

# SO\_GERICHTE VSBES.2022.216 vom 19. September 2022

SO Obergericht, 2022-09-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.216](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.216)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.216 du 19 septembre 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.216 del 19 settembre 2022

## Erwägungen

### E. 1

Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 19. September 2022 sei aufzuheben.

### E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in Kraft bis 31. Dezember 2021) haben jene Versicherten 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 die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG 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.

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 S. 349 mit Hinweisen).

### E. 3

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den

Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 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 Neuanschuldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. BGE 117 V 198 E. 3a S. 199) ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 S. 114 E. 5.4, 130 V 71 E. 3.1 S. 73).

#### **E. 4**

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

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und 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 hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte

Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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. Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente mit Verfügung vom 19. September 2022 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat. 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 (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Ablehnungsverfügung ■ vorliegend am 23. Februar 2006 (IV-Nr. 21) ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 19. September 2022 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2). Da aber die Rentenabweisung mit Verfügung vom 23. Februar 2006 nicht aufgrund einer umfassenden Beurteilung der medizinischen Akten erfolgte (vgl. E. I. 1.1 hiervor), kann vorliegend ein Sachverhaltsvergleich unterbleiben. Vielmehr ist die Neuanmeldung vom 5. Februar 2020 wie eine Erstanmeldung zu behandeln.

Bezüglich der vorerwähnten strittigen Frage sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

5.1 Am 20. September 2017 erging der Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Lungenkrankheiten und Innere Medizin, mit folgenden Diagnosen (IV-Nr. 38 S. 12 ff.):

Weiter führte Dr. med. C.\_\_\_\_ aus, bei langjährigem Nikotinabusus von 35-55 Packyears, sowie früherem Foliendrauchen, zeige der Beschwerdeführer eine chronisch obstruktive Lungenkrankheit Stadium II-III/B nach GOLD mit schwerer, auf Beta-2-Stimulation partiell reversibler obstruktiver Ventilationsstörung. Zudem bestehe ein Lungenemphysem mit Air-Trapping und mittelschwerer Einschränkung der CO-Diffusionskapazität. Der Gasaustausch in Ruhe sei jedoch erhalten. Bei anamnestischen Asthma bronchiale in der Jugend sei ein oraler Steroidversuch durchgeführt worden, welcher aber zu keiner wesentlichen Abnahme des Obstruktionsgrades geführt habe, so dass bei gleichzeitig nicht erhöhtem exhalierendem NO keine wesentliche asthmatische Komponente mehr vorliegen dürfte. Bei negativem Hautallergietest sei der Beschwerdeführer auch kein Atopiker. Damit

bestehe auch keine Indikation für eine zusätzliche topische Steroidbehandlung. Zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit sei der Beschwerdeführer motiviert, am ambulanten pulmonalen Rehabilitationsprogramm der D.\_\_\_\_ im E.\_\_\_\_ teilzunehmen. Die geplante Eintrittsuntersuchung mit Spiroergometrie am 19. September 2017 habe leider nicht durchgeführt werden können, da der Beschwerdeführer zwischenzeitlich eine Knie-distorsion links erlitten habe und wegen Schmerzen nicht in der Lage gewesen sei, Velo zu fahren. Deshalb sei der Beginn der pulmonalen Rehabilitation bis zur Abheilung der Knieverletzung verschoben worden. Bei schlafapnoeverdächtiger Anamnese mit Schnarchen und fremdanamnestisch beobachteten Apnoen sei eine respiratorische Polygraphie durchgeführt worden. Diese habe eine leichte gemischte Schlafapnoe mit obstruktiven und zentralen Ereignissen im Rahmen der Methadontherapie gezeigt. Auf Grund der gemischten, nur leichten Schlafapnoe bestehe keine Indikation für eine CPAP-Therapie.

5.2 Dem Bericht des F.\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2019 lassen sich die folgenden Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 25):

Zur Anamnese wurde ausgeführt, dass der Beschwerdeführer zur pneumologischen Standortbestimmung komme. Er berichte über eine seit ca. zwei Jahren bestehende leichte Anstrengungsatemnot, welche ihn dann beim Gehen oder Tauchen im See hindere. Eine Ruheatemnot werde verneint. Seit er weniger rauche, habe er weniger Husten und morgendlichen Auswurf. Vor Kurzem habe er nach dem Tauchen husten müssen und dann zweimalig leicht blutig-tingierten Auswurf gehabt. Zudem bestehe seit ca. einem Jahr ein Gewichtsverlust von ungefähr 7 kg (ungewollt) mit aktuell 83 kg. Den Nikotinkonsum führe er fort mit zwei bis zehn Zigaretten täglich und seit Juni 2019 inhaliere er mit Verdampfer. Es liege eine schwergradige COPD Gold Stadium 3 mit leichtgradigem Lungenemphysem vor, welches die vom Beschwerdeführer beschriebene Anstrengungsatemnot durchaus erkläre. Es sei eine bronchodilatatorische Inhalationstherapie mit Ultibro etabliert und dem Beschwerdeführer die Applikationsform erklärt worden. Zusätzlich werde er für eine Spiroergometrie vorgesehen und ins ambulante pulmonale Rehabilitationsprogramm eingebunden ■ wegen Todesfall in der Familie sei der Termin hierfür verschoben worden. Die zweimalig blutig tingierten Auswürfe nach dem Tauchgang könnten im Rahmen eines Barotraumas interpretiert werden, im CT sei keine Erklärung hierfür gesehen worden. Weiter habe sich CT-graphisch ein Mikronodulus im UL links anterobasal (5mm) beschreiben lassen. Der Befund werde in der nächsten Sprechstunde mit dem Beschwerdeführer besprochen. Bei erhöhtem Risiko (Nikotinkonsum) sei gemäss Fleischner-Kriterien eine CT-Kontrolle in zwölf Monaten empfohlen.

5.3 Am 17. April 2020 erging der Verlaufsbericht der behandelnden Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Oberärztin Medizin / Pneumologie, F.\_\_\_\_ (IV-Nr. 31). Am 26. September 2019 sei es zur Erstvorstellung zur pneumologischen Standortbestimmung bei bekannter COPD Gold Stadium 3 mit leichtgradigem zentrilobulärem Lungenemphysem gekommen, welches im 2017 durch den Kollegen Dr. med. C.\_\_\_\_ in [...] diagnostiziert worden sei. Ursächlich hierfür bestehe der jahrelange Nikotinkonsum sowie in früheren Jahren das Folienrauchen. Eine Asthma-Symptomatik, welche in der Kindheit vorgelegen sei, habe bei Dr. med. C.\_\_\_\_ mittels Steroidtrial nicht diagnostiziert werden können. Die fixierte Obstruktion mit Anstrengungsatemnot werde daher im Rahmen der COPD mit Lungenemphysem interpretiert. Dr. med. G.\_\_\_\_ konnte keine Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit stellen. Hierfür müsste der Beschwerdeführer erneut exploriert werden. Aus pneumologischer Sicht sollte bei guter Kontrolle der COPD eine körperlich nicht belastende Tätigkeit in sitzender oder stehender Position in einem rauchfreien staubarmen Setting möglich sein. Es seien keine fixen Verlaufskonsultationen geplant, klinische Verlaufskontrolle könne nach Massgabe der Beschwerden resp. Wiederzuweisung durch den Hausarzt erfolgen.

