Anspruch auf Berufsberatung verleihen indessen geringste Behinderungen, die keine nennenswerte Beeinträchtigung zur Folge haben und deshalb die Inanspruchnahme der IV nicht rechtfertigen. So wurde ein Anspruch auf Berufsberatung verneint bei blossem Ausschluss von Schwerstarbeiten; denn darin lag keine nennenswerte Beeinträchtigung, weil der Kreis der dem Betroffenen offen stehenden Tätigkeiten nur in sehr geringem Ausmass eingeschränkt wurde. Eine Invalidität wurde hinsichtlich der Berufsberatung auch verneint bei einem Versicherten, dem mit Blick auf die mit voller Leistung zumutbaren wechselbelastenden, körperlich nicht zu schweren Tätigkeiten ein weites Spektrum an Erwerbsmöglichkeiten offen stand. Als nicht erforderlich betrachtet wurde die Berufsberatung ferner bei einem Versicherten, dem die Wirbelsäule schonende Tätigkeiten ohne Tragen von Lasten vollzeitig zumutbar waren. Eine Berufsberatung zulasten der IV

entfällt somit grundsätzlich, wenn für eine notwendige berufliche Neuorientierung keine besonderen Kenntnisse über die Möglichkeiten behinderungsangepasster Tätigkeiten erforderlich sind, weil der betroffenen Person eine Vielzahl solcher Beschäftigungen offen steht, bzw. wenn die versicherte Person ohne Massnahmen wie Berufswahlgespräche, Neigungs- und Begabungstests in der Lage ist, einen ihren Verhältnissen angepassten Beruf zu wählen (Silvia Bucher, Eingliederungsrecht in der Invalidenversicherung, Bern 2011, S. 308 N 605). Eine solche Konstellation ist auch im vorliegenden Fall gegeben. Dem Beschwerdeführer sind trotz des eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils (s. E. II. 6.5 hiervor) viele leichte Tätigkeiten zumutbar. Damit steht ihm ein weites Spektrum an Erwerbsmöglichkeiten offen, womit eine Berufsberatung nicht notwendig erscheint.

8.3 Nach Art. 17 Abs. 1 IVG besteht Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann. Der Umschulungsanspruch setzt grundsätzlich eine Mindestwerbseinbusse von rund 20 % in den für die versicherte Person ohne zusätzliche Ausbildung offenstehenden, noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten voraus (Urteil des Bundesgerichts 9C_702/2017 vom 15. Februar 2018 E. 2.2 mit Hinweisen). Dieses Kriterium wäre vorliegend bei einem Invaliditätsgrad von 21 % gegeben. Einem Anspruch auf Umschulung steht zudem das Fehlen einer beruflichen Grundausbildung nicht entgegen (Urteil des Bundesgerichts I 210/05 vom 10. November 2005, E. 3.3.2 mit Hinweisen). Jedoch kann vorliegend die Notwendigkeit von Umschulungsmassnahmen ohne Weiteres verneint werden. So hat der Beschwerdeführer bislang ■ nebst seiner Erwerbstätigkeit als Landwirt ■ in Hilfsarbeitertätigkeiten wie Maschinist, Mitarbeiter der Gärtnerei, Rayonleiter oder Maschinenführer gearbeitet (vgl. Lebenslauf, IV-Nr. 10). Sodann handelt es sich bei den gemäss Einkommensvergleich zumutbaren Tätigkeiten aus dem Kompetenzniveau 1 um Arbeiten, welche im Vergleich zu den vor Eintritt der Invalidität ausgeübten Tätigkeiten als gleichwertig zu bezeichnen sind. Bei solchen Tätigkeiten ist denn auch grundsätzlich weder eine lange Einarbeitungszeit noch eine Umschulung erforderlich. Eine Umschulung mit dem Zweck, dem Beschwerdeführer eine im Vergleich zu seinen früheren Tätigkeiten annähernd gleichwertige Erwerbsmöglichkeit zu vermitteln (vgl. BGE 130 V 488 E. 4.2), erscheint somit nicht notwendig. Im Übrigen ist es gestützt auf die vorliegenden Akten nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer auch nicht dargetan, in welche Tätigkeit er unter Berücksichtigung seiner Einschränkungen sowie seiner Eignungen und Neigungen erfolgsversprechend umgeschult werden könnte. Somit ist der Anspruch auf eine Umschulung zu verneinen.

8.4 Eine Unterstützung bei der Stellensuche im Sinne einer Arbeitsvermittlung (Art. 18 IVG) ist ebenfalls nicht angezeigt. Der Beschwerdeführer ist in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Bei voller Zumutbarkeit leichter Tätigkeiten müsste zusätzlich eine spezifische Einschränkung gesundheitlicher Art vorliegen, die die Stellensuche erschwert (Urteil des Bundesgerichts 9C_329/2020 vom 6. August 2020 E. 3.2.3). Eine solche ist nicht ersichtlich. Die Suche nach Tätigkeiten, welche dem massgeblichen Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers entsprechen, bedarf keiner besonderen Kenntnisse. Dem Beschwerdeführer steht ein grosses Spektrum an Erwerbsmöglichkeiten offen, ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung besteht im Lichte der genannten Konstellationen nicht.

versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 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 (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). 3.

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b). 3.2 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). 4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die Ärztinnen und Ärzte sowie 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). 4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes

wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) auf: Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008, E. 2.2.1 mit weiteren Hinweisen). 4.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanschuldung des Beschwerdeführers gestellte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 13. Juli 2022 zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren durch Vergleich des zuletzt materiell rechtskräftig beurteilten Sachverhalts vom 28. Januar 2013, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 13. Juli 2022 (vgl. E. II. 3.2 hiervor). 5.1 Im Folgenden ist zunächst der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er sich im Referenzzeitpunkt (rechtskräftig

