

# **SO\_GERICHTE VSBES.2022.37 vom 24. Januar 2022**

SO Obergericht, 2022-01-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.37](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.37)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.37 du 24 janvier 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.37 del 24 gennaio 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: 24. Januar 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 den Bestimmungen des IVG und denjenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung zu beurteilen.

### **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 IVV). 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 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 (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 Neuanschuldungsverfahren ■ 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**

April 2022 entspricht sodann im Wesentlichen denjenigen des E. \_\_\_ vom 4. Juni 2019 (vgl. IV-Nr. 68 S. 11 ff.), 14. Juni 2019 (vgl. IV-Nr. 68 S. 4 ff.), 24. Juni 2019 (vgl. E. II. 5.2.1 hiervor; IV-Nr. 52) und 16. Mai 2020 (vgl. E. II. 5.2.3 hiervor; IV-Nr. 73 S. 6 ff.), welche den Gutachtern im Zeitpunkt der Untersuchung vorlagen (vgl. IV-Nr. 91 S. 18 ff.). Es sind demnach keine Hinweise ersichtlich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischen dem polydisziplinären Gutachten vom 31. Dezember 2020 und dem Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2022 in relevanter Weise verändert haben könnte.

6.7 Zusammenfassend wird der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle B. \_\_\_ weder durch den zeitlich danach verfassten medizinischen Bericht noch durch die Vorbringen des Beschwerdeführers in Zweifel gezogen. Damit erweist sich das B. \_\_\_-Gutachten vom 31. Dezember 2020 als voll beweismässig. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2022 (A.S. 1 ff.) auf das polydisziplinäre Gutachten abgestellt hat. So hielt auch bereits der RAD-Arzt Dr. med. C. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2021 (vgl. E. II. 5.2.6 hiervor) fest, die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der

medizinischen Situation seien einleuchtend und die Schlussfolgerungen der Experten seien begründet. Es kann somit auf die im polydisziplinären Gutachten vom 31. Dezember 2020 ausgewiesene Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden (vgl. E. II. 5.2.5 hiervor): Somit besteht seit Dezember 2014, gestützt durch die Beurteilung der EFL vom 15. Dezember 2015, in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und seit Juli 2019 (Datum der Neuanmeldung) in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Gestützt darauf steht fest, dass seit dem letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 10. Oktober 2016 (IV-Nr. 44) eine rechtsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, indem in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vorliegt. Für die Vornahme weiterer Abklärungen besteht kein Anlass, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. dazu BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. mit Hinweisen) verzichtet werden kann.

7. Nachfolgend ist der in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Einkommensvergleich zu prüfen. Ein Rentenbezug könnte aufgrund der im Juli 2019 erfolgten Anmeldung frühestens ab 1. Januar 2020 erfolgen (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Demnach ist ein Einkommensvergleich für die Zeit ab dem 1. Januar 2020 vorzunehmen. Da somit ein allfälliger Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 entstehen würde, ist der Einkommensvergleich nach den Bestimmungen des IVG und denjenigen der IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung vorzunehmen.

#### 7.1

7.1.1 Für die Ermittlung des Einkommens, welches die versicherte Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen) ist entscheidend, was sie im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, weil es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322, E. 4.1, S. 325 f. und BGE 129 V 222, E. 4.3.1, S. 224, je mit Hinweisen).

7.1.2 Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (sogenannte Parallelisierung der Vergleichseinkommen; BGE 125 V 146 E. 5c/bb; Urteil I 696/01 vom 4. April 2002 E. 4). Bei der Prüfung der Unterdurchschnittlichkeit des Valideneinkommens ist zum Vergleich in erster Linie das branchenübliche statistische Einkommen gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzuziehen. Eine Parallelisierung erfolgt nur insoweit, als ein Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % überschritten wird (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2021, 8C\_687/2021 vom 31. Januar 2022 E. 4.2.2 mit Hinweisen). Der Validenlohn kann im Übrigen dann nicht als unterdurchschnittlich qualifiziert werden, wenn er den Mindestverdienstvorgaben eines vom Bundesrat für allgemein verbindlich erklärten Gesamtarbeitsvertrages (GAV) im entsprechenden Berufszweig entspricht, werden dort doch die branchenüblichen

Einkommen präziser abgebildet als in der LSE. Eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen fällt in einem solchen Fall daher praxisgemäss ausser Betracht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_461/2021 vom 3. März 2022 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

7.1.3 Vorliegend hat der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Spezialreiniger bei der Firma S.\_\_\_\_ unbestrittenermassen aus gesundheitlichen Gründen verloren (vgl. IV-Nr. 24), weshalb mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass er diese Arbeit im Gesundheitsfall weiterhin ausgeübt hätte. Daher wäre grundsätzlich für die Bestimmung des Valideneinkommens das bei der Firma S.\_\_\_\_ erzielte Erwerbseinkommen von jährlich CHF 50'906.90 heranzuziehen (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 17. Juni 2015, IV-Nr. 24) und dieses unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im Jahr 2020 (: 103.2 [2015] x 105.1 [2020]) auf insgesamt CHF 51'844.15 festzulegen. Was die Frage der Parallelisierung anbelangt, so lässt sich den vorliegenden Akten entnehmen, dass die Firma S.\_\_\_\_ dem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) für die Reinigungsbranche in der Deutschschweiz unterstellt ist (vgl. IV-Nr. 55 S. 5 ff.) und der Beschwerdeführer als Spezialreiniger in der Kategorie I (Spezialreiniger bis und mit vollendetem 4. Dienstjahr) angestellt war (IV-Nr. 55. S. 5 ff.). Gemäss Anhang 2 zum ab 1. Januar 2011 gültigen GAV betrug der Mindeststundenlohn für einen Spezialreiniger in der Kategorie I ab dem Jahr 2015 CHF 20.40. Das gestützt auf die Angaben der Arbeitgeberin für das Jahr 2015 auf einen Stundenlohn (Grundlohn) von CHF 22.50 festgesetzte Valideneinkommen würde demnach über den Mindestvorgaben des GAV im entsprechenden Berufszweig liegen, weshalb es nach höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht als unterdurchschnittlich ■ im für eine Parallelisierung nach der bis Ende 2021 gültig gewesenen Rechtsprechung vorausgesetzten Sinn ■ bezeichnet werden kann, selbst wenn es erheblich unter dem LSE-Lohnniveau liegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_88/2020 vom 14. April 2020 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

## 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).

7.2.2 Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 50 % 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. 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 2020 hochzurechnen und an den Nominallohnindex für das Jahr 2020 anzupassen (CHF 5'417.00 x 12 = CHF 65'004.00 / 40 x 41.7 : 105.1 [2018] x 106,8 [2020]). Damit ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 50 % ein Invalideneinkommen von CHF 34'431.40 (50 % von CHF 68'862.80).

Der Beschwerdeführer macht diesbezüglich unter anderem sinngemäss geltend, es könne nicht generell auf das Kompetenzniveau 1 abgestellt werden, welches viele, dem Beschwerdeführer nicht zumutbare Tätigkeiten beinhalte. Dem ist entgegenzuhalten, dass dem Beschwerdeführer auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen

Arbeitsmarkt gemäss dem Zumutbarkeitsprofil eine grosse Bandbreite unterschiedlichster Tätigkeiten offenstehen, so dass es sich rechtfertigt, auf den LSE-Totalwert abzustellen, zumal unter Berücksichtigung der Einschränkungen des Beschwerdeführers noch von einem genügenden Spektrum zumutbarer Verweistätigkeiten auszugehen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2). Nach der Rechtsprechung ist der ausgeglichene Arbeitsmarkt, welcher der Ermittlung des Invalideneinkommens zu Grunde zu legen ist, gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch keine übermässigen Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_304/2018 vom 5. November 2018 E. 5.1.1 mit Hinweisen). Der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 (der sich auf alle Sektoren bezieht) enthält sodann ein relativ weites Feld von körperlich nicht anstrengenden Tätigkeiten, wie sie hier in Frage kommen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_641/2015 vom 12. Januar 2016 E. 3.3), wie zum Beispiel einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrollaufgaben, Sortierarbeiten oder leichte Verpackungsarbeiten. Bei versicherten Personen, die nach Eintritt eines Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist vom Totalwert im niedrigsten (und am schlechtesten bezahlten) Anforderungsniveau (im Jahr 2018 Kompetenzniveau 1) auszugehen. Davon abzuweichen besteht z.B. Anlass, wenn der Wert der verbliebenen Arbeitsfähigkeit enge Grenzen gesetzt sind, etwa wenn alle produktionsnahen Tätigkeiten ausser Betracht fallen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_325/2018 vom 29. Juni 2018 E. 3.2.2 und 9C\_633/2013 vom 23. Oktober 2013 E. 4.2). Im Fall des Beschwerdeführers kann nicht gesagt werden, die ihm unter Berücksichtigung der vorerwähnten Einschränkungen (körperlich sehr leichte, leichte und nur gelegentlich mittelschwere Arbeiten in Wechselbelastung, Hantieren von Gewichten bis zur Taille von 5 ■ 8 kg, nur vereinzelt bis circa 12 kg, kein wiederholtes Heben von Lasten aus der Taillen- zur Kopfhöhe, keine Überkopfarbeiten, kein wiederholtes Sich-Bücken-Müssen und keine Tätigkeiten in Kauerstellung oder mit Notwendigkeit zum wiederholten Rotieren des Oberkörpers, kein ausschliessliches Stehen und Gehen am Stück länger als 1 ■ 1 ½ Stunden, keine Tätigkeiten ohne Möglichkeit zum selbständigen Wechseln der Körperposition; vgl. E. II. 5.2.5 hiervor) noch zuzumutenden Tätigkeiten seien nur noch in so eingeschränkter Form möglich, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt. Die bestehenden somatischen Einschränkungen hindern den Beschwerdeführer nicht in der Weise, dass das Finden einer entsprechenden Stelle von vornherein als ausgeschlossen angesehen werden müsste.

7.2.3 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 überhaupt keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich aus den genannten Gründen ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht demnach mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang).

Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, die sich im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken, besteht kein Raum. Dagegen ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem Pensum von 50 % teilzeitig tätig sein kann. Gemäss der Tabelle des Bundesamtes für Statistik T18 (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) verdienten Männer ohne Kaderfunktion im Jahr 2018 in einem Pensum von 50 % durchschnittlich CHF 5'897.00 und damit weniger als Männer in einem Vollpensum (CHF 6'138.00), womit sich diesbezüglich ein Abzug rechtfertigt. Sodann geht aus dem vorstehend aufgeführten gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil (s. E. II. 5.2.5 hiervor) hervor, dass die Einschränkungen nicht unerheblich sind, so dass es sich rechtfertigt, insgesamt einen Abzug von 10 % vorzunehmen.

7.3 Demnach ergibt das Valideneinkommen von CHF 51'844.15 und das Invalideneinkommen von CHF 30'988.25 (CHF 34'431.40 abzüglich 10 %) einen Invaliditätsgrad von (gerundet) 40 %, womit der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Viertelsrente hat. Dieser Anspruch bleibt über den 1. Januar 2022 hinaus unverändert bestehen (vgl. WG, Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV], lit. b. Abs. 1).

Selbst bei Parallelisierung des Valideneinkommens würde vorliegend kein höherer Rentenanspruch entstehen. In diesem Fall wäre der Tabellenlohn gemäss LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Ziff. 77, 79 ■ 82 «sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen (ohne 78)» heranzuziehen und dabei auf das Kompetenzniveau 1 («einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»), Männer, von CHF 4'579.00 abzustellen. Aufgerechnet auf die betriebsüblichen Wochenstunden von 42 Stunden im Jahr 2020 und angepasst an die Nominallohnentwicklung im Jahr 2020, entspricht dies einem Jahreslohn von CHF 58'305.65 (CHF 4'579.00 x 12 [: 40 x 42] : 104.0 [2018] x 105.1 [2020], T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 ■ 2018, «sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen»). Folglich betrüge die Differenz zwischen dem tatsächlich erzielten Verdienst des Beschwerdeführers und dem LSE-Tabellenlohn (CHF 58'305.65 ■ CHF 51'844.15) total CHF 6'461.50, was 11 % ( $(CHF\ 58'305.65 - CHF\ 51'844.15) \times 100 / CHF\ 58'305.65$ ) entspräche. Somit wäre das Einkommen von CHF 51'844.15 um 6 % zu erhöhen (vgl. E. II. 7.1.2 hiervor), woraus ein Valideneinkommen von CHF 54'954.80 resultieren würde. Damit würde sich bei einem Valideneinkommen von CHF 54'954.80 und einem Invalideneinkommen von CHF 30'988.25 eine Erwerbseinbusse von CHF 23'966.55

ergeben, die einem IV-Grad von (gerundet) 44 % entsprechen und ebenfalls zum Bezug einer Viertelsrente berechtigen würde (vgl. E. II. 2.2 hiervor).

8. Umstritten ist schliesslich auch der Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Die Beschwerdegegnerin verneinte einen solchen im Wesentlichen wegen fehlenden Erfolgsaussichten aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung (A.S. 1 ff.).

8.1 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Die Voraussetzungen der Notwendigkeit und Geeignetheit sind Ausdruck des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit. Die Notwendigkeit zielt auf die Zweckmässigkeit einer Massnahme ab, wobei es unter anderem die noch zu erwartende Dauer der Berufsausübung zu berücksichtigen gilt. Die Eignung setzt demgegenüber eine ■ zumindest teilweise ■ objektive Eingliederungsfähigkeit sowie eine subjektive Eingliederungsbereitschaft voraus (Orell Füssli Kommentar AHVG/IVG, Hans-Jakob Mosimann, IVG, Art. 8, N 6 ff.; Silvia Bucher, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, Bern 2011, S. 74 f. mit Verweis auf Urteil des Bundesgerichts 9C\_609/2009 E. 9.2). Fehlt der Eingliederungswille bzw. die subjektive Eingliederungsfähigkeit, so kann auf die Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens sowie auf die Prüfung der weiteren Voraussetzungen verzichtet werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 7). Die subjektive Eingliederungsfähigkeit ist nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu ermitteln. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Expertinnen und Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung und Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor kantonalem Versicherungsgericht gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 9C\_231/2015 vom 7. September 2015 E. 4.3 mit weiteren Hinweisen).