5.4 Dem Verlaufsbericht der Hausärztin Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 7. August 2020 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer erst sehr kurz in ihrer Behandlung sei. Dieser Bericht enthält folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 34): COPD, LWS-Syndrom, Karpaltunnelsyndrom, Z. n. Polytoxikomanie, Hepatitis C. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers konnte sich Dr. med. H.\_\_\_\_ nicht äussern.

5.5 In seinem Bericht vom 7. Juli 2020 stellte Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, die Diagnose eines «bilateralen, rechtsbetonten Karpaltunnelsyndroms» (IV-Nr. 44). Weiter führte er aus, bei typischer Anamnese finde sich elektrophysiologisch die Konstellation eines rechtsbetonten, bilateralen Karpaltunnelsyndroms. Klinisch bestünden keine Hinweise für eine radikuläre Mitaffektion. Die elektrophysiologischen Werte seien nicht so eindeutig, dass eine unmittelbare Operation indiziert wäre, da aber die konservative Therapie konsequent durchgeführt worden und der Leidensdruck dennoch erheblich sei, empfehle er dennoch die Evaluation einer operativen Sanierung (vgl. hierzu Operationsberichte vom 28. August und 8. September 2020 [IV-Nr. 44 S. 8 f.]).

Am 31. August 2020 äusserte sich Dr. med. I.\_\_\_\_ dahingehend, dass er den Beschwerdeführer am 7. Juli 2020 aufgrund eines dann diagnostizierten bilateralen Karpaltunnelsyndroms gesehen habe. Deswegen sei seinerseits keine Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeit erfolgt und es seien auch keine weiteren Kontrollen vorgesehen (IV-Nr. 35).

5.6 Nach Rücksprache mit der RAD-Ärztin (IV-Nr. 47) veranlasste die Beschwerdegegnerin bei der Gutachtensstelle B.\_\_\_\_, [...], ein polydisziplinäres (allgemeinmedizinisches, psychiatrisches, rheumatologisches und neurologisches) Gutachten, das am 9. Dezember 2021 erstattet wurde (IV-Nrn. 67.1 ■ 67.3). Dieses Gutachten enthält folgende Diagnosen (IV-Nr. 67.1 S. 8):

Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

Die Experten gelangten zum Schluss, bei der rheumatologischen Untersuchung sei ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit radiologisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen und reaktiven Myogelosen diagnostiziert worden. Die Belastbarkeit der Wirbelsäule sei dadurch insgesamt vermindert. Körperlich schwere und andauernd mittelschwere Tätigkeiten und solche mit Zwangshaltungen seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Für die belastungsabhängigen Handschmerzen habe sich bei der rheumatologischen Untersuchung kein klinisches Korrelat gefunden. Bei der neurologischen Untersuchung seien keine Nervenläsionen festgestellt worden. Es bestehe auch keine radikuläre Symptomatik. Die Befunde nach den CTS-Operationen seien regelrecht. Aus neurologischer Sicht bestehe keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung sei eine COPD Stadium III diagnostiziert worden. Die klinische Situation sei kompensiert. Anamnestisch bestehe ein

stabiler Verlauf. Aufgrund der lungenfunktionalen Einschränkung seien dem Beschwerdeführer körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Auch eine Staub- und Kältebelastung sei nicht ideal. Bei körperlich leichten Tätigkeiten bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus allgemeininternistischer Sicht. Bei Status nach Hepatitis B und C habe sich klinisch keine Leberfunktionsstörung gezeigt. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei eine psychische und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch, gegenwärtig im ärztlichen Substitutionsprogramm, diagnostiziert worden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine leichte Leistungseinschränkung aufgrund des anhaltenden Substanzkonsums (IV-Nr. 67.1 S.

## **E. 5**

Chronisch lumbovertebrales Schmerz-Syndrom

## **E. 6**

L5-neurokompressible Diskushernie L5/S1 links 2004

### **E. 6.1**

6.1.1 Vorweg ist auf die Rügen des Beschwerdeführers einzugehen, wonach die Gutachterstelle B.\_\_\_\_ dadurch, dass sie das vorliegende Gutachten durch Gutachter habe erstellen lassen, die gleichzeitig für die B.\_\_\_\_ und jeweils eine oder zwei andere Gutachterstellen tätig seien, nicht nur die Weisung des BSV missachtet, sondern auch die Vorgaben von BGE 137 V 210 ff. und damit Art. 6 Ziff. 1 EMRK verletzt habe (vgl. Beschwerde S. 11 ff.; A.S. 22 ff.). Sodann komme erschwerend hinzu, dass drei dieser Gutachterstellen (L.\_\_\_\_, B.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_) anscheinend wirtschaftlich und personell auch sonst derart verhandelt seien, dass das Zufallsprinzip auch von dieser Seite unterlaufen werde. So habe gemäss Recherchen der Solothurner Zeitung vom 18. Januar 2020 der frühere Revisor des L.\_\_\_\_, der mit L.\_\_\_\_-Gründer N.\_\_\_\_ gut bekannt sei, die Firmen gekauft. Tatsächlich sei auch die administrative Leiterin der Gutachterstelle in [...] auch als L.\_\_\_\_-Mitarbeiterin bekannt. Aus den Handelsregisterauszügen der B.\_\_\_\_ und des M.\_\_\_\_ gehe zudem hervor, dass Herr O.\_\_\_\_ in beiden Gesellschaften als Mitglied des Verwaltungsrates mit Einzelunterschrift zeichne. Mit dem Verbund von drei Firmen sei die Chance gestiegen, per Losentscheid auch im schrumpfenden Markt noch den Zuschlag zu erhalten, so die Berichterstattung in der Zeitung (vgl. Beschwerde S. 6 ff.; A.S. 11 ff.).

6.1.2 Bevor die IV-Stelle den Auftrag für ein polydisziplinäres Gutachten vergibt (d.h. ein Gutachten, das wie im vorliegenden Fall drei oder mehr Fachdisziplinen umfasst), teilt sie der versicherten Person die Gutachterstelle und die Namen der mit dem Gutachten betrauten Personen nebst den entsprechenden Facharzttiteln mit (Rz 2077.8 Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung / KSVI, Stand am 1. Januar 2018). Die versicherte Person erhält eine Frist von zwölf Tagen, um Einwände zu erheben (Rz 2077.9 KSVI). Sie kann die Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen (Art. 44 ATSG), z.B. wegen fehlender Fachkompetenz (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 274 f.). Die vorgenannten Verfahrensvorschriften wurden im vorliegenden Verfahren eingehalten (vgl. IV-Nrn. 48 ff.). Der Beschwerdeführer hat es vor der Begutachtung unterlassen, die vorgebrachten Ausstandsgründe bzw. die gerügten Überschneidungen mit anderen Gutachterstellen innert der ihm gesetzten Frist zu beanstanden. Einwendungen sind nach Treu und Glauben möglichst bald zu erheben, damit diese bereits im Vorfeld der Begutachtung geklärt werden können. Damit ist der Anspruch auf Anrufung dieser Verfahrensgarantie verwirkt. Daran ändert der Umstand nichts, dass der Beschwerdeführer erst nach der erfolgten Begutachtung