Verfügung vom 28. Januar 2013) präsentiert hat: 5.1.1 Der Beschwerdeführer unterzog sich am 3. Juni 2010 einer durch die Unfallversicherung veranlassten kreisärztlichen Untersuchung bei Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Chirurgie (IV-Nr. 14.2). Der Kreisarzt konnte folgende Diagnosen stellen: 1. Status nach Distorsionstrauma der rechten Schulter anlässlich eines Treppensturzes am 5. März 2009 2. Status nach Arthroskopie der rechten Schulter, SLAP- und Labrumrefixation, Teilsynovektomie und Acromioplastik am 30. Oktober 2009 3. Frozen Shoulder rechts Der Beschwerdeführer sei am 5. März 2009 auf einer Treppe ausgerutscht und habe sich dabei mit der rechten Hand am Geländer festgehalten. Hierbei sei es zu einem Distorsionstrauma der rechten Schulter gekommen. Es bestehe ein Zustand nach Distorsionstrauma der rechten Schulter anlässlich eines Treppensturzes. Die Unfallkausalität sei gegeben. Auf Wunsch des Beschwerdeführers sei primär ein konservativer Behandlungsversuch erfolgt, womit kein durchschlagender Heilerfolg habe erreicht werden können. Aus diesem Grund sei dann sekundär eine Arthroskopie mit der oben genannten arthroskopischen Operation erfolgt. Der postoperative Verlauf sei kompliziert gewesen durch eine Frozen Shoulder. In der Zwischenzeit sei dem Beschwerdeführer die Arbeitsstelle gekündigt worden. Es sei nun von Seiten der IV eine Evaluation im Gang bezüglich beruflicher Umschulungsmassnahmen. Aktuell wären dem Beschwerdeführer lediglich leichte Tätigkeiten auf Tischhöhe zumutbar mit der Möglichkeit, den rechten Arm abzustützen. Dazu komme eine erhebliche zeitliche Einschränkung wegen dem aktuellen Therapiebedarf viermal pro Woche. Unter diesen Umständen sei eine Vermittelbarkeit des Beschwerdeführers nicht gegeben. Im Unfallschein habe Dr. med. C.____ weiterhin die volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die medizinische wie auch die versicherungsrechtliche Situation sei dem Beschwerdeführer anlässlich des Abschlussgespräches eingehend erläutert worden. Dieses Abschlussgespräch habe im Beisein des fallführenden Sachbearbeiters, Herrn D.____, stattgefunden. Über den weiteren Verlauf lasse er sich gerne wieder berichten. 5.1.2 Am 5. Januar 2011 unterzog sich der Beschwerdeführer bei der Diagnose einer «Retraktilen Kapsulitis mit Instabilität der langen Bicepssehne rechts bei St. n. arthroskopischer SLAP-Refixation rechts am 30. Oktober 2009» einem weiteren Eingriff (Schulterarthroskopie rechts mit Tenotomie der langen Bicepssehne und Arthrolyse mit zirkulärer Kapsulotomie) in der E.____, [...] (IV-Nr. 60). Dem Bericht der E.____ vom 28. März 2011 (IV-Nr. 22.5) lässt sich folgende Diagnose entnehmen: «Drei Monate nach arthroskopischer Kapsulotomie mit Bicepstenodese bei Diabetes mellitus rechts». Der Verlauf sei weiterhin regelrecht. Die Physiotherapie sei nur noch zwei Mal pro Woche mit Mobilisation in die Endstellungen begleitet von einem täglich durchzuführenden niederschweligen Heimprogramm weiterzuführen. Der Beschwerdeführer habe seine Stelle als Maschinist verloren, dementsprechend könne er erst wieder bei voller Arbeitsfähigkeit vermittelt werden und diese werde per 1. Juni 2011 bestätigt. Mit Bericht vom 18. Juli 2011 wurde die Behandlung in der E.____ bei voller Belastbarkeit und voller Arbeitsfähigkeit abgeschlossen (IV-Nr. 22.2). Diese wurde mit Bericht vom 19. September 2011 erneut bestätigt (IV-Nr. 23 S. 5). Es bestehe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit, allenfalls mit leicht eingeschränkter Überkopf-Einsatzfähigkeit der rechten Schulter. Längerfristig könne von einem Erhalt der vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. 5.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. Juli 2022 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: 5.2.1 Die MRT-Untersuchung des Schultergelenkes links vom 13. Oktober 2017 in der F.____ hat folgende Beurteilung ergeben (IV-Nr. 40.5 S. 4 f.): Mässiggradige hypertrophe AC-Gelenksarthrose, minime Partialruptur am Vorderrand der Supraspinatussehne, schwere

Tendinose am Oberrand der Subscapularissehne, Partialruptur und Splitting der langen Bizepssehne im intraartikulären Verlauf, SLAP-Läsion Typ II und eingerissener bicipitolabraler Komplex. 5.2.2 Am 12. Januar 2018 wurde der Beschwerdeführer in der G. ___ in [...] an der linken Schulter operiert (1. Schulterarthroskopie links mit LB-Tenotomie, partieller Synovektomie, ventraler Kapsulotomie mit MGHL-Resektion, Bursektomie, Acromioplastik, 2. Offene LB-Tenolyse und Tenodese nach POST; vgl. IV-Nr. 35). Dem hierzu ergangenen Operationsbericht lässt sich folgende Diagnose entnehmen: Subacromiales Impingement Schulter links mit Pulley-Läsion mit Tendinitis der langen Bizepssehne und SLAP-II-Läsion, massiver Synovialitis, beginnender adhäsiver Kapsulitis, Bursitis subacromialis. Zur Indikation wurde dargelegt, der Beschwerdeführer berichte, vor drei Jahren einen Unfall mit der linken Schulter gehabt zu haben. Hierbei habe er ein Schaf am Nacken mit dem linken Arm gefasst. Dieses sei von hinten gegen den Ellbogen gesprungen, so dass es zu einem Hyperextensionstrauma in der Schulter gekommen sei. Initial habe der Beschwerdeführer für eineinhalb Jahre Physiotherapie durchgeführt, was zu keiner Beschwerdebesserung geführt habe. Insbesondere schnelle Bewegungen hätten ihm Beschwerden gemacht. MR-tomographisch habe sich am 13. Oktober 2017 oben genannte Diagnose gezeigt, so dass der Beschwerdeführer sich nun zur Zweitmeinung in der Sprechstunde vorstelle. Hauptschmerz werde über Bizepssehne sowie lateral angegeben. Aufgrund der schon seit drei Jahren bestehenden Schmerzen und MR-tomographischer Pulley-Ruptur mit Ausschöpfen der konservativen Möglichkeiten sei die Indikation zur operativen Versorgung gegeben. 5.2.3 Im Arztbericht vom 4. Juli 2018 stellte pract. med. H. ___, Stv. Oberärztin, G. ___, die folgenden Diagnosen (IV-Nr. 52 S. 6 ff.): 1. St. n. 1. Schulterarthroskopie links mit LB-Tenotomie, partieller Synovektomie, ventraler Kapsulotomie mit MGHL-Resektion, Bursektomie, Acromioplastik 2. Offene LB-Tenolyse und Tenodese nach POST am 12. Januar 2018 bei - subacromialem Impingement Schulter links mit Pulley-Läsion mit Tendinitis der langen Bizepssehne und SLAP-II-Läsion, massiver Synovialitis, beginnender adhäsiver Kapsulitis, Bursitis subacromialis 3. Lumboischialgie bei rechtsbetonter Diskopathie der Bandscheibe L4/L5, gering L3/L4, aktivierte Facettengelenk-Arthrose L4/L5 rechts Weiter führte sie aus, der Beschwerdeführer habe sich zur Zweitmeinung am 12. Dezember 2017 erstmals in ihrer Sprechstunde vorgestellt. Drei Jahre zuvor habe er einen Unfall mit der linken Schulter gehabt, bei welchem es zu einem Hyperextensionstrauma in der Schulter geführt habe. Eineinhalb Jahre Physiotherapie habe zu keiner Beschwerdelinderung geführt. Insbesondere schnelle plötzliche Bewegungen führten zu Schmerzen. Der Hauptschmerz werde über der langen Bizepssehne sowie lateral angegeben. Aufgrund der deutlichen Schmerzen sowie degenerativen Zeichen im Verlauf der Bizepssehne und des Pulley-Komplexes sei die Indikation zur Operation erfolgt, welche am 12. Januar 2018 durchgeführt worden sei. Postoperativ habe sich ein regelrechter Verlauf gezeigt. Einmalig sei die Notfallvorstellung am 18. April 2018 erfolgt, da der Beschwerdeführer eine Hyperextensionsbewegung im Ellbogen durchgeführt und die Sorge eines Bizepssehnenabrisses gehabt habe. Dies habe im Ultraschall nicht dargestellt werden können. Insgesamt habe sich postoperativ eine leichte adhäsive Kapsulitis ausgebildet, so dass der Verlauf sich leicht protrahiert darstelle. Von Seiten der Schulter zeigten sich zunehmende Beweglichkeit sowie abnehmende Schmerzen. Die Physiotherapie werde weiter regelmässig durchgeführt und Schmerzmitteleinnahme sei nur gelegentlich notwendig. Nach Abklingen der Rücken- sowie Schulterbeschwerden sehe pract. med. H. ___ eine gute Prognose zur Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Aufgrund der Bewegungseinschränkung sowie Kraftminderung der

linken oberen Extremität sowie starken Rückenschmerzen mit in das Bein ausstrahlenden Schmerzen sei eine strenge körperliche Belastung nicht zumutbar. Insbesondere seien keine Überkopfarbeiten sowie keine Arbeiten in gebückter und gehockter Stellung zumutbar.