8.2 Gestützt auf die Aktenlage ist beim Beschwerdeführer von einer tendenziell ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung auszugehen. Er hat wiederholt erklärt, dass er sich als nicht arbeitsfähig erachte. Er äusserte sich während den gutachterlichen Untersuchungen nicht nur einmal, sondern immer wieder dahingehend, keine beruflichen Tätigkeiten mehr ausüben zu können. Dem internistischen Teilgutachten der B.\_\_\_-Gutachterstelle lässt sich zu den Zukunftsvorstellungen des Beschwerdeführers Folgendes entnehmen: «Wenn er sich seine Situation betrachte, dass er nicht 30 Minuten sitzen, stehen oder gehen könne, dass er auch diese Verhärtungen habe im Rücken und im Becken, wo das untere Körpergefühl dann wie eingeschlafen sei, könne er sich nicht vorstellen irgendetwas arbeiten zu können» (IV-Nr. 91 S. 29). Ferner lässt sich dem neuropsychologischen Teilgutachten entnehmen, dass der Beschwerdeführer zuletzt vor fünf Jahren gearbeitet und die letzten fünf Jahre jeder Stelle mitgeteilt habe, dass er nicht mehr arbeiten könne (IV-Nr. 91 S. 38). Auch anlässlich der psychiatrischen Begutachtung habe der Beschwerdeführer festgehalten, dass er mit seinen Beschwerden nicht arbeiten könne und kaum Hoffnung habe, dass sein Zustand sich bessern könnte (IV-Nr. 91 S. 72). Dem rheumatologischen Teilgutachten der Gutachterstelle B.\_\_\_ lässt sich sodann entnehmen, dass gemäss Anamnese weiterhin eine feste Invalidisierungsüberzeugung

vorhanden zu sein scheine mit auch wohl Resignation und Verzweiflung («er könne sich keine Zukunft denken»). Die Rücken- / Beinschmerzen seien morgens für eine Arbeit hindernd (IV-Nr. 91 S. 86, 97). Angesichts dieser subjektiven Krankheitsüberzeugung ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer bis zum Erlass der Verfügung vom 24. Januar 2022 an der Motivation fehlte, sich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Es ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wegen fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit verneint hat.

9. Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 24. Januar 2022 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer ab 1. Januar 2020 eine Viertelsrente auszurichten. Hingegen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit die Gewährung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen beantragt wird (vgl. E. II. 8. hiervor).

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer nur teilweise obsiegt hat, führt nicht zu einer Kürzung der Entschädigung, da das erfolglose Rechtsbegehren (s. E. II. 9. hiervor) der Vertreterin keinen grösseren Mehraufwand verursacht hat.

Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11). Die von der Vertreterin des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote vom 25. April 2022 (A.S. 51 f.) weist insgesamt einen Zeitaufwand von 6 Stunden und 39 Minuten (6.65 Stunden) sowie Auslagen von total CHF 236.30 aus. Dies erscheint mit Blick auf die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses als angemessen. Mit dem geltend gemachten Ansatz von CHF 250.00 sowie den Auslagen (CHF 236.30) und der Mehrwertsteuer von 7.7 % resultiert eine Parteientschädigung von CHF 2'045.00, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

10.2 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. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

Demnach widerkannt:

4. Die Beschwerdegegnerin hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post

gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| Der Vizepräsident | Die Gerichtsschreiberin |
| Flückiger         | Yalcin                  |

### **E. 4.3**

hiervor).

6.1 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 91 S. 25 ff.) wurden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, was gestützt auf die vom Gutachter erhobenen Befunde nachvollziehbar erscheint. Dementsprechend ergab sich aus internistischer Sicht keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Dies wird auch vom Beschwerdeführer nicht in Zweifel gezogen.

6.2 In der neuropsychologischen Beurteilung (IV-Nr. 91 S. 33 ff.) wird zusammenfassend festgehalten, im Rahmen einer orientierenden verhaltensneurologischen und umfassenden neuropsychologischen Untersuchung mittels klinisch-wissenschaftlich validierter und standardisiert durchgeführter Testverfahren habe beim Beschwerdeführer formal ein insgesamt deutlich unter dem Altersniveau anzusiedelndes, und damit als unterdurchschnittlich zu bewertendes, gesamtintellektuelles Leistungsniveau festgestellt werden können. Zum Zeitpunkt der Untersuchung seien in allen untersuchten kognitiven Teilleistungen unterdurchschnittliche bis weit unterdurchschnittliche Leistungen festgestellt worden, welche formal einer mittelgradigen bis schweren neurokognitiven Leistungsminderung entsprächen. Bei komplexeren und mehrgliedrigen Aufgabenstellungen habe sich zudem ein mangelndes Instruktionsverständnis gezeigt. Darüber hinaus habe sich im Symptomvalidierungstest ein testpsychologisch auffälliges Antwortprofil ergeben. Vergleiche man die vom Beschwerdeführer angegebene Bildungsbiographie (elf Jahre Schulbildung mit Berufsgymnasium Elektriker und bisherige Tätigkeiten und Arbeitszeugnisse) sowie die berichteten Alltagsfähigkeiten, so würden sich weitere Inkonsistenzen ergeben, welche gegen das gezeigte neuropsychologische Leistungsprofil sprächen. Zwar sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer eher über wenige kognitive Ressourcen besitze, wobei sich die soziokulturelle und sprachliche Barriere zusätzlich einschränkend und belastend auf die Leistungsfähigkeit auswirken könnten, jedoch könnten diese Faktoren zusammengenommen nicht das gezeigte defizitäre neuropsychologische Leistungsprofil erklären. Dementsprechend und unter Berücksichtigung der bisher erfolgreich ausgeübten Tätigkeiten sei aus neuropsychologischer Perspektive eine Tätigkeit mit ähnlichem kognitivem Anforderungsprofil wie bisher zumutbar, unter Berücksichtigung der somatischen und psychiatrischen Diagnosen (IV-Nr. 91 S. 53 f.).

6.3 In der neurologischen Beurteilung (IV-Nr. 91 S. 56 ff.) begründete der Gutachter nachvollziehbar die von ihm gestellten Diagnosen: Er legte dar, dass aufgrund der Aktenlage, Anamnese und der aktuell erhobenen neurologischen Untersuchungsbefunde beim Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht ein chronisches tieflumbales Schmerzsyndrom mit rechtsseitiger pseudoradikulärer Ausstrahlung in das Bein sowie ein

episodischer Spannungskopfschmerz bestünden. Seit etwa fünf Jahren leide der Beschwerdeführer unter tieflumbalen Rückenschmerzen, welche intermittierend auch im Rahmen von Kribbelparästhesien oder Taubheitsgefühlen in den rechten anterolateralen Oberschenkel ausstrahlen würden. Auch das Laufen sei erschwert. Er leide nahezu permanent unter Schmerzen. Auch Therapieversuche mit Physiotherapie, stationärer Rehabilitation und Facettengelenksinfiltrationen im März 2015 hätten zu keiner wesentlichen Besserung geführt. Aktuell zeigten sich in der neurologischen Untersuchung bei schmerzbedingtem generalisiertem Giving-way keine Paresen. Die im Bereich des gesamten rechten Ober- und Unterschenkels angegebene Hypästhesie sei nicht einer peripheren oder radikulären Läsion zuzuordnen. Vielmehr gingen sie am ehesten von einer Symptomerweiterung aus. Darüber hinaus liege keine Seitendifferenz der Muskeleigenreflexe vor, was auf eine Radikulopathie hinweisen könnte. Allerdings zeige sich in der neurologischen Untersuchung ein polyneuropathisches Syndrom mit distaler, beinbetonter Pallhypästhesie sowie insgesamt schwacher MER, der ASR sei bds. nicht auslösbar. Darüber hinaus bestünde eine Gangunsicherheit sowie beidseitige Hohlfüße und Krallenzehen. MR-tomographisch seien in mehrfachen Verlaufskontrollen der LWS, zuletzt am 9. Dezember 2020, bekannte degenerative Veränderungen im Sinne von Bandscheibenextrusionen im Bereich der Segmente LWK 4 ■ SWK1 ohne höhergradige spinale oder foraminale Enge zu verzeichnen gewesen. Darüber hinaus zeigten sich aktuell im Vergleich zu Januar 2018 progredient verdickte Nervenwurzeln mit flauer KM-Aufnahme und verklebten Nervenwurzeln. Eine in der Vergangenheit durchgeführte klinisch-elektrophysiologische Untersuchung (Dr. med. R. \_\_\_\_, 14. Juni 2019) habe ein chronisches Wurzelreizsyndrom L4/L5/S1 bds. rechtsbetont ergeben. Elektroneurographisch seien die F-Wellen des N. tibialis rechts nicht erhältlich, die SNAPs des N. suralis bds. regelrecht gewesen. Elektromyographisch sei keine Spontanaktivität in der L5- und S1-Kennmuskulatur sowie lumbosacral (paravertrebral) nachweisbar gewesen, die MUAPs hätten jedoch vergrößert und polyphasisch imponiert und es habe sich ein gelichtetes Interferenzmuster gezeigt. Der elektrophysiologische Befund mit fehlenden F-Wellen rechts, verlängerter distal motorischer Latenz und verlangsamten NLG im Bereich des N. tibialis bds. sei mit einer demyelinisierenden Polyneuropathie vereinbar. In den aktuell ergänzten Elektroneurographien sei eine symmetrische, primär demyelinisierende, sekundär axonale sensomotorische Polyneuropathie sowohl der oberen als auch unteren Extremität nachweisbar gewesen. Elektromyographisch seien chronische Denervationszeichen nachweisbar gewesen. Deutlich verlangsamte NLG (<20m/s, OE und UE) und fehlende Leitungsblöcke sprächen für eine hereditäre Ursache. Darüber hinaus seien nervensonographisch alle untersuchten Nerven der OE und UE sowie die cervikalen Nervenwurzeln ubiquitär verdickt gewesen. Ein Perlenschnurphänomen mit normal imponierenden Abschnitten im Sinne einer dysimmun vermittelten Polyneuropathie sei nicht nachweisbar gewesen. Auf Grund der erhobenen anamnestischen (mehrere männliche und weibliche Familienmitglieder mit vergleichbarer Fussform), klinischen und apparativen Untersuchungsbefunde bestehe der Verdacht auf eine hereditäre, demyelinisierende sensomotorische Polyneuropathie mit autosomal-dominantem Erbgang. Hierbei wäre insbesondere an eine Charcot-Marie-Tooth-Erkrankung (z.B. Typ 1A) zu denken. Die genetische Diagnostik stehe noch aus. Die MR-tomographisch lumbal verdickten Nervenwurzeln mit teilweise auch flauer KM-Aufnahme könnten für eine (zusätzliche) entzündliche Komponente sprechen. Immunmedierte Komponenten seien bei hereditären demyelinisierenden Polyneuropathien auch in der Literatur beschrieben (z.B. Martini und

Toyka 2004). Dies sei viel wahrscheinlicher als eine in den Vorbefunden beschriebene Arachnoiditis, zumal intrathekale Injektionen, schwere Rückentraumata, Subarachnoidalblutungen oder Meningitiden hier nicht vorlägen. Insgesamt gingen sie von einer hereditären, primär demyelinisierenden, sekundär axonalen Polyneuropathie mit verdickten Nerven und Nervenwurzeln aus. Die verdickten, entzündlich imponierenden Radices seien als wesentliche Ursache für die chronische Lumbago anzusehen. Darüber hinaus bestünden degenerative Veränderungen bei lumbospondylogem Schmerzsyndrom mit Reizsyndrom L4/L5/S1 rechtsbetont. Möglicherweise bestehe im Rahmen der bekannten depressiven Störung eine zusätzliche Schmerzverarbeitungsstörung (es werde auf das psychiatrische Gutachten verwiesen). Darüber hinaus berichte der Beschwerdeführer über etwa zweimal wöchentlich auftretende beidseitig drückende Kopfschmerzen im Bereich des Hinterkopfes mit gutem Therapieansprechen auf Dafalgan. Eine migräniforme oder trigemino-autonome Begleitsymptomatik werde nicht angegeben. Klinisch-neurologisch ergäben sich keine Hinweise auf das Vorliegen eines sekundären Kopfschmerzes. Insgesamt seien somit die ICHD-3-Diagnosekriterien für einen episodischen Spannungskopfschmerz erfüllt. Bei gehäufter Einnahme von Dafalgan (etwa vier bis fünf Mal wöchentlich) sei zudem eine Medikamentenübergebrauchskomponente nicht sicher auszuschliessen. Weiterhin berichte der Beschwerdeführer über intermittierend auftretende Kribbelparästhesien im Bereich der gesamten rechten Hand, welche insbesondere beim Abstützen des rechten Ellenbogens aufträten und nach Positionswechsel bzw. Bewegungen des Ellenbogens vollständig rückläufig seien. Klinisch-neurologisch bestehe ein positives Tinel-Zeichen über dem Sulcus ulnaris rechts, ohne auffällige persistierende sensomotorische Defizite. Sie gingen somit am ehesten von einem Reizsyndrom des N. ulnaris auf Höhe des Sulcus ulnaris rechts aus. Die angegebenen Kribbelparästhesien im Bereich des rechten medialen Unterarms werteten sie am ehesten im Rahmen einer Symptomausweitung.

Sodann vermag gestützt auf die nachvollziehbare Diagnosestellung auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Insgesamt liege aus neurologischer Sicht in der angestammten, körperlich schweren Tätigkeit als Reinigungskraft eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor. Auch in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit schätzten sie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf maximal 50 %. Dabei seien nur leichte körperliche Belastungen in wechselnden Positionen möglich. Normalerweise schätzten sie bei einer Lumbago / Radikulopathie ohne sensomotorische Ausfälle in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit die Arbeitsunfähigkeit auf maximal 20 % ein. Hier stelle sich die Situation aber anders dar. Die Rückenschmerzen hätten ein bildmorphologisches Korrelat (verdickte Nervenwurzeln), das über übliche degenerative Veränderungen der Wirbelsäule hinausgehe. Die Gutachter sähen zudem MR-morphologisch eine klare Zunahme der Verdickungen an den Nervenwurzeln über die letzten zwei Jahre. Zudem deute die Kontrastmittelaufnahme der Nervenwurzel auf eine zusätzliche entzündliche Komponente hin. Die elektrophysiologischen Untersuchungen deuteten auf eine hereditäre Polyneuropathie hin. Bei einer hereditären Polyneuropathie könnten sich die Symptome und Befunde im weiteren Verlauf noch verschlimmern, sodass die Arbeitsunfähigkeit dann weiter angepasst werden müsste (IV-Nr. 91 S. 63 ff.).

## 6.4

6.4.1 Ebenfalls einleuchtend leitet der psychiatrische Teilgutachter seine Beurteilung her (IV-Nr. 91 S. 68 ff.): Der Beschwerdeführer sei das älteste Kind von drei Geschwistern.