durch Rechtsanwalt Wyssmann vertreten wurde. Ferner erscheint es unzulässig, erst nach Vorliegen eines für den Versicherten negativen Untersuchungsergebnisses solche Einwendungen vorzutragen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_336/2016 vom 23. November 2016 E. 3.3) . Somit ist auf die diesbezüglichen Rügen (E. II. 6.1.1 hiervor) nicht einzutreten. Anzufügen bleibt, dass das Bundesgericht die inhaltliche Argumentation, welche auch der Beschwerdeführer vorbringen lässt, im Urteil 9C\_379/2022 vom 23. August 2023, E. 2.1 – 2.3, verworfen hat. 6.2 Nachfolgend ist sodann, wie erwähnt, der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens zu prüfen. Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sog. Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen). 6.2.1 Was die gesundheitliche Situation in somatischer Hinsicht betrifft, so ist zunächst die pneumologische Situation im Rahmen der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung zu berücksichtigen. Im Bericht vom 20. September 2017 hatte Dr. med. C.\_\_\_\_ eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung Stadium II-III/B mit schwerer, auf Beta-2-Stimulation partiell reversibler obstruktiver Ventilationsstörung und ein Lungenemphysem mit Air-Trapping und mittelschwerer Einschränkung der CO-Diffusionskapazität diagnostiziert (vgl. E. II. 5.1 hiervor). Im Bericht vom 3. Oktober 2019 (vgl. E. II. 5.2 hiervor) führte das F.\_\_\_\_ aus, es liege eine schwergradige COPD Gold Stadium 3 mit leichtgradigem Lungenemphysem vor. Weiter habe sich CT-graphisch ein Mikronodulus im Unterlappen links anterobasal (5 mm) beschreiben lassen. Bei erhöhtem Risiko (Nikotinkonsum) sei gemäss Fleischner Kriterien eine CT-Kontrolle in zwölf Monaten empfohlen. Die behandelnde Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Oberärztin Medizin/Pneumologie, F.\_\_\_\_, hielt im Bericht vom 17. April 2020 fest, dem Beschwerdeführer sollte aus pneumologischer Sicht bei guter Kontrolle der COPD eine körperlich nicht belastende Tätigkeit in sitzender oder stehender Position in einem rauchfreien staubarmen Setting möglich sein. In welchem Umfang eine solche Tätigkeit dem Beschwerdeführer zumutbar ist, liess sie jedoch offen (vgl. E. II. 5.3 hiervor). Obwohl in den Akten mehrere pneumologische Untersuchungsberichte vorliegen, verzichtete die Beschwerdegegnerin vorliegend auf eine pneumologische Begutachtung, was der Beschwerdeführer zu Recht beanstanden lässt (vgl. Beschwerde S. 9 ff.; A.S. 14 ff.). Vielmehr wurde die Lungenerkrankung durch einen Allgemeinmediziner der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ beurteilt (vgl. IV-Nr. 67.1 S. 19 ff.). Zum Schluss führte der Gutachter aus, die aktuellsten Befunde hätten sie leider nicht erhalten. Sollten wesentliche Veränderungen gegenüber 2019 festgestellt werden, müsste dies nochmals beurteilt werden (IV-Nr. 67.1 S. 24). Der aktuellste pneumologische Bericht des E.\_\_\_\_ datiert vom 14. Oktober 2021 und wurde im Vorbescheidverfahren eingereicht (vgl. E. II. 5.7.1 hiervor). Die Untersuchung fand am 5. Oktober 2021 statt (gutachterliche Untersuchung am 28. September 2021). Dem Bericht des E.\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass sich in der Lungenfunktionsprüfung eine Zunahme der obstruktiven und restriktiven Ventilationsstörung im Vergleich zur Voruntersuchung vor einem Jahr zeige. Bezüglich der noch im Raum stehenden neuromuskulären Krankheit sei der Atemantrieb überprüft worden, wobei sich grenzwertige Atemdrücke gezeigt hätten. In der nächtlichen Pulsoxymetrie hätten sich keine vermehrten Enttächtigungen gezeigt. Da sich in der arteriellen Blutgasanalyse jedoch ein deutlich erhöhtes Bicarbonat gezeigt habe, sei zur Abklärung von möglichen nächtlichen Hypoventilationen als nächster Schritt die Durchführung einer Kapnographie vorgesehen

(vgl. IV-Nr. 74 S. 8). Die RAD-Ärztin beließ es in ihrer Stellungnahme vom 10. Juni 2022 bei der Bemerkung, dass sich die Zunahme von Restriktion und Obstruktion der Lunge auf eine leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit nicht zusätzlich auswirke (vgl. E. II. 5.8 hiervor). Diese Einschätzung vermag vor dem Hintergrund, dass es sich dabei mangels selber durchgeführter Untersuchungen lediglich um eine Beurteilung der Aktenlage handelt – bezüglich welcher strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen und bei Vorliegen auch nur geringer Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen) –, sowie angesichts des Umstandes, dass zuvor keine fachärztliche pneumologische Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers stattgefunden hat, nicht restlos zu überzeugen. Zusammengefasst kann die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers mangels verlässlicher Angaben zu seinem Gesundheitszustand aus pneumologischer Sicht nicht abschliessend beurteilt werden, weshalb hierzu weitere Abklärungen zu tätigen sind.

6.2.2 Im Vorbescheidverfahren wurde sodann ein MRI-Bericht der Wirbelsäule und Rx Abdomen des E.\_\_\_\_ vom 18. Februar 2022 eingereicht (vgl. E. II. 5.7.2 hiervor). Bildgebend ergaben sich «multisegmentale degenerative Veränderungen und dorsales Discusbulging bzw. Protrusionen, insbesondere: Diskushernie LWK 4/5 und LWK5/SWK 1 mit Kontakt zu den angrenzenden rezessalen Nervenwurzeln sowie möglicher extraforaminaler Kontakt zur L4 und L5 Wurzel links mehr als rechts; relative Spinalkanalstenose LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1». Im Sprechstundenbericht des E.\_\_\_\_ vom 1. April 2022 wurde sodann die Hauptdiagnose einer «fortgeschrittenen Spondylarthrose L4 – S1 mit leichter neuroforaminaler Enge und beginnendem Kontakt zu den Nervenwurzeln L4 und L5 links» gestellt. Der rheumatologische Gutachter der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ bezog sich bei seiner Beurteilung auf die bildgebende Untersuchung vom November 2021 (vgl. IV-Nr. 67.1 S. 50). Zwar hat die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 10. Juni 2022 dargelegt, diesen Leiden sei im B.\_\_\_\_-Gutachten bereits Rechnung getragen worden und es liessen sich keine weiterreichenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ableiten (vgl. E. II. 5.8 hiervor). Im Rahmen der ohnehin zu veranlassenden Abklärungen in pneumologischer Hinsicht wird die Beschwerdegegnerin der Vollständigkeit halber auch abzuklären haben, ob anhand der neuesten bildgebenden Befunde eine Verschlechterung der Rückenproblematik eingetreten ist, die den Beschwerdeführer über das gutachterlich festgestellte Ausmass in seiner Arbeitsfähigkeit einschränkt.