5.2.4 Dem Verlaufsbericht der G.____ vom 15. März 2019 (IV-Nr. 57 S. 3 ff.) lassen sich die folgenden Diagnosen entnehmen: 1. Subacromiales Impingement Schulter links (adominant) mit retraktiler Kapsulitis bei Partialruptur der Supraspinatussehne, Insertionstendinopathie der Infra- und Subscapularissehne, Knorpelläsion Humeruskopf sowie aktivierter AC-Gelenksarthrose bei - St. n. 1. Schulterarthroskopie links mit LB-Tenotomie, partieller Synovektomie, ventraler Kapsulotomie mit MGHL-Resektion, Burssektomie, Acromioplastik 2. Offene LB-Tenolyse und Tenodese nach POST am 12. Januar 2018 bei - subacromialem Impingement Schulter links mit Pulley-Läsion mit Tendinitis der langen Bizepssehne und SLAP-II-Läsion, massiver Synovialitis, beginnender adhäsiver Kapsulitis, Bursitis subacromialis 3. Undulierende Blockadephänomene Knie links mit medialem Druckschmerz Weiter wurde dargelegt, sowohl die neu hinzugekommene Schulter-Diagnose (Supraspinatussehnenruptur) sowie die Lumbalgien hätten einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer bleibe nach wie vor arbeitsunfähig, dies seit Januar 2018. Aufgrund der neuen Diagnose der Supraspinatussehnenruptur der Schulter sei dem Beschwerdeführer eine operative Versorgung empfohlen worden. Diese wolle er aktuell nicht in Anspruch nehmen. Mit Arztbericht vom 29. Mai 2019 (IV-Nr. 62 S. 6 ff.) bestätigte die G.____ die im Vorbericht vom 15. März 2019 gestellten Diagnosen. Weiter wurde dargelegt, der Beschwerdeführer werde in seinem ursprünglichen Beruf nicht mehr arbeitsfähig sein. Leichtere Tätigkeiten, Bürotätigkeiten etc. wären denkbar. Eine dem Leiden des Beschwerdeführers angepasste Tätigkeit sei ihm acht Stunden täglich zumutbar.

5.2.5 Am 2. Juli 2019 nahm Dr. med. I.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 65). Er führte aus, die angestammte Tätigkeit als Bauer/Landwirt sei dem Beschwerdeführer seit dem 1. September 2017 nicht mehr zumutbar. Eine angepasste berufliche Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer im Vollpensum zumutbar. Seit wann diese Beurteilung gelte, sei nicht leicht zu bestimmen, da die behandelnden Ärzte diesbezüglich keine eindeutige Stellungnahme abgegeben hätten. Im Bericht der G.____ vom 4. Juli 2018 stehe, dass eine Wiedereingliederung in zwei bis drei Monaten stattfinden könnte, d.h. ab September / Oktober 2018. Gestützt auf diese Beurteilung des RAD-Arztes stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 26. Juli 2019 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-Nr. 66).

5.2.6 Am 24. April 2020 nahm der Abklärungsfachmann J.____ Stellung zum Einwand des Beschwerdeführers (IV-Nr. 74). Er führte aus, bevor überhaupt zum Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, gleich welcher Art, erneut Stellung genommen werden könne, gelte es medizinisch abzuklären, welche Tätigkeiten dem Beschwerdeführer in welchem Umfang überhaupt noch zuzumuten seien. Ob hier ein bidisziplinäres Gutachten wie gefordert, oder nicht doch eher ein polydisziplinäres Gutachten die bessere Grundlage bilde, müsse der RAD der IV entscheiden. Über einen allfälligen (Teil-) Rentenanspruch könne erst nach Klarheit in den medizinischen Belangen und nach allfälliger Durchführung von Eingliederungsmassnahmen abschliessend entschieden werden.

5.2.7 Nach Rücksprache mit dem RAD (IV-Nr. 76) liess die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer durch die Begutachtungsstelle B.____, [...], polydisziplinär (internistisch, orthopädisch, psychiatrisch und neurologisch) begutachten. Das Gutachten wurde am 21. Juni 2021 erstattet (IV-Nr. 89.1 – 89.7). Dem Gutachten lassen sich folgende Diagnosen entnehmen

(IV-Nr. 89.1 S. 5 f.): Relevante Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. St. n. Hyperextensionstrauma der rechten Schulter am 5. März 2009 - St. n. ASK am 30. Oktober 2009 mit SLAP- und Labrumfixation, Teilsynovektomie und Akromioplastik - postoperativ frozen shoulder 2. St. n. Extensionstrauma der linken Schulter 2015 - St. n. ASK am 12. Januar 2018 mit LB-Tenotomie, partieller Synovektomie, ventraler Kapsulotomie, Bursektomie und Akromioplastik Relevante Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chron. lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (leichtgradig) - bei linkskonvexer Thorakalskoliose - ohne Hinweis für radikuläre Reiz- oder gar Defizitsymptomatik 2. Kniebeschwerden rechts 3. St. n. CTS-OP rechts 1998 4. Diabetes mellitus Typ I, ED 1977 - ohne neurologische Hinweise für signifikante Polyneuropathie - ohne Hinweise für signifikante Makroangiopathie - jedoch mit Augenbeteiligung/retinale Schädigungen (diabetische Retinopathie, regelmässige ophthalmologische Behandlung) 5. Subjektive Angabe verminderter Leistungsfähigkeit, respektive raschere Ermüdbarkeit, multifaktoriell und nicht primär neurogen erklärbar - kein Hinweis für zentralneurologische Ursachen, kein Hinweis für Angiopathie - wahrscheinlich eher Dekonditionierungsaspekte 6. Keine krankheitswertige Störung auf psychiatrischem Fachgebiet Weiter lässt sich dem B. ___-Gutachten entnehmen, es seien vorrangig muskuloskelettale Beschwerden limitierend, wie im orthopädischen Gutachten ausgeführt worden sei. In einer angepassten Tätigkeit mit Wechselbelastung und vorwiegendem Sitzen, ohne widrige Witterungsverhältnisse, ohne schweres Heben und Tragen, ohne Arbeiten über Brusthöhe und ohne Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern sei ab gutachterlicher Untersuchung eine Arbeitsfähigkeit von 100 % gegeben. Nicht mehr möglich seien körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten, Arbeiten in Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern sowie ausschliessliches Gehen und Stehen (IV-Nr. 89.1 S. 6). Aus neurologischer Sicht seien darüber hinaus allenfalls wegen der subjektiv bisweilen bei schnellen Körperpositionsänderungen auftretenden Schwindelgefühle exponierte Arbeiten auf Leitern und Gerüsten nicht geeignet. Aufgrund der muskuloskelettalen Beschwerden wären diese aber ohnehin nicht sinnvoll. Arbeiten mit sehr hoher Monotonie sollten eher vermieden werden oder allenfalls mit kurzen Erholungspausen durchgeführt werden. Andere Einschränkungen lägen nicht vor (IV-Nr. 89.1 S. 6). Aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht ergebe sich prinzipiell durch den Diabetes mellitus die Notwendigkeit, dass Arbeiten mit erhöhtem Eigen- oder Fremdgefährdungspotential nicht geeignet seien. Zudem sollten stark stressbelastende Tätigkeiten vermieden werden, da hierunter evtl. Hypoglykämien verursacht werden könnten. Insgesamt sei der Diabetes mellitus seit 1977 jedoch gut kontrolliert und Hypoglykämien seien bis dato nicht aufgetreten, so dass sich hier keine durchgreifende Einschränkung des Fähigkeitsprofils ergebe (IV-Nr. 89.1 S. 6). Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich keine Einschränkungen (IV-Nr. 89.1 S. 6). In der interdisziplinären Beurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit als Landwirt eine Arbeitsfähigkeit nur noch für leichte Tätigkeiten im Rahmen von 50 % vorhanden sei (vier Arbeitsstunden ohne Leistungsminderung). Nicht mehr möglich seien körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten, Arbeiten in Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern sowie ausschliessliches Gehen und Stehen. Nach erster Operation der rechten Schulter am 30. Oktober 2009 habe für drei Monate postoperativ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Danach sei eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 80 % bis zur zweiten Operation vorhanden gewesen. Mit zweiter Operation der linken Schulter vom 12. Januar 2018 sei für drei Monate eine

Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit ausgewiesen gewesen. Ab 13. April 2018 habe die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit 50 % betragen. Andere quantitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus den anderen Fachbereichen lägen nicht vor. Eine angepasste Tätigkeit zeichne sich durch Wechselbelastung und vorwiegendes Sitzen, Fehlen von widrigen Witterungsverhältnissen, Fehlen von schwerem Heben und Tragen, Fehlen von Arbeiten über Brusthöhe und Fehlen von Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern aus. Schnelle Körperpositionsänderungen könnten zu flüchtigen Schwindelgefühlen führen, so dass exponierte Arbeiten auf Leitern und Gerüsten nicht geeignet seien. Arbeiten mit sehr hoher Monotonie sollten eher vermieden werden oder allenfalls mit kurzen Erholungspausen durchgeführt werden. Aufgrund des Diabetes mellitus seien prinzipiell Arbeiten mit erhöhtem Eigen- oder Fremdgefährdungspotential nicht geeignet, zudem seien stark stressbelastende Tätigkeiten zu vermeiden, da hierunter evtl. Hypoglykämien verursacht werden könnten. In einer solchen medizinisch-theoretisch adaptierten Tätigkeit wäre eine maximale Präsenz von acht Stunden am Arbeitstag möglich, ohne Leistungseinschränkung. Somit liege eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vor. Retrospektiv gelte diese Beurteilung drei Monate nach letzter Operation vom

E. 7.1

7.1.1 Zur Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verdient hätte. In der Regel ist am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Lohn anzuknüpfen, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre; Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Erst wenn sich das Valideneinkommen aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse nicht hinreichend genau beziffern lässt, darf auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) zurückgegriffen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_396/2022 vom 21. April 2023 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Das Valideneinkommen von Selbständigerwerbenden kann grundsätzlich auf der Basis der Einträge im Individuellen Konto (IK) bestimmt werden. Weist das zuletzt erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung schliesst jedoch nicht aus, dass auch bei Erwerbstätigen unter Umständen nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen abgestellt wird. Das trifft namentlich bei selbstständig Erwerbenden zu, wenn auf Grund der Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die versicherte Person im Gesundheitsfall ihre nicht einträgliche selbstständige Tätigkeit aufgegeben und eine besser entlohnte andere Tätigkeit angenommen hätte. Gleiches ist anzunehmen für den Fall, dass die vor der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübte selbstständige Tätigkeit wegen ihrer kurzen Dauer keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens darstellt, zumal in den ersten Jahren nach Aufnahme der selbstständigen Erwerbstätigkeit üblicherweise aus verschiedenen Gründen (hohe Abschreibungsquote auf Neuinvestitionen etc.) die Betriebsgewinne gering sind. Wenn sich die versicherte Person, auch als deren Arbeitsfähigkeit noch nicht beeinträchtigt war, jedoch über mehrere Jahre hinweg mit einem bescheidenen Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit begnügt hat, ist dieses für die Festlegung des Valideneinkommens massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_396/2022 vom 21. April

2023 E. 3.2.2 mit Hinweisen). 7.1.2 In der angefochtenen Verfügung stützte sich die Beschwerdegegnerin zur Berechnung des Valideneinkommens auf den Durchschnittswert der im Individuellen Konto (IK) des Beschwerdeführers aufgeführten Einkommen aus der selbständigen Erwerbstätigkeit als Landwirt in den Jahren 2013 bis 2017 und errechnete ein Valideneinkommen in Höhe von CHF 9'946.00. Ob dieses Vorgehen der Beschwerdegegnerin korrekt ist, oder ob das Valideneinkommen anhand der statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung (LSE) ermittelt werden müsste, wie dies vom Beschwerdeführer vorgebracht wird (vgl. Beschwerde Ziff. 11 S. 14 ff.; A.S. 23 ff.), muss vorliegend nicht abschliessend beurteilt werden. Selbst wenn das Valideneinkommen zu Gunsten des Beschwerdeführers anhand der LSE-Tabellenlöhne zu ermitteln und der Verdienst aus seiner selbständigen Erwerbstätigkeit als Landwirt hinzuzurechnen wäre, resultierte daraus kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, wie nachfolgend zu zeigen ist. Diesfalls wäre das Valideneinkommen gestützt auf die LSE 2018, TA1_tirage_skill Level, Medianlohn für Männer im Total, Kompetenzniveau 1, zu ermitteln. Gemäss LSE 2018, TA1_tirage_skill_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'417.00 auszugehen (LSE 2018 TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr 2019 hochzurechnen und an den Nominallohnindex für das Jahr 2019 anzupassen ($CHF\ 5'417.00 \times 12 = CHF\ 65'004.00 / 40 \times 41.7 : 105.1 [2018] \times 106.0 [2019]$). Zusammen mit dem Durchschnittswert der im Individuellen Konto (IK) des Beschwerdeführers aufgeführten Einkommen aus der selbständigen Erwerbstätigkeit als Landwirt in den Jahren 2013 bis 2017 ergibt sich damit ein Valideneinkommen von CHF 78'293.40 (CHF 68'347.00 + CHF 9'946.40).

E. 7.2.1

Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die versicherte Person, bevor sie Leistungen verlangt, auf Grund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit im Allgemeinen, wie bei der Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit im Besonderen, sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind namentlich der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich. Eine Betriebsaufgabe ist nur unter strengen Voraussetzungen unzumutbar und es kann ein Betrieb selbst dann nicht auf Kosten der Invalidenversicherung aufrecht erhalten werden, wenn die versicherte Person darin Arbeit von einer gewissen erwerblichen Bedeutung leistet (Urteil des Bundesgerichts 9C_305/2019 vom 30. Juli 2019 E. 5.3.2. mit Hinweisen).

E. 7.2.2

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrer Beschwerdeantwort vom 7. Oktober 2022 (A.S. 38 f.) aus, vor dem Hintergrund, dass der Beschwerdeführer erst 59 Jahre alt sei, ihm auf dem