Seine Schul- und Berufskarriere sei zunächst unauffällig verlaufen. Die anamnestischen Angaben zur Kindheit wiesen auf deutliche Belastungen hin. Der Beschwerdeführer habe sich in eine schizophrene Frau verliebt und sie geheiratet. Er beschreibe es als eine Art gegenseitiges Bündnis der Abhängigkeit und Pflege, was als Hinweis auf seine erhöhte Vulnerabilität angesehen werden könne. Die deutlich ältere Frau habe zwei Söhne mit in die Ehe gebracht, welche heute eine stützende Funktion innehaben dürften. Er habe nach relativ kurzer Arbeitstätigkeit und in noch relativ jungem Alter chronische Rückenbeschwerden entwickelt, welche (bei gegebenem organischem Kern) bald einmal in ein chronisch wirkendes Krankheitsbild mit den Diagnosen einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0) und einer chronischen Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) übergegangen seien. Im Bericht zur psychiatrischen Behandlung vom 16. Mai 2020 werde als psychiatrische Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) genannt. Dann würden Schmerzzustände ohne psychiatrische Kodierung genannt. Die Arbeitsfähigkeit werde als höchstens zwei Stunden pro Tag, einem Pensum von 25 % entsprechend, eingeschätzt. In der psychopathologischen Schilderung würden die folgenden auffälligen Befunde beschrieben: « in der emotionellen Kontaktaufnahme abwartend, gehemmt, sachlich, aktiv im Spontanverhalten, Stimmung deutlich depressiv-resigniert, affektiv kontrolliert, im Gesprächsverlauf verbal wortkarg, schildert sein Symptomerleben und -verhalten in Zusammenhang mit den zunehmenden Schmerzen. Kognitiv in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis verlangsamt bzw. deutlich eingeschränkt, deutliche Vergesslichkeit, Denken: formal beweglich inhaltlich problemzentriert». Nach ICD-10 müssten bei einer depressiven Störung zunächst mindestens zwei der drei Grundsymptome, nämlich gedrückte Stimmung, Interesseverlust, Freudlosigkeit und Antriebsminderung sowie erhöhte Ermüdbarkeit vorhanden sein. Beim Beschwerdeführer seien die gedrückte Stimmung sowie der Interessen- und Freudeverlust in leichter Form gegeben. Damit seien die Grundkriterien erfüllt. Von den folgenden weiteren häufigen Symptomen, nämlich verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken oder gar -handlungen, Schlafstörungen sowie verminderter Appetit müssten bei einer leichten Episode zwei der Grundsymptome und zwei, bei einer mittelschweren Episode mindestens drei, besser vier zusätzliche Kriterien erfüllt sein. Für eine schwere Episode müssten alle drei Grundsymptome und mindestens vier der zusätzlichen Symptome erfüllt sein. Beim Beschwerdeführer seien die negativen und pessimistischen Zukunftsperspektiven, die Schlafstörungen und die Appetitverminderung in leichter Form vorhanden. Die Kriterien für eine leichte depressive Episode seien damit erfüllt. Zur Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren gehöre ein Schmerzsyndrom, das durch einen somatischen Krankheitsfaktor ausgelöst worden sei und in der Regel auch aufrechterhalten werde (das sei hier der Fall). Zusätzlich lägen jedoch auch psychologische Faktoren vor, die für das Krankheitsverständnis und / oder die Behandlung von Relevanz seien. Als Faktoren gälten Stress und Belastungssituationen, gegebenenfalls in Verbindung mit ungünstigen psychischen Verarbeitungsprozessen, die das Schmerzerleben beeinflussten; auf Verhaltensebene, auf der Grundlage einer schmerzbezogenen Angst in der Regel ohne den Kriterien einer Angststörung zu entsprechen, eine zunehmende Passivität, Schon- und Fehlhaltung und eine daraus resultierende körperliche Dekonditionierung. Im Weiteren gebe es maladaptive Kognitionen in Form von gedanklicher Einengung auf das Schmerzerleben, Katastrophisieren von

Körperempfindungen und Krankheitsfolgen, Grübeln oder schmerzassoziierte Inhalte und rigide Attribution auf organische Faktoren. Weiter gehörte eine ausgeprägte emotionale Belastung dazu, zum Beispiel Verzweiflung oder Demoralisierung, und schliesslich familiäre, soziale und existenzielle Konsequenzen, zum Beispiel Rollenveränderungen in der Familie, reduzierter Kontakt im Freundeskreis, sozialer Rückzug und zunehmende Probleme im Beruf, Krankschreibung, Kündigung oder vorzeitige Berentung. Für die Diagnosestellung müssten vier Kriterien erfüllt sein (Rief und Hiller 1999, Nilges und Rief 2010). Beim Beschwerdeführer seien eine ausgeprägte Passivität und eine Schon- und Fehlhaltung mit daraus resultierender körperlicher Dekonditionierung eindeutig vorhanden. Auch die gedankliche Einengung auf das Schmerzerleben, das Katastrophisieren von Körperempfindungen und Krankheitsfolgen sowie das Nachgrübeln seien feststellbar. Eine mögliche Verzweiflung und Demoralisierung sei jedoch wenig wahrnehmbar. Die familiären Konsequenzen bestünden am ehesten in einem gewissen Statusverlust gegenüber den Stiefsöhnen und einer Nivellierung der Beziehung zur psychisch kranken Ehefrau. Der soziale Rückzug sei ebenfalls vorhanden. Die Mindestkriterien für die Störung seien damit vorhanden. Das Kernsymptom, nämlich das Schmerzempfinden selbst, sei aufgrund in den Verhaltensbeschreibungen dargestellten Beobachtungen wohl nur leicht ausgeprägt, was die funktionelle Bedeutung dieser Störung stark einschränke. Es gebe damit die oben genannten zwei Diagnosen, beide in leichter Ausprägung. In Abweichung gegenüber dem Behandlungsbericht werde die Arbeitsfähigkeit hier psychiatrisch nur als leicht eingeschränkt angesehen. Die Einschränkung von 20 % resultiere am ehesten aus der herabgesetzten Durchhaltefähigkeit und der verminderten Sozialkompetenz, wie auch aus den meist nur diskret ausgeprägten Einschränkungen im Mini-ICF hervorgehe. Gestützt werde diese Einschätzung durch die Ergebnisse der aktuellen neuropsychologischen Testung, die eine deutliche Überzeichnung der beklagten kognitiven Beeinträchtigungen bei zahlreichen Hinweisen auf Inkonsistenzen bezüglich des gezeigten neuropsychologischen Leistungsprofils ergeben hätten. Sie interpretierten dies nicht als bewusste Vortäuschung von Defiziten, sondern als Ausdruck des subjektiven Erlebens der Perspektivlosigkeit bei somatisch klar nicht mehr gegebener Arbeitsfähigkeit für die bisher ausgeübten Hilfstätigkeiten und entsprechend wenig erkennbaren Perspektiven für den Arbeitsmarkt. Insgesamt schätzten sie den Schweregrad der psychiatrisch zu stellenden Diagnosen nicht als derart schwer ein, dass ■ wie in den Behandlerberichten ■ eine hochgradige Arbeitsunfähigkeit damit plausibel begründet werden könnte. Zu beachten sei, dass im psychiatrischen Behandlungsbericht sowohl somatische wie auch psychiatrische Diagnosen aufgeführt würden und die dortige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 25 % deshalb auf einer fachübergreifenden Gesamteinschätzung beruhen könnte. Aus psychiatrischer Sicht schätzten sie die Arbeits- und Leistungsfähigkeit demnach aktuell auf 80 %. Diese Einschränkung sei nicht additiv zu den somatischen Einschränkungen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe grundsätzlich kein Grund, zwischen der bisherigen oder anderweitigen Tätigkeiten zu unterscheiden, bei gegebener Schmerzstörung sei es aber sicher notwendig, eine den somatischen Beschwerden angepasste Tätigkeit auszuüben (IV-Nr. 91 S. 76 ff.).

6.4.2 Des Weiteren ist zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag. Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im

entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

- Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

- Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

- gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

- behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 6.4.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass der Beschwerdeführer aufgrund der bestehenden chronischen Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren sowie aufgrund der depressiven Episode leichtgradig eingeschränkt ist.

Hinsichtlich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» geht aus dem Gutachten hervor, dass der Plasmaspiegel von Amitriptylin negativ sei, was mit der Angabe des Beschwerdeführers übereinstimme, dieses Medikament nur gelegentlich einzunehmen (IV-Nr. 91 S. 75). Eine erfolgreiche Psychotherapie werde durch den Unwillen, das eigene Leben zu reflektieren, verunmöglicht, ebenso die medikamentöse Behandlung durch fixierte negative Erwartungen erschwert. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer seit März keine Behandlung mehr gehabt habe und einfach passiv darauf warte, dass ihm ein neuer Termin angeboten werde, bestätige diese Feststellung. Im internistischen Gutachten mache er auch die Aussage, dass diese Therapiepause keinen

grossen Einfluss auf die Befindlichkeit gehabt habe, sodass an den Ressourcen resp. der Motivation bezüglich therapeutischer Massnahmen gewisse Zweifel bestünden oder andere (mehr aktivierende) Massnahmen gefunden werden müssten (IV-Nr. 91 S. 79). Sodann führte der psychiatrische Gutachter aus, der aktuelle Zustand sei in unbehandelter Situation. Die wichtigste Massnahme wäre eine vermehrte Aktivierung resp. berufliche Eingliederung zur Überwindung der subjektiven Krankheitsüberzeugung und der dysfunktionalen Schonungstendenz (IV-Nr. 91 S. 81). Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen kann somit nicht gesagt werden, der Beschwerdeführer habe die Therapie- und Eingliederungsoptionen bereits erfolglos ausgeschöpft. Demnach kann weder von einer Behandlungs- noch von einer Eingliederungsresistenz ausgegangen werden.

Mit Blick auf den Indikator der «Komorbidität» ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Im Gutachten wird eine ressourcenhemmende Wirkung der verschiedenen Diagnosen beschrieben und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Im vorliegenden Fall werden beim Beschwerdeführer unter anderem auch degenerative Veränderungen im Rücken sowie eine Polyneuropathie festgestellt. Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich diese somatischen Gesundheitsprobleme, aufgrund deren der Beschwerdeführer u.a. für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr einsetzbar ist, im Rahmen der psychiatrischen Diagnosen ressourcenhemmend auswirken.

Zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» zählt u.a. der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen). Hierzu kann gesagt werden, dass im vorliegenden Fall keine besonderen Persönlichkeitsmerkmale zu erheben sind, die sich vorliegend auswirken würden. Eine Persönlichkeitsstörung wird nicht diagnostiziert und der Werdegang des Beschwerdeführers weist auch keine Auffälligkeiten auf.

Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass sich die familiären Verhältnisse des Beschwerdeführers «normal» präsentieren. Er lebt mit seiner Ehefrau und seinem 22-jährigen Stiefsohn. Soziale Kontakte ausserhalb der Familie pflegt der Beschwerdeführer indessen kaum mehr. Mit der Herkunftsfamilie in der [ ] unterhalte er Videokontakte, etwa drei Mal pro Monat. Er schaue fern, auch koche er gelegentlich. Er erledige gemeinsam mit seiner Ehefrau die kleineren Putzarbeiten und die Wäsche. An gewissen Tagen, wenn es ihm besser gehe, mache er mit der Frau zusammen einen etwa einstündigen Spaziergang. Trotz eines gewissen sozialen Rückzugs enthält der soziale Lebenskontext sich potentiell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des

Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Im Rahmen der Konsistenzprüfung ist festzustellen, dass das vom Beschwerdeführer geschilderte Tagesaktivitätsniveau zwar tief ist, doch ist er nach wie vor in der Lage, das Nötigste im Haushalt mitzuhelfen, an gewissen Tagen, wenn es ihm besser gehe, mit der Ehefrau Spaziergänge zu machen. Damit ist festzustellen, dass das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers, welcher sich subjektiv gänzlich ausser Stande sieht, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, nicht in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt ist.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden. Der Beschwerdeführer nehme keine Therapie in Anspruch und er verweigere Medikamente.

6.4.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich somit, dass das psychiatrische Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gibt, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind. Schlüssig ist auch die aus den psychischen Beeinträchtigungen abgeleitete Arbeitsfähigkeit von 80 % sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. II. 6.4.1 hiervor).

6.5 In der rheumatologischen Untersuchung (IV-Nr. 91 S. 83 ff.) wird erläutert, insgesamt finde sich beim Beschwerdeführer muskuloskelettär ein im Altersvergleich bildgebend eher stark ausgeprägtes degeneratives Wirbelsäulenleiden mit radiomorphologisch deutlichster Degeneration der beiden untersten Bandscheibenfächer mit Bandscheibenprotrusionen und ■ unter Berücksichtigung des radiologischen Aspektes und auch der in den Akten dokumentierten Wurzelreiz- und sensiblen früheren Ausfallsstörung ■ mit wohl doch intermittierend möglicher tieflumbaler Wurzelreizsymptomatik. Aktuell liessen sich allerdings keine entsprechenden klinischen Zeichen identifizieren. Eine gemäss Akten früher eher im Vordergrund stehende Nackenschmerzsymptomatik sei derzeit eher im Hintergrund; es fänden sich zwar muskuläre Verspannungen und eine wie schon früher beschrieben wohl dekonditionierungsbedingte atone ungünstige Rumpfhaltung des oberen Achsenskeletts mit Weichteildolenzien tiefzervikal, aber radiomorphologisch keine bedeutenden degenerativen HWS-Veränderungen. Das Gesamtbild rechtfertigt sicherlich wie bereits schon früher 2015 angenommen (Taggeldversicherungsmedizinische Beurteilung G.\_\_\_\_ 2015) die Attestierung einer verminderten muskuloskelettalen Leistungsfähigkeit, erkläre aber insgesamt die jetzt über Jahre anhaltende de facto-Erwerbslosigkeit rein muskuloskelettär nicht. Die Leidensentwicklung dürfte von bedeutenden nicht-muskuloskelettären Faktoren mitbeeinflusst sein. Unter anderem hätten sich bereits in der EFL 2015 deutliche Hinweise auf die Entwicklung einer Invalidisierungsüberzeugung mit entsprechender Selbstlimitierung und ausgesprochen niedriger Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit finden lassen. Die zuletzt noch Ende 2014 ausgeübte Tätigkeit in der Baureinigung sei aber,

wie allseits fachärztlich schon anerkannt, auch bereits 2015 als nicht mehr möglich eingestuft worden. Der Stellenwert der im Schreiben des Anästhesisten Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2020 nachträglich diagnostisch etikettierten «fortgeschrittenen Schmerzzentralisation» sei versicherungsmedizinisch noch offen. Der neueren Literatur folgend sei auch im kommenden ICD-11-Diagnose-Strukturkonstrukt ein isoliertes «Schmerzempfinden» codierbar, dessen Stellenwert aber in seiner funktionellen Wertigkeit nicht festgelegt. Entsprechend könne aus der diagnostischen Etikettierung von Dr. med. N.\_\_\_\_, die im Gegensatz zur ICD-Codierung einen ursächlichen spezifischen Mechanismus des Schmerzes beim Beschwerdeführer postuliere, nicht à priori eine grundsätzliche globale Einschränkung abgeleitet werden. Im Gesamtbild könne allenfalls eine leichtgradige Verschlechterung des Gesundheitszustandes über die Jahre seit 2015 angenommen werden aufgrund einer wahrscheinlichen Progredienz der degenerativen Segmentveränderungen mit derzeit darstellbarer massiver Reduktion des Rest-Bandscheibenraumes im Vergleich zur MRI-Aufnahme 2018. Die funktionellen Auswirkungen dieser muskuloskelettären Verschlechterung fänden ein Korrelat in der aktuell etwas anderen Beurteilung bezüglich noch möglicher Gewichtslimiten und allenfalls auch bezüglich des Pausenbedarfs; von einer grundsätzlichen Änderung der Einschätzung der noch möglichen Leistungsfähigkeit gegenüber den Einschätzungen 2015 sei aber aus jetziger Perspektive kaum auszugehen. Die Auffälligkeiten in der aktuellen gutachterlichen Dolmetscher-gestützten Anamneseerhebung seien nicht ohne Weiteres interpretierbar. Es habe eine sehr zähe Datenerhebung mit einem Beschwerdeführer imponiert, der sich zumindest initial eindruckswise doch der Dolmetscher-gestützten Befragung tendenziell eher verweigert habe, mit Besserung erst nach längerem Befragen. Der in der EFL 2015 zum Ausdruck kommende Eindruck einer Selbstlimitierung und Invalidisierungsüberzeugung habe zum jetzigen Zeitpunkt keine ausgeprägten Korrelate, kein nonverbaler Schmerzausdruck, weitgehend unauffällige Motilität mit Ausnahme von plausibel erscheinenden lumbalen Schmerzsignalen beispielsweise beim Sitzen am Liegeseitrand oder bei der lumbalen Schmerzsignalisation im Rahmen der passiven Hüftgelenksbeweglichkeitsprüfung in Rückenlage gefunden.