6.3 Demnach beruht die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. September 2022, worin das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen wurde, auf einer unvollständigen Abklärung des relevanten medizinischen Sachverhalts. Die angefochtene Verfügung ist daher in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie zusätzlich eine Begutachtung des Beschwerdeführers in der Fachdisziplin Pneumologie (mit anschliessender interdisziplinärer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit) veranlasst und danach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu entscheidet. Im Rahmen dieser Abklärungen wird die Beschwerdegegnerin sodann die im Vorbescheidverfahren eingereichten Berichte des E.\_\_\_\_ vom 18. Februar 2022 (MRI Wirbelsäule und Rx Abdomen vom 17. Februar 2022, E. II. 5.7.2 hiervor) und vom 1. April 2022 (vgl. E. II. 5.7.4 hiervor) dem rheumatologischen Gutachter der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ zur Beurteilung vorzulegen haben. Eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin ist möglich, wenn diese allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist

(BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.). Im vorliegenden Fall wurde die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ungenügend abgeklärt. Die Frage, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer arbeits- und leistungsfähig ist, kann mangels verlässlicher Angaben zu seinem Gesundheitszustand aus pneumologischer Sicht nicht abschliessend beurteilt werden. Die Beschwerdegegnerin wäre in Nachachtung des ihr obliegenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verpflichtet gewesen, bereits im Verwaltungsverfahren ein pneumologisches Gutachten einzuholen. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen, soweit darauf einzutreten ist. Unter diesen Umständen kann auf die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung verzichtet werden. 7. 7.1 Bei diesem Verfahrensausgang (formelles Obsiegen) besteht ein Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Rechtsanwalt Wyssmann hat zwei Kostennoten eingereicht (Kostennoten vom 18. Januar 2023 [A.S. 54 f.] und 15. November 2023 [A.S. 59]) und einen Aufwand von total 16,29 Stunden geltend gemacht. Der zu entschädigende Zeitaufwand ist um Positionen zu reduzieren, welche praxisgemäss als Kanzleiaufwand gelten, der im Stundenansatz eines Rechtsanwalts inbegriffen ist (dazu gehören beispielsweise die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen und das Einreichen der Kostennote) sowie Kontakte mit Dritten. Der Aufwand von total 16,29 Stunden reduziert sich um Kanzleiaufwand von insgesamt 2,2 Stunden (10 x «Brief an Klient» à 0,17 Stunden; 1 x «E-Mail an die P.\_\_\_\_» à 0,17 Stunden; 1 x «Brief an Versicherungsgericht» à 0,33 Stunden) auf 14,09 Stunden. Zudem ist im Zusammenhang mit dem UP-Gesuch praxisgemäss pauschal ein Aufwand von einer halben Stunde zu vergüten, weshalb die diesbezüglichen Positionen sowie die geltend gemachten Kosten für die Korrespondenzen mit dem K.\_\_\_\_ entsprechend zu kürzen sind. Schliesslich wird für den nachprozessualen Aufwand bei Obsiegen praxisgemäss eine halbe Stunde eingerechnet. Damit verbleibt ein Aufwand von 13,25 Stunden bzw. (bei einem Stundenansatz von CHF 250.00) ein Honorar von CHF 3'312.50. Hinsichtlich der geltend gemachten Auslagen von insgesamt CHF 108.50 ist zu sagen, dass Kopien mit CHF 0.50 pro Stück vergütet werden und nicht mit CHF 1.00 (vgl. § 161 in Verbindung mit § 160 Abs. 5 Gebührentarif [GT, BGS 615.11]). Demnach belaufen sich die zu vergütenden Auslagen auf insgesamt CHF 53.20. Unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer von 7.7 % ergibt sich somit eine Parteientschädigung von CHF 3'624.85. 7.2 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 die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

## **E. 7**

Cholecystolithiasis mit St. n. Cholecystektomie 2016 bei akuter perforierter Cholecystitis  
Zur Anamnese wurde ausgeführt, dass der Beschwerdeführer zur pneumologischen Standortbestimmung komme. Er berichte über eine seit ca. zwei Jahren bestehende leichte Anstrengungsatemnot, welche ihn dann beim Gehen oder Tauchen im See hindere. Eine Ruheatemnot werde verneint. Seit er weniger rauche, habe er weniger Husten und morgendlichen Auswurf. Vor Kurzem habe er nach dem Tauchen husten müssen und dann zweimalig leicht blutig-tingierten Auswurf gehabt. Zudem bestehe seit ca. einem Jahr ein Gewichtsverlust von ungefähr 7 kg (ungewollt) mit aktuell 83 kg. Den Nikotinkonsum

führe er fort mit zwei bis zehn Zigaretten täglich und seit Juni 2019 inhaliere er mit Verdampfer. Es liege eine schwergradige COPD Gold Stadium 3 mit leichtgradigem Lungenemphysem vor, welches die vom Beschwerdeführer beschriebene Anstrengungsatemnot durchaus erkläre. Es sei eine bronchodilatatorische Inhalationstherapie mit Ultibro etabliert und dem Beschwerdeführer die Applikationsform erklärt worden. Zusätzlich werde er für eine Spiroergometrie vorgesehen und ins ambulante pulmonale Rehabilitationsprogramm eingebunden – wegen Todesfall in der Familie sei der Termin hierfür verschoben worden. Die zweimalig blutig tingierten Auswürfe nach dem Tauchgang könnten im Rahmen eines Barotraumas interpretiert werden, im CT sei keine Erklärung hierfür gesehen worden. Weiter habe sich CT-graphisch ein Mikronodulus im UL links anterobasal (5mm) beschreiben lassen. Der Befund werde in der nächsten Sprechstunde mit dem Beschwerdeführer besprochen. Bei erhöhtem Risiko (Nikotinkonsum) sei gemäss Fleischner-Kriterien eine CT-Kontrolle in zwölf Monaten empfohlen.

5.3 Am 17. April 2020 erging der Verlaufsbericht der behandelnden Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Oberärztin Medizin / Pneumologie, F.\_\_\_\_ (IV-Nr. 31). Am 26. September 2019 sei es zur Erstvorstellung zur pneumologischen Standortbestimmung bei bekannter COPD Gold Stadium 3 mit leichtgradigem zentrilobulärem Lungenemphysem gekommen, welches im 2017 durch den Kollegen Dr. med. C.\_\_\_\_ in [...] diagnostiziert worden sei. Ursächlich hierfür bestehe der jahrelange Nikotinkonsum sowie in früheren Jahren das Folienrauchen. Eine Asthma-Symptomatik, welche in der Kindheit vorgelegen sei, habe bei Dr. med. C.\_\_\_\_ mittels Steroidtrial nicht diagnostiziert werden können. Die fixierte Obstruktion mit Anstrengungsatemnot werde daher im Rahmen der COPD mit Lungenemphysem interpretiert. Dr. med. G.\_\_\_\_ konnte keine Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Hierfür müsste der Beschwerdeführer erneut exploriert werden. Aus pneumologischer Sicht sollte bei guter Kontrolle der COPD eine körperlich nicht belastende Tätigkeit in sitzender oder stehender Position in einem rauchfreien staubarmen Setting möglich sein. Es seien keine fixen Verlaufskonsultationen geplant, klinische Verlaufskontrolle könne nach Massgabe der Beschwerden resp. Wiederzuweisung durch den Hausarzt erfolgen.

5.4 Dem Verlaufsbericht der Hausärztin Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 7. August 2020 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer erst sehr kurz in ihrer Behandlung sei. Dieser Bericht enthält folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 34): COPD, LWS-Syndrom, Karpaltunnelsyndrom, Z. n. Polytoxikomanie, Hepatitis C. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers konnte sich Dr. med. H.\_\_\_\_ nicht äussern.