allgemeinen Arbeitsmarkt noch eine Vielzahl an Tätigkeiten in einem vollen Pensum offen stünden und er bei Aufnahme einer Verweistätigkeit offensichtlich ein höheres Einkommen als im bisherigen Beruf zu erzielen vermöchte, sei von einer Zumutbarkeit der Betriebsaufgabe auszugehen. Die Vorbringen des Beschwerdeführers sind nicht geeignet darzutun, dass die festgestellte Einsatzmöglichkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht nachgefragt würde und ihm deshalb eine erwerbliche Verwertung der restlichen Arbeitsfähigkeit nicht zuzumuten wäre. Die Einwände beschränken sich in erster Linie auf die Behauptung, er sei infolge seines Alters und seiner gesundheitlichen Limitierungen nicht vermittelbar. Der am 2. April 1963 geborene Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 13. Juli 2022 59 Jahre alt. Es verblieben ihm somit immerhin noch 6 Jahre bis zur ordentlichen Pensionierung. In einer leidensangepassten Tätigkeit ist er zu 100 % arbeitsfähig. Diese Umstände lassen nicht den Schluss zu, eine Anstellung des Beschwerdeführers auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt sei nicht mehr realistisch. Der relevante (hypothetische) ausgeglichene Arbeitsmarkt beinhaltet durchaus Stellen, die für den Beschwerdeführer aufgrund des festgestellten Zumutbarkeitsprofils auch ohne lange Umstellungs- und Einarbeitungszeit in Frage kommen. Zudem umfasst der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sog. Nischenarbeitsplätze, bei welchen behinderte Personen mit einem sozialen Entgegenkommen seitens des Arbeitgebers rechnen können. Somit kann der Beschwerdeführer das ihm verbliebene Leistungsvermögen verwerten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_759/2018 vom 13. Juni 2019 E. 7.3 und 7.4.2 mit Hinweisen). Beizufügen ist schliesslich, dass der Beschwerdeführer neben seiner Erfahrung als Landwirt auf Grund von jahrelangen zusätzlichen Einsätzen im Rahmen unselbstständiger Tätigkeiten weitere Kenntnisse und Fähigkeiten erworben hat, welche in einem adaptierten Berufsumfeld die Vermittelbarkeit erleichtern (Urteil des Bundesgerichts 9C_305/2019 vom 30. Juli 2019 E. 5.3.1 mit Hinweisen). Insgesamt sind die hohen Hürden, welche die Praxis für die Annahme einer Unzumutbarkeit der Betriebsaufgabe aufgestellt hat, im hier zu beurteilenden Fall bei einer Gesamtwürdigung der konkreten objektiven und subjektiven Umstände nicht erfüllt.

7.2.3 Da es dem Beschwerdeführer demnach möglich ist, eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 100 % auszuüben, er aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der LSE festgesetzt werden. Die Beschwerdegegnerin stützte sich hierbei auf LSE 2018, TA1_tirage_skill Level, Medianlohn für Männer im Total, Kompetenzniveau 1, ab, was grundsätzlich unbestritten blieb. Gemäss LSE 2018, TA1_tirage_skill_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'417.00 auszugehen (LSE 2018 TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41.7 im Jahr 2019 hochzurechnen und an den Nominallohnindex für das Jahr 2019 anzupassen ($CHF\ 5'417.00 \times 12 = CHF\ 65'004.00 / 40 \times 41.7 : 105.1 [2018] \times 106.0 [2019]$). Damit ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 100 % ein Invalideneinkommen von CHF 68'347.00.

7.2.4 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene

Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb – cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin einen Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 10 % vorgenommen (vgl. Beschwerdeantwort vom 7. Oktober 2022; A.S. 38 f.). Der Beschwerdeführer bringt vor, im vorliegenden Fall sei der höchstmögliche Abzug von 25 % gerechtfertigt. Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, die sich im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4, mit Hinweis, zur Frage der grundsätzlichen Nachfrage nach Hilfsarbeiten gemäss dem vorliegend angemessenen Kompetenzniveau 1 auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt) besteht kein Raum. Zudem kann der Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit in einem Vollzeitpensum ausüben, womit kein Teilzeitabzug zu gewähren ist. Jedoch erscheint es angesichts des im B.____-Gutachten statuierten Zumutbarkeitsprofils als gerechtfertigt, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer einen Abzug aufgrund der behinderungsbedingt erschwerten Eingliederungsfähigkeit gewährt hat. Diesbezüglich ist dem Gutachten Folgendes zu entnehmen: Medizinisch theoretisch könne der Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % ausüben. Eine solche zeichne sich durch Wechselbelastung und vorwiegendes Sitzen, Fehlen von widrigen Witterungsverhältnissen, Fehlen von schwerem Heben und Tragen, Fehlen von Arbeiten über Brusthöhe und Fehlen von Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern aus. Schnelle Körperpositionsänderungen könnten zu flüchtigen Schwindelgefühlen führen, sodass exponierte Arbeiten auf Leitern und Gerüsten nicht geeignet seien. Arbeiten mit sehr hoher Monotonie sollten eher vermieden werden oder allenfalls mit kurzen Erholungspausen durchgeführt werden. Aufgrund des Diabetes mellitus seien ferner prinzipiell Arbeiten mit erhöhtem Eigen- oder Fremdgefährdungspotential nicht geeignet, zudem sollten stark stressbelastende Tätigkeiten vermieden werden, da hierunter evtl. Hypoglykämien verursacht werden könnten. Diesen vorgenannten zusätzlichen Einschränkungen wird alleine durch die Wahl des Kompetenzniveaus 1 nicht genügend Rechnung getragen. Demnach ist der von der Beschwerdegegnerin gewährte leidensbedingte Abzug von 10 % gerechtfertigt. Ein weitergehender Abzug erscheint nicht angebracht.

7.3 Somit würde das vom Beschwerdeführer beantragte Valideneinkommen von CHF 78'293.40 und das Invalideneinkommen von CHF 61'512.30 (CHF 68'347.00 abzüglich 10 %) eine Erwerbseinbusse von CHF 16'781.10 ergeben, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 21 % entspräche. Damit hätte der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

8. Im Weiteren ist auf den Antrag des Beschwerdeführers einzugehen, es seien ihm berufliche Massnahmen, namentlich Berufsberatung, Arbeitsvermittlung und Umschulung, zu gewähren.

8.1 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. Die Invalidität, die einen Gesundheitsschaden voraussetzt, kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Es braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (BGE 127 V 294 E. 5a).

8.2 Für den Anspruch auf Berufsberatung gemäss Art. 15 IVG genügt ein relativ geringes Mass an gesundheitlich bedingten Schwierigkeiten bei der Berufswahl oder in der Ausübung der bisherigen Tätigkeit. Ein minimaler Invaliditätsgrad wird nicht vorausgesetzt (Hans-Jakob Mosimann in: Orell Füssli Kommentar AHVG/IVG, Zürich 2018, Art. 15 IVG N 2). Der Versicherungsfall tritt ein, wenn der Gesundheitsschaden sich dermassen schwerwiegend auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt, dass der betroffenen Person die Ausübung ihrer bisherigen Erwerbstätigkeit nicht mehr zugemutet werden kann, die infrage stehende Eingliederungsmassnahme als notwendig erscheint und die erforderlichen medizinischen Massnahmen abgeschlossen sind (Mosimann , a.a.O. N 4). Keinen Anspruch auf Berufsberatung verleihen indessen geringste Behinderungen, die keine nennenswerte Beeinträchtigung zur Folge haben und deshalb die Inanspruchnahme der IV nicht rechtfertigen. So wurde ein Anspruch auf Berufsberatung verneint bei blossem Ausschluss von Schwerstarbeiten; denn darin lag keine nennenswerte Beeinträchtigung, weil der Kreis der dem Betroffenen offen stehenden Tätigkeiten nur in sehr geringem Ausmass eingeschränkt wurde. Eine Invalidität wurde hinsichtlich der Berufsberatung auch verneint bei einem Versicherten, dem mit Blick auf die mit voller Leistung zumutbaren wechselbelastenden, körperlich nicht zu schweren Tätigkeiten ein weites Spektrum an Erwerbsmöglichkeiten offen stand. Als nicht erforderlich betrachtet wurde die Berufsberatung ferner bei einem Versicherten, dem die Wirbelsäule schonende Tätigkeiten ohne Tragen von Lasten vollzeitlich zumutbar waren. Eine Berufsberatung zulasten der IV entfällt somit grundsätzlich, wenn für eine notwendige berufliche Neuorientierung keine besonderen Kenntnisse über die Möglichkeiten behinderungsangepasster Tätigkeiten erforderlich sind, weil der betroffenen Person eine Vielzahl solcher Beschäftigungen offen steht, bzw. wenn die versicherte Person ohne Massnahmen wie Berufswahlgespräche, Neigungs- und Begabungstests in der Lage ist, einen ihren Verhältnissen angepassten Beruf zu wählen (Silvia Bucher, Eingliederungsrecht in der Invalidenversicherung, Bern 2011, S. 308 N 605). Eine solche Konstellation ist auch im vorliegenden Fall gegeben. Dem Beschwerdeführer sind trotz des eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils (s. E. II. 6.5 hiervor) viele leichte Tätigkeiten zumutbar. Damit steht ihm ein weites Spektrum an Erwerbsmöglichkeiten offen, womit eine Berufsberatung nicht notwendig erscheint.