Daraus resultierend kommt der rheumatologische Gutachter zum überzeugenden Schluss, die Ausprägung der Befunde sowohl klinisch (schmerzhaft allseitig eingeschränkte LWS-Beweglichkeit) wie bildgebungsmässig (schwere Osteochondrosen L4/5 und L5/S1) mache eine deutliche Einschränkung der muskuloskelettären Leistungsfähigkeit am Achsenskelett nachvollziehbar. Entsprechend seien achsenskelettär und generell muskuloskelettär belastende Tätigkeiten kaum mehr möglich. Für gut angepasste Verweistätigkeiten (körperlich sehr leichte, leichte und nur gelegentlich mittelschwere Arbeiten, Hantieren von Gewichten bis zur Taille von 5 ■ 8 kg, nur vereinzelt bis circa 12 kg, kein wiederholtes Heben von Lasten aus der Tailen- zur Kopfhöhe, keine Überkopfarbeiten, kein wiederholtes Sich-Bücken-Müssen und keine Tätigkeiten in Kauerstellung oder mit Notwendigkeit zum wiederholten Rotieren des Oberkörpers, kein ausschliessliches Stehen und Gehen am Stück länger als 1 ■ 1 ½ Stunden, keine Tätigkeiten ohne Möglichkeit zum selbständigen Wechseln der Körperposition) sollte jedoch keine höhergradige Arbeitsfähigkeitseinschränkung nötig sein, dies in Übereinstimmung mit früheren Beurteilungen und auch jetzt plausibel aufgrund des zu beobachtenden Motilitätsbildes und auch der Resultate der fokalen Untersuchung aktuell ■ dies wohl unabhängig von der in den Akten anästhesiologisch postulierten zentralen Schmerzsensibilisierung. Das Ausmass der anamnestisch rapportierten geringen Aktivität

und Partizipation im Alltag könne mit den erhobenen Befunden muskuloskelettär nicht erklärt werden (IV-Nr. 91 S. 95 ff.).

6.6 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre B.\_\_\_\_-Gutachten vom 31. Dezember 2020 grundsätzlich als beweiskräftig zu erachten. Zu prüfen bleibt, ob die vom Beschwerdeführer dagegen vorgebrachten Einwendungen etwas an dieser Einschätzung zu ändern vermögen:

6.6.1 Der Beschwerdeführer rügt in der Hauptsache, dass die Beschwerdegegnerin den rechtsrelevanten Sachverhalt noch nicht umfassend festgestellt bzw. nicht vollständig abgeklärt habe. Zwecks zuverlässiger Feststellung der trotz gesundheitlicher Einschränkungen verbleibenden Leistungsfähigkeit hätte die Beschwerdegegnern eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in Auftrag geben müssen. Hierzu ist festzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss bei zuverlässiger ärztlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der Regel keine Notwendigkeit besteht, die Rechtsfrage der Erwerbsunfähigkeit durch eine EFL zu überprüfen. Ausnahmsweise kann eine solche erforderlich sein, wenn mehrere involvierte Ärzte eine solche angesichts eines multiplen und schwierig einzuschätzenden Krankheitsbildes ausdrücklich befürworten. Solche Umstände macht der Beschwerdeführer nicht geltend und sind nicht ersichtlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_312/2018 vom 21. September 2018 E. 5.1 mit Hinweisen).

6.6.2 Weiter vermag die abweichende subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers, wonach die Arbeitsfähigkeit maximal 30 ■ 40 % betrage, an der Beurteilung der B.\_\_\_\_-Gutachter nichts zu ändern. Für die Frage, ob es der versicherten Person zuzumuten ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen, ist insofern eine objektivierte Betrachtungsweise massgeblich, als es nicht auf ihr subjektives Empfinden ankommen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_303/2016 vom 18. Juli 2016 E. 6.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.1 S. 295).

6.6.3 Soweit in der Beschwerde vorgebracht wird, es sei vorliegend nicht nur von einer leichten, sondern mindestens von einer mittelschweren depressiven Episode auszugehen (vgl. Beschwerde S. 17 f.; A.S. 24 f.), so ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt. So kommt Expertinnen und Experten bereits bei der Wahl der Methode zur Erstellung des Gutachtens immer ein gewisses Ermessen zu. Entscheidend ist grundsätzlich nicht die Anwendung einer bestimmten Methode, sondern massgebend ist vielmehr, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist. Die psychiatrische Exploration eröffnet dem begutachtenden Psychiater sodann praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_202/2021 vom 17. Dezember 2021 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Davon ist vorliegend auszugehen, zumalkonkrete Anhaltspunkte dafür, dass die Begutachtung nicht lege artis erstellt wurde, fehlen.

6.6.4 Weiter rügt der Beschwerdeführer, es sei darauf hinzuweisen, dass für die neuropsychologische Untersuchung ein Dolmetscher beigezogen worden sei und dadurch kein direkter Austausch zwischen dem Gutachter und ihm stattgefunden habe. Es stelle sich die Frage, wie gut der Dolmetscher die Tests dem Beschwerdeführer habe erklären können (Beschwerde S. 21; A.S. 28). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung erscheint es

medizinisch und sachlich geboten, dass der Gutachter eine Übersetzungshilfe beizieht, sofern er der Sprache des Exploranden nicht mächtig ist und eine gute Exploration auf beiden Seiten vertiefte Sprachkenntnisse voraussetzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_362/2020 vom 21. Oktober 2020 E. 3.3.1 mit Hinweisen). Konkrete Hinweise, dass sich der Beizug eines Dolmetschers vorliegend negativ auf die Exploration ausgewirkt hätte, sind keine ersichtlich, weshalb der Einwand betreffend Sprache die Verwertbarkeit der neuropsychologischen Beurteilung nicht in Frage zu stellen vermag.

6.6.5 An der beweiswertigen Beurteilung der B.\_\_\_\_-Gutachter vermag auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ und Dr. phil. klin. psych. Q.\_\_\_\_ vom 4. April 2022 (Urkunde-Nr. 26; E. II. 5.2.8 hiervor) nichts zu ändern. Im vorliegenden Verfahren sind die Verhältnisse bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2022 massgebend (vgl. E. II. 1.2 hiervor). Die Entwicklung der Verhältnisse nach Erlass der angefochtenen Verfügung ist ausnahmsweise in die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung einzubeziehen, wenn sich daraus Rückschlüsse auf den Sachverhalt bis zum Zeitpunkt des Verwaltungsaktes ziehen lassen (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_3872016 vom 24. Oktober 2016 E. 3.4.2 mit Hinweisen). Inwiefern dieser nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2022 ergangene Bericht Rückschlüsse auf die Verhältnisse im relevanten Zeitraum zulassen sollte, ist nicht ersichtlich. DieBerichterstattung von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom

## **E. 6**

Mit Verfügung vom 13. Juni 2022 (A.S. 54) wird festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik verzichtet hat. 7. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 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: 24. Januar 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 den Bestimmungen des IVG und denjenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung zu beurteilen. 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, SR 830.1]

) 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).

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). 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 Neuanmeldung des Beschwerdeführers beantragte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 24. Januar 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 10. Oktober 2016, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 24. Januar 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 10. Oktober 2016) präsentiert hat: 5.1.1 Am 18. März 2015

erging der Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Chef der Abteilung für Rehabilitation und Rheumatologie, G.\_\_\_\_, über die konsiliarische Untersuchung vom 18. März 2015 (IV-Nr. 13 S. 3 ff.). Folgende Diagnose lässt sich diesem Bericht entnehmen: Lumboradikuläres sensibles Ausfallsyndrom S 1 rechts · Discushernie L4/5 und L5/S1 mit rezessalem Kontakt zu den Nervenwurzeln L5 und S1 beidseits (MRI LWS vom 21. Januar 2015) Weiter führte Dr. med. F.\_\_\_\_ aus, anamnestisch seien bereits ambulante Physiotherapien ohne Erfolg durchgeführt worden. Zudem sei für morgen wahrscheinlich eine foraminale Infiltration im Spital H.\_\_\_\_ geplant. Er erachte diese als zusätzliche analgetische Massnahme als sinnvoll. Für ihn zentraler sei jedoch ein effizienter Aufbau der Haltemuskulatur. Die Haltemuskulatur sei auch in der MRI-Untersuchung vom 21. Januar 2015 dargestellt worden und sei von L4 bis S1 atroph. Da die ambulante Physiotherapie nicht zum Ziel geführt habe, empfehle er einen baldmöglichen stationären Aufenthalt in einer spezialisierten Rehabilitationsklinik. Nach der stationären Massnahme sollte ein ambulantes Aufbauprogramm folgen für drei bis sechs Monate. Mit diesen Massnahmen sollte zu erreichen sein, dass der Beschwerdeführer innerhalb von sechs Monaten wieder arbeitsfähig werde für angepasste Tätigkeiten. Die geschilderten Reinigungsarbeiten in der angestammten Tätigkeit würden repetitives Bücken und Aufheben, repetitives Heben und Tragen von Lasten über 25 kg beinhalten. In den nächsten sechs Monaten sei davon auszugehen, dass solche Arbeiten nicht mehr ausgeübt werden könnten. Aufgrund der fortgeschrittenen Degeneration der Bandscheiben L4/5 und L5/S1 sei bei diesem knapp 30-jährigen Mann davon auszugehen, dass schwere und schwerste Arbeiten mit repetitivem Heben und Tragen von Lasten über 25 kg nicht mehr ausgeführt werden könnten. In einer angepassten Tätigkeit ohne repetitives Heben und Tragen von Lasten über 25 kg und ohne hochfrequent wiederholtes Bücken und Aufrichten sollte nach Auftraining der tiefen Rückenmuskulatur ein Arbeitseinsatz wieder zu 100 % möglich sein. Der Beschwerdeführer habe sich im Untersuch sehr kooperativ gezeigt. Die Untersuchungsergebnisse seien reproduzierbar gewesen. Es habe eine klare radikuläre sensible Ausfallsymptomatik nachgewiesen werden können. Bei optimaler Kooperation und klar geführter Rehabilitation sollte zu erreichen sein, dass der Beschwerdeführer für angepasste Arbeiten wieder vollumfänglich arbeitsfähig werde.

5.1.2 Dem Bericht der Klinik I.\_\_\_\_, vom 6. Juni 2015 (IV-Nr. 23) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in der Zeit vom 12. Mai bis 6. Juni 2015 hospitalisiert war. Es wurde die Diagnose eines lumboradikulären sensiblen Ausfallsyndroms S1 rechts (mässige Haltungsinsuffizienz; April 2015: Fazettengelenksinfiltration L4/5 und L5/S1 beidseits, ohne Schmerzlinderung; MRI LWS vom 21. Januar 2015: Diskushernie L4/5 mit rezessalem Kontakt zu den Nervenwurzeln L5 und S1 beidseits; Fazettengelenksarthrose L4/5 und L5/S1) gestellt. Die Zuweisung zur stationären muskuloskelettalen Rehabilitation sei, angeregt durch die Versicherung des Beschwerdeführers, aufgrund eines lumboradikulären sensiblen Ausfallsyndroms S1 rechts erfolgt. Mit der Zielsetzung einer Kräftigung der rumpfstabilisierenden Muskulatur wie auch einer Schmerzlinderung sei der Beschwerdeführer in ein multimodales Therapieprogramm mit Intensiver Physio- und Ergotherapie, passiven physikalischen Anwendungen und zusätzlich Wassertherapie integriert worden. Im Selbsttraining habe der Beschwerdeführer Instruktionen für ein Heimprogramm ab Austrittszeitpunkt erhalten. Mittels dieser Massnahmen hätten die gesetzten Ziele überwiegend erreicht werden können, wobei der Beschwerdeführer vom sehr aktiven und intensiv geführten Rehabilitationsprogramm deutlich habe profitieren können. Die Haltung und die Rumpfstabilisation hätten sich gebessert und die

Rückenschmerzen im Lumbosakralbereich mit Ausstrahlung in beide Oberschenkel hätten auf ein erträgliches Mass reduziert werden können, ohne die medikamentöse Analgesie zu potenzieren. Die ergonomischen Instruktionen habe der Beschwerdeführer zufriedenstellend umsetzen können und sei bei den jeweiligen Therapien stets motiviert und engagiert gewesen. Zuletzt habe sich auch die Rückenbeweglichkeit verbessert (Finger-Boden-Abstand 20 cm bei Eintritt, 15 cm bei Austritt). Einen vorgeschlagenen Sakralblock habe der Beschwerdeführer allerdings abgelehnt. In gutem Allgemeinzustand mit verbesserter Rumpfmuskulatur und ordentlicher Schmerzregredienz (je nach Aktivität bis VAS 3/10) sei der Beschwerdeführer am 6. Juni 2015 nach Hause entlassen worden. Für die Dauer des stationären Aufenthaltes vom 12. Mai bis 6. Juni 2015 und weiterhin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Re-Evaluation der Arbeitsunfähigkeit sollte in zwei Wochen erfolgen, wobei sie bis dahin den Beschwerdeführer weiter zu 100 % krankgeschrieben hätten.

5.1.3 Im Bericht des J.\_\_\_\_ über die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vom 15. Dezember 2015 (IV-Nr. 30) wurde ausgeführt, infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb wesentlich auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Die Belastbarkeit für die bisherige mittelschwere Tätigkeit als Mitarbeiter einer Reinigungsfirma sei zurzeit nicht gegeben. Die Anforderungen seien zu hoch. Sie würden es aber als möglich erachten, dass mittels eines gezielten, eng betreuten Trainings die Belastbarkeit und somit die Chancen auf dem Arbeitsmarkt gesteigert werden könnten. Eine leichte bis mittelschwere Arbeit sei ganztags zumutbar. Es bestünden die folgenden speziellen Einschränkungen: Heben von Taillen- zu Kopfhöhe max. 12,5 kg, Stehen vorgeneigt, Sitzen vorgeneigt, Rotation im Sitzen, Knien, Stehen an Ort, Stehen und Gehen sowie Stossen und Ziehen manchmal.