5.5 In seinem Bericht vom 7. Juli 2020 stellte Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, die Diagnose eines «bilateralen, rechtsbetonten Karpaltunnelsyndroms» (IV-Nr. 44). Weiter führte er aus, bei typischer Anamnese finde sich elektrophysiologisch die Konstellation eines rechtsbetonten, bilateralen Karpaltunnelsyndroms. Klinisch bestünden keine Hinweise für eine radikuläre Mitaffektion. Die elektrophysiologischen Werte seien nicht so eindeutig, dass eine unmittelbare Operation indiziert wäre, da aber die konservative Therapie konsequent durchgeführt worden und der Leidensdruck dennoch erheblich sei, empfehle er dennoch die Evaluation einer operativen Sanierung (vgl. hierzu Operationsberichte vom 28. August und 8. September 2020 [IV-Nr. 44 S. 8 f.]). Am 31. August 2020 äusserte sich Dr. med. I.\_\_\_\_ dahingehend, dass er den Beschwerdeführer am 7. Juli 2020 aufgrund eines dann diagnostizierten bilateralen Karpaltunnelsyndroms gesehen habe. Deswegen sei seinerseits keine Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeit erfolgt und es seien auch keine weiteren Kontrollen vorgesehen (IV-Nr. 35).

5.6 Nach Rücksprache mit der RAD-Ärztin (IV-Nr.

47) veranlasste die Beschwerdegegnerin bei der Gutachtensstelle B.\_\_\_\_, [...], ein polydisziplinäres (allgemeinmedizinisches, psychiatrisches, rheumatologisches und neurologisches) Gutachten, das am 9. Dezember 2021 erstattet wurde (IV-Nrn. 67.1 – 67.3). Dieses Gutachten enthält folgende Diagnosen (IV-Nr. 67.1 S. 8): Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit 1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) · radiomorphologisch im Rx LWS a. p./seitlich vom 9. November 2021 leichte, lumbal rechts- sowie thorakolumbal linkskonvexe Skoliose, deutlich abgeflachte Lendenlordosierung bei jedoch normalem Alignment, deutliche Osteochondrose dorsal betont in den Segmenten L5/S1, L4/5 sowie mässig ausgeprägt L3/4 mit vor allem in den Segmenten L4/5, L5/S1 dorsal weitgehend aufgebrachter Bandscheibenhöhe, ventrale Spondylose Grund- und Deckplatte LWK3 bis LWK5 sowie Grundplatte LWK2, zusätzlich spondylarthrotische Veränderungen zwischen LWK4/5, LWK5/S1 · deutliche Wirbelsäulenfehlstatik (Flachrücken) · deutliche reaktive paravertebrale Myogelose thorakolumbal rechts mehr als links im Rahmen einer allgemeinen muskulären Dysbalance · reaktive Myogelosen der Subokzipital- und Trapeziusmuskulatur links mehr als rechts · funktionell deutliche Bewegungseinschränkung in den Segmenten L4/5 und L5/S1, thorakal und zervikal altersentsprechend gute Bewegungsfähigkeit segmental 2. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD Stadium III, ED 2017 (ICD-10 J44.9) · Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ca. 60 pack years) (ICD-10 F17.1) 3. Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzkonsum, Teilnahme an einem ärztlich verordneten Substitutionsprogramm mit Sevre-Long (ICD-10 F19.22) Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit 1. Belastungsabhängige Handrückenweichteilbeschwerden beidseits (ICD-10 M25.5) · klinisch sowie radiologisch keine fassbaren Pathologien im Bereich der peripheren Hand- und Fingergelenke · differenzialdiagnostisch: Schmerzsymptomatik bei manuellen Tätigkeiten bei St.n. multiplen intravenösen Drogeninjektionen jeweils in Handrückenvenen beidseits bei chronischer Polytoxikomanie 2. St.n. CTS-Operation rechts 28. August 2020, links 8. September 2020 3. Anamnestisch St.n. Hepatitis B und Hepatitis C (ICD-10 B18.1, B18.2) · Hepatitis C Behandlung 2020 Die Experten gelangten zum Schluss, bei der rheumatologischen Untersuchung sei ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit radiologisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen und reaktiven Myogelosen diagnostiziert worden. Die Belastbarkeit der Wirbelsäule sei dadurch insgesamt vermindert. Körperlich schwere und andauernd mittelschwere Tätigkeiten und solche mit Zwangshaltungen seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Für die belastungsabhängigen Handschmerzen habe sich bei der rheumatologischen Untersuchung kein klinisches Korrelat gefunden. Bei der neurologischen Untersuchung seien keine Nervenläsionen festgestellt worden. Es bestehe auch keine radikuläre Symptomatik. Die Befunde nach den CTS-Operationen seien regelrecht. Aus neurologischer Sicht bestehe keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung sei eine COPD Stadium III diagnostiziert worden. Die klinische Situation sei kompensiert. Anamnestisch bestehe ein stabiler Verlauf. Aufgrund der lungenfunktionalen Einschränkung seien dem Beschwerdeführer körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Auch eine Staub- und Kältebelastung sei nicht ideal. Bei körperlich leichten Tätigkeiten bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus allgemeininternistischer Sicht. Bei Status nach Hepatitis B und C habe sich klinisch keine Leberfunktionsstörung gezeigt. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei eine psychische und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch, gegenwärtig im ärztlichen Substitutionsprogramm, diagnostiziert

worden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine leichte Leistungseinschränkung aufgrund des anhaltenden Substanzkonsums (IV-Nr. 67.1 S.

## **E. 8**

f.). Aus interdisziplinärer Sicht gelangten die Experten zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit auf dem Bau nicht mehr zumutbar sei. Körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne regelmässige Zwangshaltungen mit der Wirbelsäule, ohne Arbeiten im Staub und in der Kälte seien dem Beschwerdeführer zu 70 % bzw. sechs bis acht Stunden täglich zumutbar. Es bestünden Leistungseinschränkungen bei erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement. Nach vorangehend nicht dokumentierter länger andauernder höhergradiger Arbeitsunfähigkeit könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit seit dem Zeitpunkt der IV-Anmeldung im Februar 2020 angenommen werden (IV-Nr. 67.1 S. 9 f.).

5.7 Im Vorbescheidverfahren liess der Beschwerdeführer die folgenden medizinischen Unterlagen einreichen:

5.7.1 Am 14. Oktober 2021 erging der Bericht des E.\_\_\_\_, Pneumologie, mit folgenden Diagnosen (IV-Nr. 74 S. 6 ff.):

Hauptdiagnosen

Nebendiagnosen

Weiter lässt sich diesem Sprechstundenbericht entnehmen, dass sich in der Lungenfunktionsprüfung eine Zunahme der obstruktiven und restriktiven Ventilationsstörung im Vergleich zur Voruntersuchung vor einem Jahr zeige. Bezüglich der noch im Raum stehenden neuromuskulären Krankheit sei der Atemantrieb überprüft worden, wobei sich grenzwertige Atemdrücke gezeigt hätten. In der nächtlichen Pulsoxymetrie hätten sich keine vermehrten Entsättigungen gezeigt. Da sich in der arteriellen Blutgasanalyse jedoch ein deutlich erhöhtes Bicarbonat gezeigt habe, werde zur Abklärung von möglichen nächtlichen Hypoventilationen als nächster Schritt die Durchführung einer Kapnographie vorgesehen. Falls sich dabei die Indikation für eine BiPAP-Therapie ergeben sollte, entfalle eine weitere Abklärung bezüglich des vermuteten Schlafapnoesyndroms. Bezüglich der thorakalen Beschwerden sei der Beschwerdeführer in der Zwischenzeit von den Kollegen der Kardiologie beurteilt worden, welche eine weiterführende Untersuchung mittels Spiroergometrie empfohlen hätten. Jene habe bis anhin jedoch nicht stattgefunden. Da dies auch bezüglich einer Objektivierung der berichteten Dyspnoe Sinn mache, würde der Beschwerdeführer hierfür aufgeboten werden.