8.3 Nach Art. 17 Abs. 1 IVG besteht Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann. Der Umschulungsanspruch setzt grundsätzlich eine Mindestwerbseinbusse von rund 20 % in den für die versicherte Person ohne zusätzliche Ausbildung offenstehenden, noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten voraus (Urteil des Bundesgerichts 9C_702/2017 vom 15. Februar 2018 E. 2.2 mit Hinweisen). Dieses Kriterium wäre vorliegend bei einem Invaliditätsgrad von 21 % gegeben. Einem Anspruch auf Umschulung steht zudem das Fehlen einer beruflichen Grundausbildung nicht entgegen (Urteil des Bundesgerichts I 210/05 vom 10. November 2005, E. 3.3.2 mit Hinweisen). Jedoch kann vorliegend die Notwendigkeit von Umschulungsmassnahmen ohne Weiteres verneint werden. So hat der Beschwerdeführer bislang – nebst seiner Erwerbstätigkeit als

Landwirt – in Hilfsarbeitertätigkeiten wie Maschinist, Mitarbeiter der Gärtnerei, Rayonleiter oder Maschinenführer gearbeitet (vgl. Lebenslauf, IV-Nr. 10). Sodann handelt es sich bei den gemäss Einkommensvergleich zumutbaren Tätigkeiten aus dem Kompetenzniveau 1 um Arbeiten, welche im Vergleich zu den vor Eintritt der Invalidität ausgeübten Tätigkeiten als gleichwertig zu bezeichnen sind. Bei solchen Tätigkeiten ist denn auch grundsätzlich weder eine lange Einarbeitungszeit noch eine Umschulung erforderlich. Eine Umschulung mit dem Zweck, dem Beschwerdeführer eine im Vergleich zu seinen früheren Tätigkeiten annähernd gleichwertige Erwerbsmöglichkeit zu vermitteln (vgl. BGE 130 V 488 E. 4.2), erscheint somit nicht notwendig. Im Übrigen ist es gestützt auf die vorliegenden Akten nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer auch nicht dargetan, in welche Tätigkeit er unter Berücksichtigung seiner Einschränkungen sowie seiner Eignungen und Neigungen erfolgsversprechend umgeschult werden könnte. Somit ist der Anspruch auf eine Umschulung zu verneinen. 8.4 Eine Unterstützung bei der Stellensuche im Sinne einer Arbeitsvermittlung (Art. 18 IVG) ist ebenfalls nicht angezeigt. Der Beschwerdeführer ist in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Bei voller Zumutbarkeit leichter Tätigkeiten müsste zusätzlich eine spezifische Einschränkung gesundheitlicher Art vorliegen, die die Stellensuche erschwert (Urteil des Bundesgerichts 9C_329/2020 vom 6. August 2020 E. 3.2.3). Eine solche ist nicht ersichtlich. Die Suche nach Tätigkeiten, welche dem massgeblichen Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers entsprechen, bedarf keiner besonderen Kenntnisse. Dem Beschwerdeführer steht ein grosses Spektrum an Erwerbsmöglichkeiten offen, ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung besteht im Lichte der genannten Konstellationen nicht. 9. Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Invalidenrente sowie auf Eingliederungsmassnahmen zu Recht verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 10. 10.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). 10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

E. 12

Mai 2022 äusserte sich die RAD-Ärztin Dr. med. K.____ erneut zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 103). Sie legte dar, weder der Bericht von Frau Dr. med. M.____ noch die radiologischen Abklärungen vom 31. August 2021 lieferten neue medizinische Fakten. Die radiologisch festgestellten degenerativen Veränderungen der LWS seien in ähnlichem Umfang bereits im MRI 2018 beschrieben worden. Weder im Gutachten noch im knappen Bericht von Frau Dr. med. M.____ seien Befunde beschrieben worden, die eine andere klinische Beurteilung als sie im Gutachten erfolgt sei, erlauben würden. Nicht das Ausmass der radiologischen Veränderungen sei entscheidend, sondern der klinische Befund und die allenfalls daraus abzuleitenden funktionellen Einschränkungen. Ob es tatsächlich leichte Tätigkeiten im Umfang von vier Stunden pro Tag in der Landwirtschaft gebe, sei keine medizinische Frage. Es sei aber anzumerken, dass der Beschwerdeführer selbst im Gutachten angegeben habe, nachmittags leichte Arbeiten im Haushalt und auf dem Hof auszuüben. Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes und der Arbeitsfähigkeit könne aus Sicht der Referentin weiterhin auf das Gutachten der B.____ vom 21. Juni 2021

abgestützt werden. 6. Die Beschwerdegegnerin hat das im Rahmen der Neuanmeldung gestellte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 13. Juli 2022 abgewiesen. Dabei stützte sie ihren Entscheid im Wesentlichen auf das von ihr eingeholte polydisziplinäre B. ___-Gutachten vom 21. Juni 2021 (vgl. E. II. 5.2.7 hiervor; IV-Nrn. 89.1 – 89.7), welches dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit attestiert. Nachfolgend ist zu beurteilen, ob das polydisziplinäre Gutachten beweismässig ist und ob eine anspruchsbegründende Änderung des Gesundheitszustands seit der letzten Rentenbeurteilung vorliegt. Hierzu ist zunächst festzustellen, dass das Gutachten in Kenntnis der Aktenlage, nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers und von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärztinnen und Fachärzten erstellt wurde. Diese haben in einer Konsensbesprechung ihre Einschätzungen zusammengeführt. Insofern erfüllt die Begutachtung die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. E. II. 4.3 hiervor).

6.1 Den Einschätzungen der orthopädischen Teilgutachterin (IV-Nr. 89.4) liegt eine umfangreiche klinische Untersuchung (vgl. IV-Nr. 89.4 S. 6 f.) zugrunde. Die Gutachterin zog für die Beurteilung die im Rahmen der Begutachtung erstellten MRI-Berichte des rechten Schultergelenkes sowie der Brust- und Lendenwirbelsäule bei (vgl. IV-Nr. 89.4 S. 3). Die Orthopädin fasste die Ergebnisse ihrer Untersuchungen wie folgt zusammen: Zur Untersuchung erscheine pünktlich ein 57-jähriger Versicherter in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Pulmonale oder kardiale Stauungszeichen fehlten. Die Körpergrösse werde mit 178 cm, das Gewicht mit 80 kg gemessen. Daraus errechne sich ein BMI von 25,2. Das Gangbild sei unauffällig; spezielle Abnutzungen des Schuhwerkes könnten nicht festgestellt werden. Hilfsmittel zum Gehen würden nicht eingesetzt. Der Beschwerdeführer trage Konfektionsschuhwerk. Die Wirbelsäule sei im Sinne einer linkskonvexen Thorakalskoliose verändert. In aufrechter Position der Wirbelsäule stehe die linke Schulter tiefer als die rechte Schulter. Ein Klopfschmerz könne lumbosakral ausgelöst werden. Es bestehe ein Vorlauf des linken ISG sowie eine erhebliche Rippenbuckelbildung bei Vorneige im Rahmen einer linkskonvexen Thorakalskoliose. Eine Beinlängendifferenz sei nicht vorhanden. Der Finger-Fussboden-Abstand werde mit 28 cm gemessen. Zu den oberen Extremitäten führte sie aus, inspektorisch sei ein Schultertiefstand links vorhanden. Die Bewegungen der oberen Extremitäten für Abduktion und Innen/Aussenrotation seien eingeschränkt. Rechts falle ein prominenter Bauch des M. biceps auf. Nach CTS-OP rechts fänden sich reizlose Narben. Die Beugung des rechten Kleinfingers sei eingeschränkt. Nach Angaben des Beschwerdeführers habe er keine Probleme damit bei der täglichen Arbeit. Die grobe Kraft sowie die Sensibilität der oberen Extremitäten seien seitengleich und regelrecht. Alle Reflexe seien nicht auslösbar bis auf den Bizepssehnenreflex rechts. Die Prüfung der Funktionalität sei in der Tabelle "Obere Extremitäten" nach Neutral Null aufgelistet. An den unteren Extremitäten seien inspektorisch keine Auffälligkeiten feststellbar. Im Liegen bestehe eine Beinlängenverkürzung links von 0,5 cm. Das Muskelrelief sei seitengleich; Anspannung und Entspannung gelängen seitengleich. Die Muskeleigenreflexe der unteren Extremitäten könnten nicht ausgelöst werden. An den Kniegelenken könne medial ein Druckschmerz in Höhe des medialen Gelenkspaltes ausgelöst werden. Ein Erguss sei nicht tastbar. Die Überprüfung der Kreuzbänder sowie des medialen und lateralen Bandapparates ergebe geringe Hinweise auf Instabilität medial betont. Die Füsse seien im Sinne eines Knicks / Spreizfusses beidseits verändert. Wesentliche funktionelle Einschränkungen der Sprung- und Zehengelenke seien nicht vorhanden. Das Bewegungsausmass und die Ergebnisse der Umfangmessung seien in der Tabelle "Untere Extremitäten" nach Neutral Null festgehalten.