5.1.4 Am 25. Januar 2016 nahm Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 33). Folgende Diagnosen lassen sich ihrem Bericht entnehmen: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Chronifiziertes lumbovertebrales Syndrom, Erstmanifestation Anfang 2014 · MRI LWS vom 21. Mai 2015: Aktivierte Osteochondrose L4/5, mediane Bandscheibenprotrusionen L4/5 und L5/S1 mit Berührung der rezessalen Wurzeln L5 und S1 beidseits · Status nach BV-gesteuerten Facettengelenksinfiltrationen L4/5 und L5/S1 beidseits am 19. März 2015 ohne Effekt

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Status nach Cholezystektomie Oktober 2014 Status nach akuter Pankreatitis November 2014

Weiter führte Dr. med. K.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer leide an einem mittlerweile chronifizierten lumbovertebralen Schmerzsyndrom mit pseudoradikulären Ausstrahlungen in die unteren Extremitäten bei mässig ausgeprägten degenerativen Veränderungen der unteren LWS mit Osteochondrosen und Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten LWK 4/5 und LWK5/SWK1. Eine radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik bestehe nicht. Die objektivierbaren degenerativen Veränderungen begründeten eine Minderbelastbarkeit der unteren Wirbelsäule, was sich auf die Zumutbarkeit und die Arbeitsfähigkeit auswirke. Die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers sei deutlich zu gering, er limitiere sich selber. Im Rahmen der EFL habe eine deutliche Symptomausweitung festgestellt werden können,

vier von fünf Waddell-Zeichen seien positiv gewesen. In der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiter Reinigung bestehe seit dem 29. Dezember 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. In einer angepassten Verweistätigkeit liege in der Zeit von Dezember 2014 bis Juni 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Ab Juli 2015 seien dem Beschwerdeführer angepasste Verweistätigkeit zu 100 % zumutbar.

5.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 14. Januar 2022 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

5.2.1 Dem Bericht zur interdisziplinären Schmerzbehandlung im E.\_\_\_\_, vom 24. Juni 2019 (IV-Nrn. 52; 68) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: 1. Rezidivierende depressive Störung, ggf. mittelgradige Episode (ICD-10, F33.1) 2. Chronifiziertes therapieresistentes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom m/b · Deg. Veränderungen L5/S1 mit Osteochondrose L4/5 und L5/S1 (L.\_\_\_\_ 2. Juli 2018) · Diskushernie L4/5 mit rezessalem Kontakt zu den Nervenwurzeln L5 und S1 bds. · Facettengelenksarthrose L4/5 und L5/S1 (I.\_\_\_\_ 6. Juni 2015) · L5-gliedrige LWS, wobei das ot der oberen LWS gegenüber der unteren LWS nach li. verschoben ist. Geringe Zwischenwirbelraumverschmälerung Höhe LWK4-SWK1. Geringe Degeneration der Facettengelenke Höhe LWK5/SWK1. Morbus Baastrup Höhe LWK4/5. ISG unauffällig. Clip-Material in Projektion auf den re. Oberbauch, DD bei Z.n. Cholezystektomie (11. Februar 2019 Rx LWS (MRI M.\_\_\_\_ 11. Februar 2019) 3. V.a. Arachnoiditis (L.\_\_\_\_ 2. Juli 2018) 4. St.n. Gallenblasenoperation (L.\_\_\_\_ 2. Juli 2018) Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht führten die Ärzte aus, aufgrund der erhobenen Befunde könne aus somatischer Sicht für eine dem Rücken angepasste Arbeit keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Allfällige neurologische Defizite wären aber elektrophysiologisch noch abzuklären. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit (Reinigung) aufgrund der vor allem belastungsabhängigen Beschwerden zurzeit und bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Beim Beschwerdeführer bestehe eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans. Für alle Tätigkeiten mit schwerem Heben oder Tragen von Lasten sowie in wirbelsäulenbelastenden Tätigkeiten und in Zwangshaltung, für langandauerndes reines Stehen insbesondere in vorübergeneigter Körperhaltung, für alle Tätigkeiten mit repetitiven Rumpf- oder HWS-rotierenden Stereotypen sowie Arbeiten überwiegend im Überkopfbereich sei der Beschwerdeführer aufgrund der medizinischen Diagnose nicht geeignet. Zumutbar erschienen körperlich leichte Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechsellagen, mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, insbesondere kein Heben von schweren Lasten, nicht mehr als 5 kg kurzfristig und 2 kg längerfristig. In einer solchen der Behinderung angepassten Tätigkeit wäre der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht zu 50 % arbeitsfähig. Aus neurologischer Sicht liege eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vor. Aus psychiatrischer Sicht führten die Ärzte aus, der Beschwerdeführer sei seit 1. März 2015 aufgrund zunehmender LWS-Schmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein und den rechten Arm zu 100 % arbeitsunfähig. Seit Januar 2019 bestünden zudem Nackenschmerzen. Im Verlauf der chronischen Schmerzen habe der Beschwerdeführer eine depressive Störung mit ausgeprägter Antriebsminderung, Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen entwickelt. Trotz diverser Behandlungen hätten die Schmerzen nicht wesentlich reduziert werden können. Aufgrund der chronischen Schmerzen und depressiven Störung beurteilten sie den Beschwerdeführer auch in einer leichten, angepassten Tätigkeit als 100 % arbeitsunfähig. Aus interdisziplinärer Sicht liege für die angestammte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiter wie auch für angepasste Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor.

5.2.2 Im Verlaufsbericht vom 7. März 2020 stellte Dr. med. N.\_\_\_\_,

Facharzt für Anästhesiologie, O.\_\_\_\_ AG (IV-Nr. 69), die Diagnosen eines chronischen lumboradikulären Reizsyndroms L4-S1 R>L, einer Schmerzchronifizierung/Generalisierung sowie einer depressiven Entwicklung als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In der angestammten Tätigkeit attestierte er dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit könne der Beschwerdeführer sechs bis acht Stunden täglich mit erhöhtem Pausenbedarf ausüben.

5.2.3 Im Bericht vom 16. Mai 2020 stellten Dr. med. P.\_\_\_\_, Chefärztin und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. klin. psych. Q.\_\_\_\_, Klinischer Psychologe und Supervisor, die folgenden Diagnosen (IV-Nr. 73 S. 6 ff.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 1. Rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige depressive Episode (ICD-10, F33.1) 2. Chronifiziertes therapieresistentes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom m/b · deg. Veränderungen L5/S1 mit Osteochondrose L4/5 und L5/S1 (L.\_\_\_\_ 2. Juli 2018) · Diskushernie L4/5 mit rezessalem Kontakt zu den Nervenwurzeln L5 und S1 bds. · Facettengelenksarthrose L4/5 und L5/S1 (I.\_\_\_\_ 6. Juni 2015) 3. V.a. Arachnoiditis (L.\_\_\_\_ 2. Juli 2018)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 1. St.n. Gallenblasenop. (L.\_\_\_\_ 2. Juli 2018)

Der Beschwerdeführer beklage, seit 2015 unter LWS-Schmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein sowie in den rechten Arm zu leiden. Es habe der folgende psychopathologische Befund erhoben werden können: Der 35-jährige Beschwerdeführer sei äusserlich gepflegt, mit dem Stiefsohn erscheinend, altersentsprechend, bewusstseinsklar und allseits orientiert, in der emotionalen Kontaktaufnahme abwartend, gehemmt, sachlich, aktiv im Spontanverhalten. Die Stimmung sei deutlich depressiv-resigniert, affektiv kontrolliert, im Gesprächsverlauf sei er verbal wortkarg, schildere sein Symptomerleben und -verhalten in Zusammenhang mit den zunehmenden Schmerzen. Kognitiv in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis sei er verlangsamt bzw. deutlich eingeschränkt. Es liege eine deutliche Vergesslichkeit vor, das Denken sei formal beweglich, inhaltlich problemzentriert. Es bestünden keine Hinweise für psychotische Erlebnisweisen (Wahn, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen). Anamnestisch seien keine Suizidgedanken/-wünsche, keine SV, keine konkreten Ausführungspläne zu verzeichnen, aktuell liege keine akute Suizidalität vor. Die Prognose sei in Anbetracht der deutlichen Chronifizierung schlecht.

5.2.4 Am 2. Juli 2020 nahm der RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie FMH, Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 78). Er führte aus, bereits im RAD-Bericht vom 25. Januar 2016 sei die Arbeitsfähigkeit für die angestammte Reinigungs-Tätigkeit als nicht mehr gegeben betrachtet worden, jedoch sei für eine angepasste Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für zumutbar erachtet worden. Die heutigen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus somatischer Sicht würden zwischen 30 % bis annähernd 100 % schwanken. Der Psychiater erachte ein Pensum von unter 25 % in einer Verweistätigkeit als zumutbar. In Anbetracht von lediglich einmaligen monatlichen psychiatrischen Konsultationen schein die psychiatrische Behandlung optimierbar, jedenfalls habe sich aufgrund der vorhandenen Berichte in der Zeit von Juni 2019 bis Mai 2020 keine wesentliche Verbesserung gezeigt. Ebenso seien im kognitiven Bereich Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis verlangsamt bzw. deutlich eingeschränkt, und es liege eine deutliche Vergesslichkeit vor. Die vorhandenen Unterlagen liessen somit bei diesem noch jungen Beschwerdeführer keine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu, so dass ein polydisziplinäres Gutachten (Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie) zu erstellen sei.

5.2.5 Auf Empfehlung des RAD-Arztes veranlasste die

Beschwerdegegnerin bei der Gutachterstelle B.\_\_\_\_, [...], ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Neuropsychologie, Neurologie, Psychiatrie und Rheumatologie. Das Gutachten wurde am 31. Dezember 2020 erstattet (IV-Nr. 91). Folgende Diagnosen lassen sich dem Gutachten entnehmen (IV-Nr. 91 S. 9 f.): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Primär demyelinisierende, sekundär axonale sensomotorische Polyneuropathie · Ätiologie: am ehesten hereditäre Genese mit autosomal-dominantem Erbgang, z.B. Charcot-Marie-Tooth Typ 1A (Familienanamnestisch gehäuft Hohlfüsse und Krallenzehen insb. bei Brüdern und Schwestern)
2. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom · Klinisch aktuell allseitig muskulär eingeschränkte LWS-Beweglichkeit ohne sichere radikuläre Reizungszeichen, pseudoradikuläre Ausstrahlungen und Reizsyndrom L4/L5/S1 rechtsbetont (ES mit Status nach lumboradikulärem sensiblem Ausfallsyndrom S1 rechts 2015) · Ätiologie: i.R. Dg. 1 bei nervensonographisch und MR-tomographisch verdickten Radices und degenerativ bei bildgebend ausgeprägten Osteochondrosen L4/5 und L5/S1 mit deutlichsten Bandscheiben-Höhenminderungen, Bandscheibenhernierungen und rezessalen und foraminale Wurzeltangierungen beidseits (Röntgen 14. Oktober 2020, MRI 17. Januar 2018, 29. März 2016) · MRI LWS (9. Dezember 2020): dorsomediane Discusextrusion auf Höhe LWK 4/5 und LWK5/SWK1 ohne höhergradige spinale oder foraminale Enge. Vorbestehend aktivierte Endplattenveränderungen auf Höhe LWK 4/5. Zu Januar 2018 progrediente verdickte Nervenwurzeln als H.a. CIDP, DD Arachnoiditis · Status nach erfolglosen Facettengelenksinfiltrationen L4/5 und L5/S1 beidseits 19. März 2015
3. Leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0)
4. Chronische Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
5. Chronisches cervikovertebrales Schmerzsyndrom, derzeit im Hintergrund · klinisch weitgehend freie HWS-Beweglichkeiten · konventionell-bildgebend keine signifikanten degenerativen HWS-Veränderungen (Röntgen 14. Oktober 2020) · atone hyperkyphotische Rumpfhaltung

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Episodischer Spannungskopfschmerz · möglicherweise mit Analgetikaübergebrauchskomponente bei vier bis fünf Mal wöchentlicher Einnahme von Dafalgan
2. V.a. Sulcus ulnaris-Syndrom rechts
3. Invalidisierungsüberzeugung gemäss Akten (EFL November 2015: Hinweise auf Selbstlimitierung, sehr niedrige Selbst-Leistungsfähigkeitseinschätzung [PACT-Test])
4. Verdauungsstörungen mit Meteorismus und Durchfällen anamnestisch

Weiter führten die B.\_\_\_\_-Gutachter aus, aus internistischer Sicht sei der Beschwerdeführer nicht leistungsgemindert (IV-Nr. 91 S. 31). Aus neuropsychologischer Perspektive sei dem Beschwerdeführer, unter Berücksichtigung der bisher erfolgreich ausgeübten Tätigkeiten, eine Tätigkeit mit ähnlichem kognitivem Anforderungsprofil wie bisher zumutbar (IV-Nr. 91 S. 53 f.). Aus neurologischer Sicht legten die Gutachter dar, in der angestammten körperlich schweren Tätigkeit als Reinigungskraft sei der Beschwerdeführer aus rein neurologischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. In einer optimal leidensangepassten Tätigkeit würden sie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf maximal 50 % einschätzen. Dabei seien nur leichte körperliche Belastungen in wechselnden Positionen möglich. Normalerweise würden sie bei einer Lumbago / Radikulopathie ohne sensomotorische Ausfälle in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit die Arbeitsunfähigkeit auf maximal 20 % einschätzen. Hier stelle sich die Situation aber anders dar. Die Rückenschmerzen hätten ein bildmorphologisches Korrelat (verdickte Nervenwurzeln), das über übliche degenerative Veränderungen der Wirbelsäule hinausgehe. Sie würden zudem MR-morphologisch eine klare Zunahme der Verdickungen