5.7.2 Die im E.\_\_\_\_ durchgeführte MRI-Untersuchung der Wirbelsäule und des Rx Abdomens vom 17. Februar 2022 hat folgende Beurteilung ergeben (IV-Nr. 74 S. 10 f.): Multisegmentale degenerative Veränderungen und dorsales Discusbulging bzw. Protrusionen, insbesondere Diskushernie LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 mit Kontakt zu den angrenzenden rezessalen Nervenwurzeln sowie möglicher extraforaminaler Kontakt zur L4 und L5 Wurzel links mehr als rechts. Relative Spinalkanalstenose LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1.

5.7.3 Die am 11. März 2022 durchgeführte CT-Untersuchung des Abdomen-Beckens mit i.V. KM hat folgende Beurteilung ergeben (IV-Nr. 74 S. 16): CT-morphologisch liege kein Hinweis auf eine Pankreatitis oder eine tumorsuspekte Läsion vor, bildgebend lasse sich jedoch eine Pankreatitis nicht sicher ausschliessen. Weiter sei uncharakteristische

punktförmige Verkalkung im Pankreaskopf festzustellen.

5.7.4 Dem Bericht des E.\_\_\_\_ vom 1. April 2022 (IV-Nr. 77 S. 2 f.) ist die Hauptdiagnose einer «fortgeschrittenen Spondylarthrose L4 ■ S1 mit leichter neuroforaminaler Enge und beginnendem Kontakt zu den Nervenwurzeln L4 und L5 links» zu entnehmen. Die Beschwerden des Beschwerdeführers würden höchstwahrscheinlich mit der Facettengelenksarthrose L4 ■ S1 verursacht. Die Foraminalstenose sei mässiggradig, eine typische radikuläre Symptomatik bestehe nicht. Die Schwäche in der Hüftflexion und Knieextension werde am ehesten schmerzbedingt gewertet. Aufgrund der in der Vergangenheit erfolglosen konservativen Therapieversuchen wolle der Beschwerdeführer keine ambulante Physiotherapie oder Kortisoninfiltration mehr durchführen lassen. Eine Operation mit Versteifung L4 ■ S1 und weitläufiger Dekomprimierung der Nervenwurzel mache im Gesamtkontext wenig Sinn. Der Erfolg einer solchen Operation sei in dieser Situation sehr fraglich. Mit dem Beschwerdeführer werde die Möglichkeit einer stationären Physiotherapie mit Rehabilitationsprogramm für zwei bis drei Wochen besprochen. Er sei dem nicht abgeneigt.

5.8 Die RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie / Praktische Ärztin, nahm am 10. Juni 2022 Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 78). Sie führte aus, aus dem Befundbericht der Wirbelsäulenchirurgie vom 1. April 2022 gehe hervor, dass der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt weder eine Substitution eingenommen, noch andere Drogen konsumiert habe, er sei komplett clean gewesen. Gemäss den nun vorliegenden Befunden sei der Nodus im linken Lungenunterlappen stabil geblieben. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entstehe daraus nicht. Ein MRI der LWS vom 17. Februar 2022 habe multisegmentale degenerative Veränderungen und ein dorsales Discusbulging bzw. Protrusionen gezeigt, insbesondere: eine Diskushernie L4/5 und L5/S1 mit Kontakt zu den angrenzenden rezessalen Nervenwurzeln sowie möglicher extraforaminaler Kontakt zur L4- und L5-Wurzel links mehr als rechts und relative Spinalkanalstenose L4/5 und L5/S1. Diesen Leiden sei im Gutachten bereits Rechnung getragen worden. Ein CT Abdomen-Becken mit i.v. KM vom 11. März 2022 habe CT-morphologisch keinen Hinweis auf eine Pankreatitis oder eine tumorsuspekte Läsion gebracht, bildgebend habe sich jedoch eine Pankreatitis nicht sicher ausschliessen lassen. Sichtbar sei eine uncharakteristische punktförmige Verkalkung im Pankreaskopf gewesen. Der Lungenbefund habe stationäre epidaphragmale noduläre, am ehesten schwierig narbige Verdichtungen mit einer Grösse von knapp 8 mm im dorsobasalen Unterlappen rechts, stationär seit mindestens September 2019, gezeigt. Dem Befundbericht der pneumologischen Sprechstunde vom 5. Oktober 2021 sei zu entnehmen, dass die Lungenfunktionsprüfung eine Zunahme der restriktiven und obstruktiven Ventilationsstörung gezeigt habe, es sei im letzten Monat vor der Untersuchung zu einem ungewollten Gewichtsverlust von 10 kg gekommen und der Beschwerdeführer habe damals wieder fast täglich Kokain konsumiert. Es seien weitere Abklärungen mittels Kapnografie und Ergospirometrie vorgeschlagen worden. Es sei nicht bekannt, ob diese Untersuchungen erfolgt seien. Während der wirbelsäulenchirurgischen Konsultation vom 22. März 2022 sei festgestellt worden, dass die Beschwerden höchstwahrscheinlich durch die Facettengelenksarthrose L4 ■ S1 verursacht würden. Die Foraminalstenose sei mässiggradig gewesen, eine typische radikuläre Symptomatik habe nicht bestanden. Die Schwäche in der Hüftflexion und Knieextension sei am ehesten schmerzbedingt gewertet gewesen. Aufgrund der in der Vergangenheit erfolglosen konservativen Therapieversuche

möchte der Beschwerdeführer keine weitere ambulante Physiotherapie oder Kortisoninfiltration mehr durchführen lassen. Eine Operation mit Versteifung von L4 ■ S1 und weitläufiger Dekomprimierung der Nervenwurzel sei im Gesamtkontext aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht als wenig sinnvoll erachtet worden. Der Erfolg einer solchen Operation sei in dieser Situation sehr fraglich. Es sei mit dem Beschwerdeführer die Möglichkeit einer stationären Physiotherapie mit Rehabilitationsprogramm für zwei bis drei Wochen besprochen worden. Die RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_ kam schliesslich zum Schluss, dass sich aus den neu vorgelegten medizinischen Unterlagen keine weiterreichenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ableiten liessen als im Gutachten bereits festgestellt worden seien. Der Nodulus im Lungenunterlappen habe sich als unverändert und stabil erwiesen. Die Zunahme von Restriktion und Obstruktion der Lunge wirke sich auf eine leichte überwiegend sitzende Tätigkeit nicht zusätzlich aus. Auch den Angaben des K.\_\_\_\_ könne keine neue Information, die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers betreffend, entnommen werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei zu empfehlen, an der im Gutachten ermittelten Arbeitsfähigkeit festzuhalten.

6. Die Beschwerdegegnerin hat das im Rahmen der Neuanmeldung gestellte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 19. September 2022 abgewiesen. Dabei stützte sie ihren Entscheid im Wesentlichen auf das von ihr eingeholte polydisziplinäre B.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. Dezember 2021 (vgl. E. II. 5.6 hiervor; IV-Nrn. 67.1 ■ 67.3), welches dem Beschwerdeführer eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit attestiert. Nachfolgend ist zu beurteilen, ob das polydisziplinäre Gutachten beweismässig ist.