Nach Angabe des Beschwerdeführers belaste er das rechte Bein mehr. Zum peripheren Neurostatus führte die Gutachterin aus, bis auf den Bizepssehnenreflex seien die Muskeleigenreflexe der oberen und unteren Extremitäten erloschen. Auffälligkeiten für die Sensibilität beständen nicht. Das Lasègue-Zeichen sei beidseits negativ. Daraus resultierend kommt die orthopädische Gutachterin zum nachvollziehbaren Schluss, in der angestammten Tätigkeit als Landwirt sei eine Arbeitsfähigkeit nur noch für leichte Tätigkeiten im Rahmen von 50 % vorhanden. In einer angepassten Tätigkeit mit Wechselbelastung und vorwiegendem Sitzen, ohne widrige Witterungsverhältnisse, ohne schweres Heben und Tragen, ohne Arbeiten über Brusthöhe und ohne Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern sei ab gutachterlicher Untersuchung eine Arbeitsfähigkeit von 100 % gegeben. Nicht mehr möglich seien körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten, Arbeiten in Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern sowie ausschliessliches Gehen und Stehen (IV-Nr. 89.4 S. 8). Seit dem Zeitpunkt der befristeten Rente habe der Beschwerdeführer eine weitere Operation am 12. Januar 2018 an der linken Schulter gehabt. Durch diesen Eingriff sei die Belastbarkeit in der angestammten Tätigkeit als Landwirt gesunken. Für den Zeitraum drei Monate postoperativ sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit ausgewiesen gewesen. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Landwirt sei demnach ab 12. April 2018 mit 50 %, in einer angepassten Tätigkeit gemäss Zumutbarkeitsprofil zu 100 % gegeben (IV-Nr. 89.4 S. 9). Der Beschwerdeführer lässt dagegen einwenden, dass die orthopädische Gutachterin keinen Bezug auf die Knie- und Rückenbeschwerden nehme (vgl. Beschwerde Ziff. 4 S. 5 ff.; A.S. 14 ff.). Dazu ist festzuhalten, dass die orthopädische Gutachterin auch betreffend das Knie und den Rücken Befunde erhoben hat, diese jedoch plausibel und in Einklang mit den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers und den Akten als untergeordnet und sich damit nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkend einstuft.

6.2 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 89.6 S. 1 ff.) wird inhaltlich einleuchtend dargelegt, dass beim Beschwerdeführer keine psychischen krankheitswertigen Störungen mit Auswirkung auf die Fähigkeiten und Ressourcen beständen. Dies entspricht der Befundlage, die im Gutachten erhoben wird. Auch mache der Beschwerdeführer keine psychischen Störungen geltend. Er stehe nicht in psychiatrischer/psychologischer Betreuung und sei auch nie in einer solchen gestanden. Vor diesem Hintergrund erweist sich die gutachterliche Beurteilung, dass keine psychiatrische Erkrankung und somit aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorliegt, als plausibel.

6.3 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 89.6 S. 13 ff.) wird ausgeführt, aus internistischer Sicht bestehe beim Beschwerdeführer ein Diabetes mellitus seit 1977. Dieser sei seit Erstdiagnose gut mit Insulin eingestellt, gravierende Folgeschäden hätten sich bis dato diesbezüglich nicht eingestellt. Lediglich eine Augenlaserung sei hier erforderlich geworden. Es habe sich keine Mikroalbuminurie ergeben, dies sei zuletzt im April 2019 untersucht worden. Auch sei keine diabetische Polyneuropathie zu verzeichnen, zuletzt untersucht im September 2019. Aus diesem Grund seien somit die Fortführung der Therapie mit der Insulinpumpe sowie auch weiterhin eine regelmässige diabetologische Verlaufskontrolle angeraten. Aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht ergebe sich prinzipiell durch den Diabetes mellitus die Notwendigkeit, dass Arbeiten mit erhöhtem Eigen- oder Fremdgefährdungspotential nicht geeignet seien, zudem sollten stark stressbelastende Tätigkeiten vermieden werden, da hierunter evtl. Hypoglykämien verursacht werden könnten. Insgesamt sei der Diabetes mellitus seit 1977 jedoch gut kontrolliert und Hypoglykämien seien bis dato nicht aufgetreten, so dass sich hier keine durchgreifende