an den Nervenwurzeln über die letzten zwei Jahre sehen. Zudem deute die Kontrastmittelaufnahme der Nervenwurzel auf eine zusätzliche entzündliche Komponente hin. Die elektrophysiologischen Untersuchungen würden auf eine hereditäre Polyneuropathie hindeuten. Bei einer hereditären Polyneuropathie könnten sich die Symptome und Befunde im weiteren Verlauf noch verschlimmern, sodass die Arbeitsunfähigkeit dann weiter angepasst werden müsste (IV-Nr. 91 S. 66). Aus psychiatrischer Sicht bestehe grundsätzlich kein Grund, zwischen der bisherigen oder anderweitigen Tätigkeiten zu unterscheiden, bei gegebener Schmerzstörung sei es aber sicher notwendig, eine den somatischen Beschwerden angepasste Tätigkeit auszuüben. Es könne von einer gewissen Einschränkung der Durchhaltefähigkeit und einer leicht verminderten Sozialkompetenz ausgegangen werden, welche sich in allen Tätigkeiten leicht hindernd auswirken würden. Grundsätzlich wäre es für den Beschwerdeführer aber günstig, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen und es wäre ihm dies aus psychiatrischer Sicht auch möglich. Aus psychiatrischer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit und Leistungsfähigkeit aktuell auf 80 % geschätzt. Diese Einschränkung sei nicht additiv zu den somatischen Einschränkungen; die dort attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % sei psychiatrisch auf jeden Fall möglich (IV-Nr. 91 S. 80). Aus rheumatologischer Sicht hielten die Gutachter fest, die Ausprägung der Befunde sowohl klinisch (schmerzhaft allseitig eingeschränkte LWS-Beweglichkeit) wie bildgebungsmässig (schwere Osteochondrosen L4/5 und L5/S1) mache eine deutliche Einschränkung der muskuloskelettären Leistungsfähigkeit am Achsenskelett nachvollziehbar. Entsprechend seien achsenskelettär und generell muskuloskelettär belastende Tätigkeiten kaum mehr möglich. Für gut angepasste Verweistätigkeiten sollte jedoch keine höhergradige Arbeitsfähigkeitseinschränkung nötig sein, dies in Übereinstimmung mit früheren Beurteilungen und auch jetzt plausibel aufgrund des zu beobachtenden Motilitätsbildes und auch der Resultate der fokalen Untersuchung aktuell – dies wohl unabhängig von der in den Akten anästhesiologisch postulierten zentralen Schmerzsensibilisierung. Das Ausmass der anamnestisch rapportierten geringen Aktivität und Partizipation im Alltag könne mit den erhobenen Befunden muskuloskelettär nicht erklärt werden. Nicht-muskuloskelettäre Faktoren dürften im Gesamtbild eine Rolle mitspielen (Erkrankung der Ehefrau). Es sei hier auf die übrigen Gutachten und den Konsensabschnitt zu verweisen. Das Profil der bisherigen Tätigkeit in der Baureinigung werde in Übereinstimmung mit früheren Annahmen 2015 als körperlich deutlich mittelschwer und muskuloskelettär belastend angenommen. Eine entsprechende Arbeitsfähigkeit in dieser Tätigkeit erscheine bleibend nicht mehr möglich. Muskuloskelettär möglich erschienen körperlich sehr leichte, leichte und nur gelegentlich mittelschwere Arbeiten mit folgendem Profil: Hantieren von Gewichten bis zur Taille von 5 – 8 kg, nur vereinzelt bis circa 12 kg, kein wiederholtes Heben von Lasten aus der Taillen- zur Kopfhöhe, keine Überkopfarbeiten, kein wiederholtes Sich-Bücken-Müssen und keine Tätigkeiten in Kauerstellung oder mit Notwendigkeit zum wiederholten Rotieren des Oberkörpers, kein ausschliessliches Stehen und Gehen am Stück länger als 1 – 1 ½ Stunden, keine Tätigkeiten ohne Möglichkeit zum selbständigen Wechseln der Körperposition. Diese Einschränkungen berücksichtigten eine erhöhte Vulnerabilität des unteren Achsenskeletts aufgrund der degenerativen Veränderungen. Für derartig angepasste Tätigkeiten erscheine angesichts der doch freien Motilität in der Untersuchungssituation und des insgesamt jugendlicheren Alters des Beschwerdeführers mit entsprechend sonst intakten Ressourcen keine Attestierung einer reduzierten Leistungsfähigkeit oder eines reduzierten Tätigkeitsvolumens pro Tag

notwendig. Die Einschätzung erkenne ein etwas höheres Tätigkeitsvolumen als hausärztlich am 7. März 2020 mit sechs bis acht Stunden aufgrund erhöhten Pausenbedarfes aus wohl holistischer Perspektive einschränkend noch attestiert. Die Einschätzung dürfte mit dem jetzt attestierten, gegenüber 2015 etwas eingeschränkterem Tätigkeitsspektrum wohl etwa ab anfangs 2019 Gültigkeit haben, indem zu jenem Zeitpunkt damals keine radikuläre Symptomatik (mehr) wirbelsäulenorthopädisch festgestellt worden sei (IV-Nr. 91 S. 97 ff.). Aus interdisziplinärer Sicht kamen die B.\_\_\_\_-Gutachter zum Schluss, die Anforderungen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seien für die mögliche Belastungsfähigkeit eindeutig zu hoch. Es bestehe, wie schon vorbeurteilt, eine bleibende volle Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte und alle vergleichbaren körperlich schweren bis mittelschweren Tätigkeiten. Diese Beurteilung gelte seit Datum der Arbeitsaufgabe im Dezember 2014, gestützt durch die Beurteilung der EFL vom 15. Dezember 2015, bleibend. Möglich erschienen körperlich sehr leichte, leichte und nur gelegentlich mittelschwere Arbeiten in Wechselbelastung mit folgendem Profil: Hantieren von Gewichten bis zur Taille von 5 – 8 kg, nur vereinzelt bis circa 12 kg, kein wiederholtes Heben von Lasten aus der Tailen- zur Kopfhöhe, keine Überkopfarbeiten, kein wiederholtes Sich-Bücken-Müssen und keine Tätigkeiten in Kauerstellung oder mit Notwendigkeit zum wiederholten Rotieren des Oberkörpers, kein ausschliessliches Stehen und Gehen am Stück länger als 1 – 1 ½ Stunden, keine Tätigkeiten ohne Möglichkeit zum selbständigen Wechseln der Körperposition. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit werde auf maximal 50 % eingeschätzt. In der EFL vom 15. Dezember 2015 sei eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit mit dem damaligen Profil festgehalten worden. In der Zwischenzeit sei einerseits eine gewisse Progredienz der degenerativen Veränderungen anzunehmen, die das Belastungsprofil qualitativ weiter einschränke, diese Verschlechterung sei als schleichend anzunehmen. Eine Progredienz gegenüber 2018 sei insbesondere aus neurologischer Sicht festzustellen mit Befall der Nervenwurzeln (aktuelles MRI) und Nachweis von Veränderungen der Nerven in der Sonographie und im EMG. Ausserdem sei es zu einer leichten Verschlechterung der psychischen Situation gekommen, jedoch keineswegs in einem Ausmass, wie in den vorliegenden Behandlerberichten postuliert worden sei. Da von einem insgesamt schleichenden Prozess auszugehen sei und die in den vorliegenden Berichten attestierten Arbeitsunfähigkeiten teils schwer nachvollziehbar erschienen, gingen die Gutachter von einer Verschlechterung im obigen Ausmass ab Datum der Neuanmeldung aus (IV-Nr. 91 S. 12 f.).

5.2.6 Am 12. Januar 2021 nahm der RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_ Stellung zum polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ (IV-Nr. 94). Er führte aus, das polydisziplinäre Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 31. Dezember 2020 sei umfassend und es seien bisher nicht bekannte Diagnosen gestellt worden. Diese würden ausführlich und nachvollziehbar begründet. Die Vorakten seien zur Kenntnis genommen und abweichende Beurteilungen diskutiert worden. Die Gutachter gingen auf die angegebenen Beschwerden des Beschwerdeführers ein und zeichneten ein umfassendes Bild mit ausführlichen anamnestischen und klinischen Befunderhebungen. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei begründet und nachvollziehbar.

5.2.7 Nachdem der Beschwerdeführer Stellung zum polydisziplinären B.\_\_\_\_-Gutachten genommen hatte (vgl. IV-Nr. 96), äusserte sich der RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_ am 23. Februar 2021 (IV-Nr. 99) in seiner Konsensbeurteilung wie folgt: Der Beschwerdeführer stelle fest, dass sich aus dem polydisziplinären Gutachten eine erheblich eingeschränkte Arbeitsfähigkeit ergebe und eine Invalidenrente auszurichten sei. Entsprechend der polydisziplinären Beurteilung bestehe eine leidensangepasste Arbeitsfähigkeit von 50 %. Diese Einschätzung sei gut begründet

unter Einbezug sämtlicher Befunde und es bestehe kein Grund, davon abzuweichen. Am Gutachten könne somit festgehalten werden. 5.2.8 Im Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht liess der Beschwerdeführer sodann den Bericht von Dr. med.D.\_\_\_\_, Oberarzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. klin. psych. Q.\_\_\_\_, vom 4. April 2022 einreichen (Urkunde-Nr. 26). Diesem Bericht lassen sich die folgenden Befunde entnehmen: 1. Rezidivierende depressive Störung ggw. mittelgradige Episode (ICD-10, F33.1) 2. Chronifiziertes therapieresistentes lumbospondyloenes Schmerzsyndrom m/b · deg. Veränderungen L5/S1 mit Osteochondrose L4/5 und L5/S1 (L.\_\_\_\_ 2. Juli 2018) · Diskushernie L4/5 mit rezessalem Kontakt zu den Nervenwurzeln L5 und S1 bds. · Facettengelenksarthrose L4/5 und L5/S1 (I.\_\_\_\_ 6. Juni 2015) · L5-gliedrige LWS, wobei das ot der oberen LWS gegenüber der unteren LWS nach li. Vershoben ist. Geringe Zwischenwirbelraumverschmälerung Höhe LWK4-SWK1. Höhe LWK4/5. ISG unauffällig. Clip-Material in Projektion auf den re. Oberbauch, DD bei Z.n. Cholezystektomie (11. Februar 2019 Rx LWS [MRI M.\_\_\_\_ 11. Februar 2019]) 3. V.a. Arachnoiditis (L.\_\_\_\_ 2. Juli 2018) 4. St.n. Gallenblasenop. (L.\_\_\_\_ 2. Juli 2018) Weiter lässt sich diesem Bericht entnehmen, der Beschwerdeführer leide seit 2015 an LWS-Beschwerden mit Ausstrahlung ins rechte Bein sowie in den rechten Arm, Nackenschmerzen seit Januar 2019, Schlafstörungen, Lust- und Interesselosigkeit, Motivationslosigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit, Gedankenkreisen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit sowie Traurigkeit. Der Zustand verschlechtere sich zunehmend, allerdings sei der Schlaf leicht besser geworden mit Saroten und imovane, aber unter Inkaufnahme einer Abhängigkeit von letzterem Medikament. Der Beschwerdeführer könne aber nicht mehr als zwei bis drei Stunden durchschlafen. Er spaziere noch eine Stunde täglich. Es fehle aber das Durchhaltevermögen und die Möglichkeit, zielgerichtet zu arbeiten. Er müsse immer wieder liegen. Physiotherapie habe ihm nicht geholfen, Infiltrationen im Spital H.\_\_\_\_ ebenfalls nicht. Die Schmerzen persistierten. Daher könne der Beschwerdeführer nicht lange gehen, stehen und sitzen, er habe dann Schmerzen. Daher liege auch für angepasste Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor. 6. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 24. Januar 2022 (A.S. 1 ff.) in der Hauptsache auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ vom 31. Dezember 2020 (vgl. E. II. 5.2.5 hiervor) stützt, ist im Folgenden dessen Beweiswert zu prüfen. Hierzu kann zunächst festgehalten werden, dass das polydisziplinäre Gutachten von ausgewiesenen Fachärztinnen und Fachärzten auf den Gebieten «Allgemeine Innere Medizin» (IV-Nr. 91 S. 25 ff.), «Neuropsychologie» (IV-Nr. 91 S. 33 ff.), «Neurologie» (IV-Nr. 91 S. 56 ff.), «Psychiatrie» (IV-Nr. 91 S. 68 ff.) und «Rheumatologie» (IV-Nr. 91 S. 83 ff.), in Kenntnis sämtlicher vorhandener Akten (IV-Nr. 91 S. 18 ff.) und nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers, unter Berücksichtigung der von ihm vorgetragenen Beschwerden, erstellt worden ist. Das Gutachten erfüllt somit die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiswertige Expertise (vgl. E. II.

#### **E. 6.4**

6.4.1 Ebenfalls einleuchtend leitet der psychiatrische Teilgutachter seine Beurteilung her (IV-Nr. 91 S. 68 ff.): Der Beschwerdeführer sei das älteste Kind von drei Geschwistern. Seine Schul- und Berufskarriere sei zunächst unauffällig verlaufen. Die anamnestischen Angaben zur Kindheit wiesen auf deutliche Belastungen hin. Der Beschwerdeführer habe sich in eine schizophrene Frau verliebt und sie geheiratet. Er beschreibe es als eine Art gegenseitiges Bündnis der Abhängigkeit und Pflege, was als Hinweis auf seine erhöhte

Vulnerabilität angesehen werden könne. Die deutlich ältere Frau habe zwei Söhne mit in die Ehe gebracht, welche heute eine stützende Funktion innehaben dürften. Er habe nach relativ kurzer Arbeitstätigkeit und in noch relativ jungem Alter chronische Rückenbeschwerden entwickelt, welche (bei gegebenem organischem Kern) bald einmal in ein chronisch wirkendes Krankheitsbild mit den Diagnosen einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0) und einer chronischen Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) übergegangen seien. Im Bericht zur psychiatrischen Behandlung vom 16. Mai 2020 werde als psychiatrische Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) genannt. Dann würden Schmerzzustände ohne psychiatrische Kodierung genannt. Die Arbeitsfähigkeit werde als höchstens zwei Stunden pro Tag, einem Pensum von 25 % entsprechend, eingeschätzt. In der psychopathologischen Schilderung würden die folgenden auffälligen Befunde beschrieben: «...in der emotionalen Kontaktaufnahme abwartend, gehemmt, sachlich, aktiv im Spontanverhalten, Stimmung deutlich depressiv-resigniert, affektiv kontrolliert, im Gesprächsverlauf verbal wortkarg, schildert sein Symptomerleben und -verhalten in Zusammenhang mit den zunehmenden Schmerzen. Kognitiv in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis verlangsamt bzw. deutlich eingeschränkt, deutliche Vergesslichkeit, Denken: formal beweglich inhaltlich problemzentriert». Nach ICD-10 müssten bei einer depressiven Störung zunächst mindestens zwei der drei Grundsymptome, nämlich gedrückte Stimmung, Interesseverlust, Freudlosigkeit und Antriebsminderung sowie erhöhte Ermüdbarkeit vorhanden sein. Beim Beschwerdeführer seien die gedrückte Stimmung sowie der Interessen- und Freudeverlust in leichter Form gegeben. Damit seien die Grundkriterien erfüllt. Von den folgenden weiteren häufigen Symptomen, nämlich verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken oder gar -handlungen, Schlafstörungen sowie verminderter Appetit müssten bei einer leichten Episode zwei der Grundsymptome und zwei, bei einer mittelschweren Episode mindestens drei, besser vier zusätzliche Kriterien erfüllt sein. Für eine schwere Episode müssten alle drei Grundsymptome und mindestens vier der zusätzlichen Symptome erfüllt sein. Beim Beschwerdeführer seien die negativen und pessimistischen Zukunftsperspektiven, die Schlafstörungen und die Appetitverminderung in leichter Form vorhanden. Die Kriterien für eine leichte depressive Episode seien damit erfüllt. Zur Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren gehöre ein Schmerzsyndrom, das durch einen somatischen Krankheitsfaktor ausgelöst worden sei und in der Regel auch aufrechterhalten werde (das sei hier der Fall). Zusätzlich lägen jedoch auch psychologische Faktoren vor, die für das Krankheitsverständnis und / oder die Behandlung von Relevanz seien. Als Faktoren gälten Stress und Belastungssituationen, gegebenenfalls in Verbindung mit ungünstigen psychischen Verarbeitungsprozessen, die das Schmerzerleben beeinflussten; auf Verhaltensebene, auf der Grundlage einer schmerzbezogenen Angst in der Regel ohne den Kriterien einer Angststörung zu entsprechen, eine zunehmende Passivität, Schon- und Fehlhaltung und eine daraus resultierende körperliche Dekonditionierung. Im Weiteren gebe es maladaptive Kognitionen in Form von gedanklicher Einengung auf das Schmerzerleben, Katastrophisieren von Körperempfindungen und Krankheitsfolgen, Grübeln oder schmerzassoziierte Inhalte und rigide Attribution auf organische Faktoren. Weiter gehöre eine ausgeprägte emotionale Belastung dazu, zum Beispiel Verzweiflung oder Demoralisierung, und schliesslich familiäre, soziale und existenzielle Konsequenzen, zum Beispiel Rollenveränderungen in