6.1

6.1.1 Vorweg ist auf die Rügen des Beschwerdeführers einzugehen, wonach die Gutachterstelle B.\_\_\_\_ dadurch, dass sie das vorliegende Gutachten durch Gutachter habe erstellen lassen, die gleichzeitig für die B.\_\_\_\_ und jeweils eine oder zwei andere Gutachterstellen tätig seien, nicht nur die Weisung des BSV missachtet, sondern auch die Vorgaben von BGE 137 V 210 ff. und damit Art. 6 Ziff. 1 EMRK verletzt habe (vgl. Beschwerde S. 11 ff.; A.S. 22 ff.). Sodann komme erschwerend hinzu, dass drei dieser Gutachterstellen (L.\_\_\_\_, B.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_) anscheinend wirtschaftlich und personell auch sonst derart verhandelt seien, dass das Zufallsprinzip auch von dieser Seite unterlaufen werde. So habe gemäss Recherchen der Solothurner Zeitung vom 18. Januar 2020 der frühere Revisor des L.\_\_\_\_, der mit L.\_\_\_\_-Gründer N.\_\_\_\_ gut bekannt sei, die Firmen gekauft. Tatsächlich sei auch die administrative Leiterin der Gutachterstelle in [...] auch als L.\_\_\_\_-Mitarbeiterin bekannt. Aus den Handelsregistrauszügen der B.\_\_\_\_ und des M.\_\_\_\_ gehe zudem hervor, dass Herr O.\_\_\_\_ in beiden Gesellschaften als Mitglied des Verwaltungsrates mit Einzelunterschrift zeichne. Mit dem Verbund von drei Firmen sei die Chance gestiegen, per Losentscheid auch im schrumpfenden Markt noch den Zuschlag zu erhalten, so die Berichterstattung in der Zeitung (vgl. Beschwerde S. 6 ff.; A.S. 11 ff.).

6.1.2 Bevor die IV-Stelle den Auftrag für ein polydisziplinäres Gutachten vergibt (d.h. ein Gutachten, das wie im vorliegenden Fall drei oder mehr Fachdisziplinen umfasst), teilt sie der versicherten Person die Gutachterstelle und die Namen der mit dem Gutachten betrauten Personen nebst den entsprechenden Facharzttiteln mit (Rz 2077.8 Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung / KSVI, Stand am 1. Januar 2018). Die versicherte Person erhält eine Frist von zwölf Tagen, um Einwände zu erheben (Rz 2077.9 KSVI). Sie kann die Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen (Art. 44 ATSG), z.B. wegen fehlender Fachkompetenz (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 274 f.).

Die vorgenannten Verfahrensvorschriften wurden im vorliegenden Verfahren eingehalten (vgl. IV-Nrn. 48 ff.). Der Beschwerdeführer hat es vor der Begutachtung unterlassen, die vorgebrachten Ausstandsgründe bzw. die gerügten Überschneidungen mit anderen Gutachterstellen innert der ihm gesetzten Frist zu beanstanden. Einwendungen sind nach Treu und Glauben möglichst bald zu erheben, damit diese bereits im Vorfeld der Begutachtung geklärt werden können. Damit ist der Anspruch auf Anrufung dieser Verfahrensgarantie verwirkt. Daran ändert der Umstand nichts, dass der Beschwerdeführer erst nach der erfolgten Begutachtung durch Rechtsanwalt Wyssmann vertreten wurde. Ferner erscheint es unzulässig, erst nach Vorliegen eines für den Versicherten negativen Untersuchungsergebnisses solche Einwendungen vorzutragen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_336/2016 vom 23. November 2016 E. 3.3). Somit ist auf die diesbezüglichen Rügen (E. II. 6.1.1 hiervor) nicht einzutreten. Anzuführen bleibt, dass das Bundesgericht die inhaltliche Argumentation, welche auch der Beschwerdeführer vorbringen lässt, im Urteil 9C\_379/2022 vom 23. August 2023, E. 2.1 ■ 2.3, verworfen hat.

6.2 Nachfolgend ist sodann, wie erwähnt, der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens zu prüfen. Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sog. Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen).

7.

7.1 Bei diesem Verfahrensausgang (formelles Obsiegen) besteht ein Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

Rechtsanwalt Wyssmann hat zwei Kostennoten eingereicht (Kostennoten vom 18. Januar 2023 [A.S. 54 f.] und 15. November 2023 [A.S. 59]) und einen Aufwand von total 16,29 Stunden geltend gemacht. Der zu entschädigende Zeitaufwand ist um Positionen zu reduzieren, welche praxisgemäss als Kanzleiaufwand gelten, der im Stundenansatz eines Rechtsanwalts inbegriffen ist (dazu gehören beispielsweise die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen und das Einreichen der Kostennote) sowie Kontakte mit Dritten. Der Aufwand von total 16,29 Stunden reduziert sich um Kanzleiaufwand von insgesamt 2,2 Stunden (10 x «Brief an Klient» à 0,17 Stunden; 1 x «E-Mail an die P. \_\_\_» à 0,17 Stunden; 1 x «Brief an Versicherungsgericht» à 0,33 Stunden) auf 14,09 Stunden. Zudem ist im Zusammenhang mit dem UP-Gesuch praxisgemäss pauschal ein Aufwand von einer halben Stunde zu vergüten, weshalb die diesbezüglichen Positionen sowie die geltend gemachten Kosten für die Korrespondenzen mit dem K. \_\_\_ entsprechend zu kürzen sind. Schliesslich wird für den nachprozessualen Aufwand bei Obsiegen praxisgemäss eine halbe Stunde eingerechnet. Damit verbleibt ein Aufwand von 13,25 Stunden bzw. (bei einem Stundenansatz von CHF 250.00) ein Honorar von CHF 3'312.50.

Hinsichtlich der geltend gemachten Auslagen von insgesamt CHF 108.50 ist zu sagen, dass Kopien mit CHF 0.50 pro Stück vergütet werden und nicht mit CHF 1.00 (vgl. § 161 in Verbindung mit § 160 Abs. 5 Gebührentarif [GT, BGS 615.11]). Demnach belaufen sich die zu vergütenden Auslagen auf insgesamt CHF 53.20. Unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer von 7.7 % ergibt sich somit eine Parteientschädigung von CHF 3'624.85.

7.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst Yalcin

## **E. 9**

St. n. Hepatitis B-Infektion · (...)

## **E. 10**

Chronisch lumbovertebrales Schmerz-Syndrom

## **E. 11**

L5-neurokompressible Diskushernie L5/S1 links 2004

## **E. 12**

St. n. Cholezystektomie 2016 bei akuter perforierter Cholezystitis Weiter lässt sich diesem Sprechstundenbericht entnehmen, dass sich in der Lungenfunktionsprüfung eine Zunahme der obstruktiven und restriktiven Ventilationsstörung im Vergleich zur Voruntersuchung vor einem Jahr zeige. Bezüglich der noch im Raum stehenden neuromuskulären Krankheit sei der Atemantrieb überprüft worden, wobei sich grenzwertige Atemdrücke gezeigt hätten. In der nächtlichen Pulsoxymetrie hätten sich keine vermehrten Entsättigungen gezeigt. Da sich in der arteriellen Blutgasanalyse jedoch ein deutlich erhöhtes Bicarbonat gezeigt habe, werde zur Abklärung von möglichen nächtlichen Hypoventilationen als nächster Schritt die Durchführung einer Kapnographie vorgesehen. Falls sich dabei die Indikation für eine BiPAP-Therapie ergeben sollte, entfalle eine weitere Abklärung bezüglich des vermuteten Schlafapnoesyndroms. Bezüglich der thorakalen Beschwerden sei der Beschwerdeführer in der Zwischenzeit von den Kollegen der Kardiologie beurteilt worden, welche eine weiterführende Untersuchung mittels Spiroergometrie empfohlen hätten. Jene habe bis anhin jedoch nicht stattgefunden. Da dies auch bezüglich einer Objektivierung der berichteten Dyspnoe Sinn mache, würde der Beschwerdeführer hierfür aufgebeten werden.