Einschränkung des Fähigkeitsprofils ergebe. Diese Bewertung gelte ebenso retrospektiv (IV-Nr. 89.6 S. 20 f.). Diese Schlussfolgerung vermag gestützt auf die internistische Befunderhebung ebenfalls zu überzeugen. 6.4 Dem neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 89.7) liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde. Der Gutachter hält in seiner Beurteilung fest, was die Schulterbeschwerden anbelange, so könne in Gesamtschau aus neurologischer Sicht infolge der Unfälle in den Jahren 2009 und 2017 zwar die Schulterpathologie mit mehrfachen Operationen eruiert werden. Es seien diesbezüglich aber rein orthopädische Beschwerden festzustellen, ohne Anhaltspunkte für eine zusätzliche neurogene Beteiligung. Der Beschwerdeführer beklage zusätzlich seit 2017/2018 vermehrte lumbale Rückenbeschwerden. Auch diesbezüglich habe zwar ein MRI im Jahr 2018 degenerative Veränderungen gezeigt, jedoch keine neurokompressiven Prozesse. Dies decke sich auch mit der Anamnese und aktuellen klinischen Untersuchungssituation, in welcher eben zu keinem Zeitpunkt radikuläre Schmerzen zu den Beinen aufgetreten seien, auch aktuell in der klinischen Untersuchung nicht bestanden hätten. Auch lägen keine Dehnungszeichen vor. Der Neurostatus zeige auch keinerlei sensomotorische Defizite radikulärer Art. Es sei somit nur von einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom auszugehen, welches überlagert werde durch eine leichte Wirbelsäulenfehlstatik mit leichter lumbothorakaler Skoliose und wohl auch teilweise zum Beschwerdebild einer reitenden Rippe rechts führen könne. Im Hinblick auf den schon seit dem 13. Lebensjahr bestehenden Diabetes mellitus seien gemäss der aktuellen Untersuchung erstaunlicherweise keine signifikanten Polyneuropathiezeichen im klinischen Befund feststellbar, der Achillessehnenreflex sogar noch auslösbar, während die anderen Reflexe eher schwach oder nicht sicher darstellbar seien. Vibrationsempfinden sei nicht abgeschwächt, eine längenabhängige Sensibilitätsminderung werde nicht beschrieben, Lagesinnempfinden sei intakt, die Thermästhesie sei gut. Hinweise für die Entwicklung eines diabetischen Fussyndroms hätten sich nicht ergeben. Einzig bekannt sei eine diabetische Retinopathie, wegen der er aber in regelmässiger Betreuung und gelegentlich auch Laserbehandlungen stehe. Bislang habe sich hieraus aber keine wesentliche Einschränkung ergeben. In Gesamtschau seien somit also keine Hinweise für eine wesentliche neurogene diabetogene polyneuropathische Schädigung feststellbar. Auch im Hinblick auf die subjektiv angegebenen zeitweiligen Schwindelgefühle seien diese unspezifisch, ungerichtet und vorrangig nur bei Lagewechsel kurz flüchtig vorhanden. Ein spezifischer Schwindel werde jedoch verneint. Im Rahmen der zusätzlich durchgeführten Duplexsonografie der hirnversorgenden extrakraniellen Gefässe hätten sich aber keine Zeichen einer zerebralen Makroangiopathie gezeigt. Insbesondere sei auch die Arterie vertebralis bds. kräftig darstellbar, ebenso die Karotiden und Karotiden-Äste. Es seien keine pathologische Intima-Media-Dicke erkennbar. Es könne somit also keine wesentliche Beeinträchtigung aus vaskulärer Sicht festgestellt werden. Erkennbar sei nur eine leichte arterielle Grenzwerthypertonie. In Gesamtschau sei diese flüchtige gelegentliche Schwindelsymptomatik somit unspezifisch, sei funktional betrachtet zumindest nicht relevant, sofern Tätigkeiten mit Gefährdungspotenzial in exponierter Position vermieden würden, was aber auch aus orthopädischer Sicht vermutlich nicht ratsam sei. Zusammenfassend könnten versicherungsmedizinisch aus neurologischer Sicht keine eigenständigen primär neurogenen Ursachen festgestellt werden zur Erklärung der subjektiv eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Es dominierten hier weit vorrangig die orthopädischen / muskuloskelettalen Beschwerden, es werde auf die entsprechende Bewertung verwiesen. Diese neurologische Beurteilung ist stimmig und sie deckt sich mit

der Aktenlage. 6.5 Gestützt auf die überzeugenden Teilgutachten vermag schliesslich auch die Gesamtbeurteilung (IV-Nr. 89.1) zu überzeugen, wonach der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Landwirt gesamthaft seit dem 13. April 2018 zu 50 % arbeitsfähig ist. Mit Operation der linken Schulter vom 12. Januar 2018 sei für drei Monate eine Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit ausgewiesen gewesen. Eine medizinisch-theoretisch adaptierte Tätigkeit ist dem Beschwerdeführer seit dem 12. April 2018 vollumfänglich zumutbar. Eine solche Tätigkeit zeichne sich durch Wechselbelastung und vorwiegendes Sitzen, Fehlen von widrigen Witterungsverhältnissen, Fehlen von schwerem Heben und Tragen, Fehlen von Arbeiten über Brusthöhe und Fehlen von Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern aus. Schnelle Körperpositionsänderungen könnten zu flüchtigen Schwindelgefühlen führen, sodass exponierte Arbeiten auf Leitern und Gerüsten nicht geeignet seien. Arbeiten mit sehr hoher Monotonie sollten eher vermieden werden oder allenfalls mit kurzen Erholungspausen durchgeführt werden. 6.6 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre B.____-Gutachten grundsätzlich als beweiskräftig zu erachten. Zu prüfen bleibt, ob die vom Beschwerdeführer dagegen vorgebrachten Einwendungen etwas an dieser Einschätzung zu ändern vermögen: Der Beschwerdeführer bringt vor, die Behauptung der Beschwerdegegnerin bzw. der RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 12. Mai 2022 (vgl. IV-Nr. 103), wonach der Bericht von Dr. med. M.____, Fachärztin für Gehirn- und Nerven Chirurgie (Neurochirurgie), vom 25. Januar 2022 und die neu angefertigten MRI-Bilder vom 31. August 2021 (vgl. E. II. 5.2.9 hiervor) keine neuen medizinischen Fakten lieferten, sei nicht korrekt. Durch den Bericht werde eben klar aufgezeigt, dass durch das Gutachten der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht korrekt abgeklärt worden sei. So stelle Dr. med. M.____ unter anderem die Diagnosen einer lumbalen Osteochondrose und Facettengelenksarthrose sowie Diskusprotrusionen L3-S1. In diesem Zusammenhang sei es denn eben auch schlicht falsch, dass die im MRI vom 31. August 2021 festgestellten Veränderungen bereits im Jahr 2018 so festgestellt worden seien. Vergleiche man die Befunde, falle auf, dass neu eine Einengung spinal / am Eingang der Neuroforamina sowie eine Beeinträchtigung der Radix L5 beidseits recessal / am Eingang der Neuroforamina und L4 rechts extraforaminal vorlägen (vgl. Beschwerde Ziff. 10 S. 12 f.; A.S. 21 f.). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass nach Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. K.____ nicht das Ausmass der radiologischen Veränderungen entscheidend ist, sondern der klinische Befund und die allenfalls daraus abzuleitenden funktionellen Einschränkungen. Weder im Gutachten noch im knappen Bericht von Dr. med. M.____ würden Befunde beschrieben, die eine andere klinische Beurteilung als die im Gutachten erfolgte, erlauben würden (vgl. E. II. 5.2.10 hiervor). Eine ausführliche klinische Untersuchung durch die orthopädische Gutachterin der Gutachterstelle B.____ fand indes statt und führte diese zum Schluss, eine ideal angepasste Tätigkeit zeichne sich durch Wechselbelastung und vorwiegendes Sitzen, Fehlen von widrigen Witterungsverhältnissen, Fehlen von schwerem Heben und Tragen, Fehlen von Arbeiten über Brusthöhe und Fehlen von Zwangshaltungen wie Bücken, Knien oder Kauern aus. Der neue MRI-Bericht vom 31. August 2021 vermag demnach für sich allein – ohne dass neue klinische Befunde eine relevante Verschlechterung gegenüber der gutachterlichen Situation zeigen – keine Zweifel am B.____-Gutachten zu wecken (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_646/2015 vom 19. Mai 2016 E. 4.2 mit Hinweisen). 6.7 Zusammenfassend wird der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle B.____ weder durch die zeitlich danach verfassten medizinischen Akten noch

durch die Vorbringen des Beschwerdeführers in Zweifel gezogen. Damit erweist sich das Gutachten vom 21. Juni 2021 als voll beweismäßig. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung vom

E. 13

Juli 2022 (A.S. 1 ff.) auf das polydisziplinäre Gutachten abgestellt hat. Es kann somit auf die im polydisziplinären Gutachten ausgewiesene Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden (vgl. E. II. 5.2.7 hiervor). Gestützt darauf steht fest, dass seit dem letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 28. Januar 2013 (IV-Nr. 31) eine rechtsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, indem in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vorliegt. Für die Vornahme weiterer Abklärungen – wie durch den Beschwerdeführer beantragt (vgl. E. I. 2. hiervor) – besteht kein Anlass, weshalb darauf in antizipierter Beweismäßigkeit verzichtet werden kann. 7. Nachfolgend ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu prüfen.

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