der Familie, reduzierter Kontakt im Freundeskreis, sozialer Rückzug und zunehmende Probleme im Beruf, Krankschreibung, Kündigung oder vorzeitige Berentung. Für die Diagnosestellung müssten vier Kriterien erfüllt sein (Rief und Hiller 1999, Nilges und Rief 2010). Beim Beschwerdeführer seien eine ausgeprägte Passivität und eine Schon- und Fehlhaltung mit daraus resultierender körperlicher Dekonditionierung eindeutig vorhanden. Auch die gedankliche Einengung auf das Schmerzerleben, das Katastrophisieren von Körperempfindungen und Krankheitsfolgen sowie das Nachgrübeln seien feststellbar. Eine mögliche Verzweiflung und Demoralisierung sei jedoch wenig wahrnehmbar. Die familiären Konsequenzen bestünden am ehesten in einem gewissen Statusverlust gegenüber den Stiefsöhnen und einer Nivellierung der Beziehung zur psychisch kranken Ehefrau. Der soziale Rückzug sei ebenfalls vorhanden. Die Mindestkriterien für die Störung seien damit vorhanden. Das Kernsymptom, nämlich das Schmerzempfinden selbst, sei aufgrund in den Verhaltensbeschreibungen dargestellten Beobachtungen wohl nur leicht ausgeprägt, was die funktionelle Bedeutung dieser Störung stark einschränke. Es gebe damit die oben genannten zwei Diagnosen, beide in leichter Ausprägung. In Abweichung gegenüber dem Behandlungsbericht werde die Arbeitsfähigkeit hier psychiatrisch nur als leicht eingeschränkt angesehen. Die Einschränkung von 20 % resultiere am ehesten aus der herabgesetzten Durchhaltefähigkeit und der verminderten Sozialkompetenz, wie auch aus den meist nur diskret ausgeprägten Einschränkungen im Mini-ICF hervorgehe. Gestützt werde diese Einschätzung durch die Ergebnisse der aktuellen neuropsychologischen Testung, die eine deutliche Überzeichnung der beklagten kognitiven Beeinträchtigungen bei zahlreichen Hinweisen auf Inkonsistenzen bezüglich des gezeigten neuropsychologischen Leistungsprofils ergeben hätten. Sie interpretierten dies nicht als bewusste Vortäuschung von Defiziten, sondern als Ausdruck des subjektiven Erlebens der Perspektivlosigkeit bei somatisch klar nicht mehr gegebener Arbeitsfähigkeit für die bisher ausgeübten Hilfstätigkeiten und entsprechend wenig erkennbaren Perspektiven für den Arbeitsmarkt. Insgesamt schätzten sie den Schweregrad der psychiatrisch zu stellenden Diagnosen nicht als derart schwer ein, dass – wie in den Behandlerberichten – eine hochgradige Arbeitsunfähigkeit damit plausibel begründet werden könnte. Zu beachten sei, dass im psychiatrischen Behandlungsbericht sowohl somatische wie auch psychiatrische Diagnosen aufgeführt würden und die dortige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 25 % deshalb auf einer fachübergreifenden Gesamteinschätzung beruhen könnte. Aus psychiatrischer Sicht schätzten sie die Arbeits- und Leistungsfähigkeit demnach aktuell auf 80 %. Diese Einschränkung sei nicht additiv zu den somatischen Einschränkungen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe grundsätzlich kein Grund, zwischen der bisherigen oder anderweitigen Tätigkeiten zu unterscheiden, bei gegebener Schmerzstörung sei es aber sicher notwendig, eine den somatischen Beschwerden angepasste Tätigkeit auszuüben (IV-Nr. 91 S. 76 ff.).

6.4.2 Des Weiteren ist zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag. Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf

Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraaster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 6.4.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass der Beschwerdeführer aufgrund der bestehenden chronischen Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren sowie aufgrund der depressiven Episode leichtgradig eingeschränkt ist. Hinsichtlich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» geht aus dem Gutachten hervor, dass der Plasmaspiegel von Amitriptylin negativ sei, was mit der Angabe des Beschwerdeführers übereinstimme, dieses Medikament nur gelegentlich einzunehmen (IV-Nr. 91 S. 75). Eine erfolgreiche Psychotherapie werde durch den Unwillen, das eigene Leben zu reflektieren, verunmöglicht, ebenso die medikamentöse Behandlung durch fixierte negative Erwartungen erschwert. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer seit März keine Behandlung mehr gehabt habe und einfach passiv darauf warte, dass ihm ein neuer Termin angeboten werde, bestätige diese Feststellung. Im internistischen Gutachten mache er auch die Aussage, dass diese Therapiepause keinen grossen Einfluss auf die Befindlichkeit gehabt habe, sodass an den Ressourcen resp. der Motivation bezüglich therapeutischer Massnahmen gewisse Zweifel bestünden oder andere (mehr aktivierende) Massnahmen gefunden werden müssten (IV-Nr. 91 S. 79). Sodann führte der psychiatrische Gutachter aus, der aktuelle Zustand sei in unbehandelter Situation. Die wichtigste Massnahme wäre eine vermehrte Aktivierung resp. berufliche Eingliederung zur Überwindung der subjektiven Krankheitsüberzeugung und der dysfunktionalen Schonungstendenz (IV-Nr. 91 S. 81). Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen kann somit nicht gesagt werden, der Beschwerdeführer habe die Therapie- und Eingliederungsoptionen bereits erfolglos ausgeschöpft. Demnach kann weder von einer Behandlungs- noch von einer Eingliederungsresistenz ausgegangen werden. Mit Blick auf den Indikator der «Komorbidität» ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143

V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Im Gutachten wird eine ressourcenhemmende Wirkung der verschiedenen Diagnosen beschrieben und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Im vorliegenden Fall werden beim Beschwerdeführer unter anderem auch degenerative Veränderungen im Rücken sowie eine Polyneuropathie festgestellt. Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich diese somatischen Gesundheitsprobleme, aufgrund deren der Beschwerdeführer u.a. für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr einsetzbar ist, im Rahmen der psychiatrischen Diagnosen ressourcenhemmend auswirken. Zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» zählt u.a. der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen). Hierzu kann gesagt werden, dass im vorliegenden Fall keine besonderen Persönlichkeitsmerkmale zu erheben sind, die sich vorliegend auswirken würden. Eine Persönlichkeitsstörung wird nicht diagnostiziert und der Werdegang des Beschwerdeführers weist auch keine Auffälligkeiten auf. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass sich die familiären Verhältnisse des Beschwerdeführers «normal» präsentieren. Er lebt mit seiner Ehefrau und seinem 22-jährigen Stiefsohn. Soziale Kontakte ausserhalb der Familie pflegt der Beschwerdeführer indessen kaum mehr. Mit der Herkunftsfamilie in der [...] unterhalte er Videokontakte, etwa drei Mal pro Monat. Er schaue fern, auch koche er gelegentlich. Er erledige gemeinsam mit seiner Ehefrau die kleineren Putzarbeiten und die Wäsche. An gewissen Tagen, wenn es ihm besser gehe, mache er mit der Frau zusammen einen etwa einstündigen Spaziergang. Trotz eines gewissen sozialen Rückzugs enthält der soziale Lebenskontext sich potentiell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Im Rahmen der Konsistenzprüfung ist festzustellen, dass das vom Beschwerdeführer geschilderte Tagesaktivitätsniveau zwar tief ist, doch ist er nach wie vor in der Lage, das Nötigste im Haushalt mitzuhelfen, an gewissen Tagen, wenn es ihm besser gehe, mit der Ehefrau Spaziergänge zu machen. Damit ist festzustellen, dass das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers, welcher sich subjektiv gänzlich ausser Stande sieht, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, nicht in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt ist. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden. Der Beschwerdeführer nehme keine Therapie in Anspruch und er verweigere Medikamente. 6.4.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich somit,

dass das psychiatrische Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gibt, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind. Schlüssig ist auch die aus den psychischen Beeinträchtigungen abgeleitete Arbeitsfähigkeit von 80 % sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. II. 6.4.1 hiervor). 6.5 In der rheumatologischen Untersuchung (IV-Nr. 91 S. 83 ff.) wird erläutert, insgesamt finde sich beim Beschwerdeführer muskuloskelettär ein im Altersvergleich bildgebend eher stark ausgeprägtes degeneratives Wirbelsäulenleiden mit radiomorphologisch deutlichster Degeneration der beiden untersten Bandscheibenfächer mit Bandscheibenprotrusionen und – unter Berücksichtigung des radiologischen Aspektes und auch der in den Akten dokumentierten Wurzelreiz- und sensiblen früheren Ausfallsstörung – mit wohl doch intermittierend möglicher tieflumbaler Wurzelreizsymptomatik. Aktuell liessen sich allerdings keine entsprechenden klinischen Zeichen identifizieren. Eine gemäss Akten früher eher im Vordergrund stehende Nackenschmerzsymptomatik sei derzeit eher im Hintergrund; es fänden sich zwar muskuläre Verspannungen und eine wie schon früher beschrieben wohl dekonditionierungsbedingte atone ungünstige Rumpfhaltung des oberen Achsenskeletts mit Weichteildolenzen tiefzervikal, aber radiomorphologisch keine bedeutenden degenerativen HWS-Veränderungen. Das Gesamtbild rechtfertige sicherlich wie bereits schon früher 2015 angenommen (Taggeldversicherungsmedizinische Beurteilung G.\_\_\_\_ 2015) die Attestierung einer verminderten muskuloskelettalen Leistungsfähigkeit, erkläre aber insgesamt die jetzt über Jahre anhaltende de facto-Erwerbslosigkeit rein muskuloskelettär nicht. Die Leidensentwicklung dürfte von bedeutenden nicht-muskuloskelettären Faktoren mitbeeinflusst sein. Unter anderem hätten sich bereits in der EFL 2015 deutliche Hinweise auf die Entwicklung einer Invalidisierungsüberzeugung mit entsprechender Selbstlimitierung und ausgesprochen niedriger Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit finden lassen. Die zuletzt noch Ende 2014 ausgeübte Tätigkeit in der Baureinigung sei aber, wie allseits fachärztlich schon anerkannt, auch bereits 2015 als nicht mehr möglich eingestuft worden. Der Stellenwert der im Schreiben des Anästhesisten Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2020 nachträglich diagnostisch etikettierten «fortgeschrittenen Schmerzzentralisation» sei versicherungsmedizinisch noch offen. Der neueren Literatur folgend sei auch im kommenden ICD-11-Diagnose-Strukturkonstrukt ein isoliertes «Schmerzempfinden» codierbar, dessen Stellenwert aber in seiner funktionellen Wertigkeit nicht festgelegt. Entsprechend könne aus der diagnostischen Etikettierung von Dr. med. N.\_\_\_\_, die im Gegensatz zur ICD-Codierung einen ursächlichen spezifischen Mechanismus des Schmerzes beim Beschwerdeführer postuliere, nicht à priori eine grundsätzliche globale Einschränkung abgeleitet werden. Im Gesamtbild könne allenfalls eine leichtgradige Verschlechterung des Gesundheitszustandes über die Jahre seit 2015 angenommen werden aufgrund einer wahrscheinlichen Progredienz der degenerativen Segmentveränderungen mit derzeit darstellbarer massiver Reduktion des Rest-Bandscheibenraumes im Vergleich zur MRI-Aufnahme 2018. Die funktionellen Auswirkungen dieser muskuloskelettären Verschlechterung fänden ein Korrelat in der aktuell etwas anderen Beurteilung bezüglich noch möglicher Gewichtslimiten und allenfalls auch bezüglich des Pausenbedarfs; von einer grundsätzlichen Änderung der Einschätzung der noch möglichen Leistungsfähigkeit gegenüber den Einschätzungen 2015 sei aber aus jetziger Perspektive kaum auszugehen. Die Auffälligkeiten in der aktuellen gutachterlichen Dolmetscher-gestützten Anamneseerhebung seien nicht ohne Weiteres interpretierbar. Es habe eine sehr zähe Datenerhebung mit einem Beschwerdeführer imponiert, der sich zumindest initial

eindrucksweise doch der Dolmetscher-gestützten Befragung tendenziell eher verweigert habe, mit Besserung erst nach längerem Befragen. Der in der EFL 2015 zum Ausdruck kommende Eindruck einer Selbstlimitierung und Invalidisierungsüberzeugung habe zum jetzigen Zeitpunkt keine ausgeprägten Korrelate, kein nonverbaler Schmerzausdruck, weitgehend unauffällige Motilität mit Ausnahme von plausibel erscheinenden lumbalen Schmerzsignalen beispielsweise beim Sitzen am Liegeseitrand oder bei der lumbalen Schmerzsignalisation im Rahmen der passiven Hüftgelenksbeweglichkeitsprüfung in Rückenlage gefunden. Daraus resultierend kommt der rheumatologische Gutachter zum überzeugenden Schluss, die Ausprägung der Befunde sowohl klinisch (schmerzhaft allseitig eingeschränkte LWS-Beweglichkeit) wie bildgebungsmässig (schwere Osteochondrosen L4/5 und L5/S1) mache eine deutliche Einschränkung der muskuloskelettären Leistungsfähigkeit am Achsenskelett nachvollziehbar. Entsprechend seien achsenskelettär und generell muskuloskelettär belastende Tätigkeiten kaum mehr möglich. Für gut angepasste Verweistätigkeiten (körperlich sehr leichte, leichte und nur gelegentlich mittelschwere Arbeiten, Hantieren von Gewichten bis zur Taille von 5 – 8 kg, nur vereinzelt bis circa 12 kg, kein wiederholtes Heben von Lasten aus der Taillen- zur Kopfhöhe, keine Überkopfarbeiten, kein wiederholtes Sich-Bücken-Müssen und keine Tätigkeiten in Kauerstellung oder mit Notwendigkeit zum wiederholten Rotieren des Oberkörpers, kein ausschliessliches Stehen und Gehen am Stück länger als 1 – 1 ½ Stunden, keine Tätigkeiten ohne Möglichkeit zum selbständigen Wechseln der Körperposition) sollte jedoch keine höhergradige Arbeitsfähigkeitseinschränkung nötig sein, dies in Übereinstimmung mit früheren Beurteilungen und auch jetzt plausibel aufgrund des zu beobachtenden Motilitätsbildes und auch der Resultate der fokalen Untersuchung aktuell – dies wohl unabhängig von der in den Akten anästhesiologisch postulierten zentralen Schmerzsensibilisierung. Das Ausmass der anamnestisch rapportierten geringen Aktivität und Partizipation im Alltag könne mit den erhobenen Befunden muskuloskelettär nicht erklärt werden (IV-Nr. 91 S. 95 ff.).