5.7.2 Die im E.\_\_\_\_ durchgeführte MRI-Untersuchung der Wirbelsäule und des Rx Abdomens vom 17. Februar 2022 hat folgende Beurteilung ergeben (IV-Nr. 74 S. 10 f.): Multisegmentale degenerative Veränderungen und dorsales Discusbulging bzw. Protrusionen, insbesondere Diskushernie LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 mit Kontakt zu den angrenzenden rezessalen Nervenwurzeln sowie möglicher extraforaminaler Kontakt zur L4 und L5 Wurzel links mehr als rechts. Relative Spinalkanalstenose LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1. 5.7.3 Die am 11. März 2022 durchgeführte CT-Untersuchung des Abdomen-Beckens mit i.V. KM hat folgende Beurteilung ergeben (IV-Nr. 74 S. 16): CT-morphologisch liege kein Hinweis auf eine Pankreatitis oder eine tumorsuspekte Läsion vor, bildgebend lasse sich jedoch eine Pankreatitis nicht sicher ausschliessen. Weiter sei uncharakteristische punktförmige Verkalkung im Pankreaskopf festzustellen. 5.7.4 Dem Bericht des E.\_\_\_\_ vom 1. April 2022 (IV-Nr. 77 S. 2 f.) ist die Hauptdiagnose einer «fortgeschrittenen Spondylarthrose L4 – S1 mit leichter neuroforaminaler Enge und beginnendem Kontakt zu den Nervenwurzeln L4 und L5 links» zu entnehmen. Die Beschwerden des Beschwerdeführers würden höchstwahrscheinlich mit der Facettengelenksarthrose L4 – S1 verursacht. Die Foraminalstenose sei mässiggradig, eine typische radikuläre Symptomatik bestehe nicht. Die Schwäche in der Hüftflexion und Knieextension werde am ehesten schmerzbedingt gewertet. Aufgrund der in der Vergangenheit erfolglosen konservativen Therapieversuchen wolle der Beschwerdeführer keine ambulante Physiotherapie oder Kortisoninfiltration mehr durchführen lassen. Eine Operation mit Versteifung L4 – S1 und weitläufiger Dekomprimierung der Nervenwurzel mache im Gesamtkontext wenig Sinn. Der Erfolg einer solchen Operation sei in dieser Situation sehr fraglich. Mit dem Beschwerdeführer werde die Möglichkeit einer stationären Physiotherapie mit Rehabilitationsprogramm für zwei bis drei Wochen besprochen. Er sei dem nicht abgeneigt. 5.8 Die RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie / Praktische Ärztin, nahm am 10. Juni 2022 Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 78). Sie führte aus, aus dem Befundbericht der Wirbelsäulenchirurgie vom 1. April 2022 gehe hervor, dass der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt weder eine Substitution eingenommen, noch andere Drogen konsumiert habe, er sei komplett clean gewesen. Gemäss den nun vorliegenden Befunden sei der Nodus im linken Lungenunterlappen stabil geblieben. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entstehe daraus nicht. Ein MRI der LWS vom 17. Februar 2022 habe multisegmentale degenerative Veränderungen und ein dorsales Discusbulging bzw. Protrusionen gezeigt, insbesondere: eine Diskushernie L4/5 und L5/S1 mit Kontakt zu den angrenzenden rezessalen Nervenwurzeln sowie möglicher extraforaminaler Kontakt zur L4- und L5-Wurzel links mehr als rechts und relative Spinalkanalstenose L4/5 und L5/S1. Diesen Leiden sei im Gutachten bereits Rechnung getragen worden. Ein CT Abdomen-Becken mit i.v. KM vom 11. März 2022 habe CT-morphologisch keinen Hinweis auf eine Pankreatitis oder eine tumorsuspekte Läsion gebracht, bildgebend habe sich jedoch eine Pankreatitis nicht sicher ausschliessen lassen. Sichtbar sei eine uncharakteristische punktförmige Verkalkung im Pankreaskopf gewesen. Der Lungenbefund habe stationäre epidiaphragmale noduläre, am ehesten schwierig narbige Verdichtungen mit einer Grösse von knapp 8 mm im dorsobasalen Unterlappen rechts, stationär seit mindestens September 2019, gezeigt. Dem Befundbericht der pneumologischen Sprechstunde vom 5. Oktober 2021 sei zu entnehmen, dass die Lungenfunktionsprüfung eine Zunahme der restriktiven und obstruktiven Ventilationsstörung gezeigt habe, es sei im letzten Monat vor der Untersuchung zu einem ungewollten Gewichtsverlust von 10 kg gekommen und der Beschwerdeführer habe damals

wieder fast täglich Kokain konsumiert. Es seien weitere Abklärungen mittels Kapnografie und Ergospirometrie vorgeschlagen worden. Es sei nicht bekannt, ob diese Untersuchungen erfolgt seien. Während der wirbelsäulenchirurgischen Konsultation vom 22. März 2022 sei festgestellt worden, dass die Beschwerden höchstwahrscheinlich durch die Facettengelenksarthrose L4 – S1 verursacht würden. Die Foraminalstenose sei mässiggradig gewesen, eine typische radikuläre Symptomatik habe nicht bestanden. Die Schwäche in der Hüftflexion und Knieextension sei am ehesten schmerzbedingt gewertet gewesen. Aufgrund der in der Vergangenheit erfolglosen konservativen Therapieversuche möchte der Beschwerdeführer keine weitere ambulante Physiotherapie oder Kortisoninfiltration mehr durchführen lassen. Eine Operation mit Versteifung von L4 – S1 und weitläufiger Dekomprimierung der Nervenwurzel sei im Gesamtkontext aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht als wenig sinnvoll erachtet worden. Der Erfolg einer solchen Operation sei in dieser Situation sehr fraglich. Es sei mit dem Beschwerdeführer die Möglichkeit einer stationären Physiotherapie mit Rehabilitationsprogramm für zwei bis drei Wochen besprochen worden. Die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_ kam schliesslich zum Schluss, dass sich aus den neu vorgelegten medizinischen Unterlagen keine weiterreichenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ableiten liessen als im Gutachten bereits festgestellt worden seien. Der Nodulus im Lungenunterlappen habe sich als unverändert und stabil erwiesen. Die Zunahme von Restriktion und Obstruktion der Lunge wirke sich auf eine leichte überwiegend sitzende Tätigkeit nicht zusätzlich aus. Auch den Angaben des K. \_\_\_ könne keine neue Information, die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers betreffend, entnommen werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei zu empfehlen, an der im Gutachten ermittelten Arbeitsfähigkeit festzuhalten. 6. Die Beschwerdegegnerin hat das im Rahmen der Neuanmeldung gestellte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 19. September 2022 abgewiesen. Dabei stützte sie ihren Entscheid im Wesentlichen auf das von ihr eingeholte polydisziplinäre B. \_\_\_-Gutachten vom 9. Dezember 2021 (vgl. E. II. 5.6 hiavor; IV-Nrn. 67.1 – 67.3), welches dem Beschwerdeführer eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit attestiert. Nachfolgend ist zu beurteilen, ob das polydisziplinäre Gutachten beweismässig ist.

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