6.6 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre B.\_\_\_\_-Gutachten vom 31. Dezember 2020 grundsätzlich als beweiskräftig zu erachten. Zu prüfen bleibt, ob die vom Beschwerdeführer dagegen vorgebrachten Einwendungen etwas an dieser Einschätzung zu ändern vermögen:

6.6.1 Der Beschwerdeführer rügt in der Hauptsache, dass die Beschwerdegegnerin den rechtsrelevanten Sachverhalt noch nicht umfassend festgestellt bzw. nicht vollständig abgeklärt habe. Zwecks zuverlässiger Feststellung der trotz gesundheitlicher Einschränkungen verbleibenden Leistungsfähigkeit hätte die Beschwerdegegnern eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit ( EFL ) in Auftrag geben müssen. Hierzu ist festzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss bei zuverlässiger ärztlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der Regel keine Notwendigkeit besteht, die Rechtsfrage der Erwerbsunfähigkeit durch eine EFL zu überprüfen. Ausnahmsweise kann eine solche erforderlich sein, wenn mehrere involvierte Ärzte eine solche angesichts eines multiplen und schwierig einzuschätzenden Krankheitsbildes ausdrücklich befürworten. Solche Umstände macht der Beschwerdeführer nicht geltend und sind nicht ersichtlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_312/2018 vom 21. September 2018 E. 5.1 mit Hinweisen).

6.6.2 Weiter vermag die abweichende subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers, wonach die Arbeitsfähigkeit maximal 30 – 40 % betrage, an der Beurteilung der B.\_\_\_\_-Gutachter nichts zu ändern. Für die Frage, ob es der versicherten Person zuzumuten ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen, ist insofern eine objektivierte Betrachtungsweise massgeblich, als es nicht auf ihr subjektives Empfinden

ankommen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_303/2016 vom 18. Juli 2016 E. 6.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.1 S. 295). 6.6.3 Soweit in der Beschwerde vorgebracht wird, es sei vorliegend nicht nur von einer leichten, sondern mindestens von einer mittelschweren depressiven Episode auszugehen (vgl. Beschwerde S. 17 f.; A.S. 24 f.), so ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt. So kommt Expertinnen und Experten bereits bei der Wahl der Methode zur Erstellung des Gutachtens immer ein gewisses Ermessen zu. Entscheidend ist grundsätzlich nicht die Anwendung einer bestimmten Methode, sondern massgebend ist vielmehr, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist. Die psychiatrische Exploration eröffnet dem begutachtenden Psychiater sodann praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_202/2021 vom 17. Dezember 2021 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Davon ist vorliegend auszugehen, zumal konkrete Anhaltspunkte dafür, dass die Begutachtung nicht lege artis erstellt wurde, fehlen. 6.6.4 Weiter rügt der Beschwerdeführer, es sei darauf hinzuweisen, dass für die neuropsychologische Untersuchung ein Dolmetscher beigezogen worden sei und dadurch kein direkter Austausch zwischen dem Gutachter und ihm stattgefunden habe. Es stelle sich die Frage, wie gut der Dolmetscher die Tests dem Beschwerdeführer habe erklären können (Beschwerde S. 21; A.S. 28). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung erscheint es medizinisch und sachlich geboten, dass der Gutachter eine Übersetzungshilfe beizieht, sofern er der Sprache des Exploranden nicht mächtig ist und eine gute Exploration auf beiden Seiten vertiefte Sprachkenntnisse voraussetzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_362/2020 vom 21. Oktober 2020 E. 3.3.1 mit Hinweisen). Konkrete Hinweise, dass sich der Beizug eines Dolmetschers vorliegend negativ auf die Exploration ausgewirkt hätte, sind keine ersichtlich, weshalb der Einwand betreffend Sprache die Verwertbarkeit der neuropsychologischen Beurteilung nicht in Frage zu stellen vermag. 6.6.5 An der beweiswertigen Beurteilung der B.\_\_\_\_-Gutachter vermag auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ und Dr. phil. klin. psych. Q.\_\_\_\_ vom 4. April 2022 (Urkunde-Nr. 26; E. II. 5.2.8 hiervor) nichts zu ändern. Im vorliegenden Verfahren sind die Verhältnisse bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2022 massgebend (vgl. E. II. 1.2 hiervor). Die Entwicklung der Verhältnisse nach Erlass der angefochtenen Verfügung ist ausnahmsweise in die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung einzubeziehen, wenn sich daraus Rückschlüsse auf den Sachverhalt bis zum Zeitpunkt des Verwaltungsaktes ziehen lassen (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_3872016 vom 24. Oktober 2016 E. 3.4.2 mit Hinweisen). Inwiefern dieser nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2022 ergangene Bericht Rückschlüsse auf die Verhältnisse im relevanten Zeitraum zulassen sollte, ist nicht ersichtlich. Die Berichterstattung von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 4. April 2022 entspricht sodann im Wesentlichen denjenigen des E.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2019 (vgl. IV-Nr. 68 S. 11 ff.), 14. Juni 2019 (vgl. IV-Nr. 68 S. 4 ff.), 24. Juni 2019 (vgl. E. II. 5.2.1 hiervor; IV-Nr. 52) und 16. Mai 2020 (vgl. E. II. 5.2.3 hiervor; IV-Nr. 73 S. 6 ff.), welche den Gutachtern im Zeitpunkt der Untersuchung vorlagen (vgl. IV-Nr. 91 S. 18 ff.). Es sind demnach keine Hinweise ersichtlich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischen dem polydisziplinären Gutachten vom 31. Dezember 2020 und dem Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2022 in relevanter Weise verändert haben

könnte. 6.7 Zusammenfassend wird der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ weder durch den zeitlich danach verfassten medizinischen Bericht noch durch die Vorbringen des Beschwerdeführers in Zweifel gezogen. Damit erweist sich das B.\_\_\_\_-Gutachten vom 31. Dezember 2020 als voll beweiswertig. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2022 (A.S. 1 ff.) auf das polydisziplinäre Gutachten abgestellt hat. So hielt auch bereits der RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2021 (vgl. E. II. 5.2.6 hiervor) fest, die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation seien einleuchtend und die Schlussfolgerungen der Experten seien begründet. Es kann somit auf die im polydisziplinären Gutachten vom 31. Dezember 2020 ausgewiesene Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden (vgl. E. II. 5.2.5 hiervor): Somit besteht seit Dezember 2014, gestützt durch die Beurteilung der EFL vom 15. Dezember 2015, in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und seit Juli 2019 (Datum der Neuanmeldung) in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Gestützt darauf steht fest, dass seit dem letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 10. Oktober 2016 (IV-Nr. 44) eine rechtsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, indem in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vorliegt. Für die Vornahme weiterer Abklärungen besteht kein Anlass, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. dazu BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. mit Hinweisen) verzichtet werden kann. 7. Nachfolgend ist der in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Einkommensvergleich zu prüfen. Ein Rentenbezug könnte aufgrund der im Juli 2019 erfolgten Anmeldung frühestens ab 1. Januar 2020 erfolgen (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Demnach ist ein Einkommensvergleich für die Zeit ab dem 1. Januar 2020 vorzunehmen. Da somit ein allfälliger Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 entstehen würde, ist der Einkommensvergleich nach den Bestimmungen des IVG und denjenigen der IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung vorzunehmen. 7.1 7.1.1 Für die Ermittlung des Einkommens, welches die versicherte Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen) ist entscheidend, was sie im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, weil es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322, E. 4.1, S. 325 f. und BGE 129 V 222, E. 4.3.1, S. 224, je mit Hinweisen). 7.1.2 Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (sogenannte Parallelisierung der Vergleichseinkommen; BGE 125 V 146 E. 5c/bb; Urteil I 696/01 vom 4. April 2002 E. 4). Bei der Prüfung der Unterdurchschnittlichkeit des Valideneinkommens ist zum Vergleich in erster Linie das branchenübliche statistische Einkommen gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturhebung (LSE) heranzuziehen. Eine Parallelisierung erfolgt nur insoweit, als ein Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % überschritten wird (Urteil des Bundesgerichts

8C\_677/2021, 8C\_687/2021 vom 31. Januar 2022 E. 4.2.2 mit Hinweisen). Der Validenlohn kann im Übrigen dann nicht als unterdurchschnittlich qualifiziert werden, wenn er den Mindestverdienstvorgaben eines vom Bundesrat für allgemein verbindlich erklärten Gesamtarbeitsvertrages (GAV) im entsprechenden Berufszweig entspricht, werden dort doch die branchenüblichen Einkommen präziser abgebildet als in der LSE. Eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen fällt in einem solchen Fall daher praxismässig ausser Betracht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_461/2021 vom 3. März 2022 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

7.1.3 Vorliegend hat der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Spezialreiniger bei der Firma S.\_\_\_\_ unbestrittenermassen aus gesundheitlichen Gründen verloren (vgl. IV-Nr. 24), weshalb mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass er diese Arbeit im Gesundheitsfall weiterhin ausgeübt hätte. Daher wäre grundsätzlich für die Bestimmung des Valideneinkommens das bei der Firma S.\_\_\_\_ erzielte Erwerbseinkommen von jährlich CHF 50'906.90 heranzuziehen (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 17. Juni 2015, IV-Nr. 24) und dieses unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im Jahr 2020 (: 103.2 [2015] x 105.1 [2020]) auf insgesamt CHF 51'844.15 festzulegen. Was die Frage der Parallelisierung anbelangt, so lässt sich den vorliegenden Akten entnehmen, dass die Firma S.\_\_\_\_ dem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) für die Reinigungsbranche in der Deutschschweiz unterstellt ist (vgl. IV-Nr. 55 S. 5 ff.) und der Beschwerdeführer als Spezialreiniger in der Kategorie I (Spezialreiniger bis und mit vollendetem 4. Dienstjahr) angestellt war (IV-Nr. 55. S. 5 ff.). Gemäss Anhang 2 zum ab 1. Januar 2011 gültigen GAV betrug der Mindeststundenlohn für einen Spezialreiniger in der Kategorie I ab dem Jahr 2015 CHF 20.40. Das gestützt auf die Angaben der Arbeitgeberin für das Jahr 2015 auf einen Stundenlohn (Grundlohn) von CHF 22.50 festgesetzte Valideneinkommen würde demnach über den Mindestvorgaben des GAV im entsprechenden Berufszweig liegen, weshalb es nach höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht als unterdurchschnittlich – im für eine Parallelisierung nach der bis Ende 2021 gültig gewesenen Rechtsprechung vorausgesetzten Sinn – bezeichnet werden kann, selbst wenn es erheblich unter dem LSE-Lohnniveau liegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_88/2020 vom 14. April 2020 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

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). 7.2.2 Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 50 % 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. 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 2020 hochzurechnen und an den Nominallohnindex für das Jahr 2020 anzupassen (CHF 5'417.00 x 12 = CHF 65'004.00 / 40 x 41.7 : 105.1 [2018] x 106,8 [2020]). Damit ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 50 % ein Invalideneinkommen von CHF 34'431.40 (50 % von CHF 68'862.80). Der Beschwerdeführer macht diesbezüglich unter anderem sinngemäss geltend, es könne nicht generell auf das Kompetenzniveau 1 abgestellt werden, welches viele, dem Beschwerdeführer nicht zumutbare Tätigkeiten beinhalte. Dem ist entgegenzuhalten, dass dem Beschwerdeführer

auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt gemäss dem Zumutbarkeitsprofil eine grosse Bandbreite unterschiedlichster Tätigkeiten offenstehen, so dass es sich rechtfertigt, auf den LSE-Totalwert abzustellen, zumal unter Berücksichtigung der Einschränkungen des Beschwerdeführers noch von einem genügenden Spektrum zumutbarer Verweistätigkeiten auszugehen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2). Nach der Rechtsprechung ist der ausgeglichene Arbeitsmarkt, welcher der Ermittlung des Invalideneinkommens zu Grunde zu legen ist, gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch keine übermässigen Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_304/2018 vom 5. November 2018 E. 5.1.1 mit Hinweisen). Der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 (der sich auf alle Sektoren bezieht) enthält sodann ein relativ weites Feld von körperlich nicht anstrengenden Tätigkeiten, wie sie hier in Frage kommen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_641/2015 vom 12. Januar 2016 E. 3.3), wie zum Beispiel einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrollaufgaben, Sortierarbeiten oder leichte Verpackungsarbeiten. Bei versicherten Personen, die nach Eintritt eines Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist vom Totalwert im niedrigsten (und am schlechtesten bezahlten) Anforderungsniveau (im Jahr 2018 Kompetenzniveau 1) auszugehen. Davon abzuweichen besteht z.B. Anlass, wenn der Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit enge Grenzen gesetzt sind, etwa wenn alle produktionsnahen Tätigkeiten ausser Betracht fallen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_325/2018 vom 29. Juni 2018 E. 3.2.2 und 9C\_633/2013 vom 23. Oktober 2013 E. 4.2). Im Fall des Beschwerdeführers kann nicht gesagt werden, die ihm unter Berücksichtigung der vorerwähnten Einschränkungen (körperlich sehr leichte, leichte und nur gelegentlich mittelschwere Arbeiten in Wechselbelastung, Hantieren von Gewichten bis zur Taille von 5 – 8 kg, nur vereinzelt bis circa 12 kg, kein wiederholtes Heben von Lasten aus der Taillen- zur Kopfhöhe, keine Überkopfarbeiten, kein wiederholtes Sich-Bücken-Müssen und keine Tätigkeiten in Kauerstellung oder mit Notwendigkeit zum wiederholten Rotieren des Oberkörpers, kein ausschliessliches Stehen und Gehen am Stück länger als 1 – 1 ½ Stunden, keine Tätigkeiten ohne Möglichkeit zum selbständigen Wechseln der Körperposition; vgl. E. II. 5.2.5 hiervor) noch zuzumutenden Tätigkeiten seien nur noch in so eingeschränkter Form möglich, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt. Die bestehenden somatischen Einschränkungen hindern den Beschwerdeführer nicht in der Weise, dass das Finden einer entsprechenden Stelle von vornherein als ausgeschlossen angesehen werden müsste. 7.2.3 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 überhaupt keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich aus den genannten Gründen ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht demnach mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, die sich im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken, besteht kein Raum. Dagegen ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem Pensum von 50 % teilzeitig tätig sein kann. Gemäss der Tabelle des Bundesamtes für Statistik T18 (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) verdienten Männer ohne Kaderfunktion im Jahr 2018 in einem Pensum von 50 – 74 % durchschnittlich CHF 5'897.00 und damit weniger als Männer in einem Vollpensum (CHF 6'138.00), womit sich diesbezüglich ein Abzug rechtfertigt. Sodann geht aus dem vorstehend aufgeführten gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil (s. E. II. 5.2.5 hiervor) hervor, dass die Einschränkungen nicht unerheblich sind, so dass es sich rechtfertigt, insgesamt einen Abzug von 10 % vorzunehmen. 7.3 Demnach ergibt das Valideneinkommen von CHF 51'844.15 und das Invalideneinkommen von CHF 30'988.25 (CHF 34'431.40 abzüglich 10 %) einen Invaliditätsgrad von (gerundet) 40 %, womit der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Viertelsrente hat. Dieser Anspruch bleibt über den 1. Januar 2022 hinaus unverändert bestehen (vgl. WG, Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV], lit. b. Abs. 1). Selbst bei Parallelisierung des Valideneinkommens würde vorliegend kein höherer Rentenanspruch entstehen. In diesem Fall wäre der Tabellenlohn gemäss LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Ziff. 77, 79 – 82 «sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen (ohne 78)» heranzuziehen und dabei auf das Kompetenzniveau 1 («einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»), Männer, von CHF 4'579.00 abzustellen. Aufgerechnet auf die betriebsüblichen Wochenstunden von 42 Stunden im Jahr 2020 und angepasst an die Nominallohnentwicklung im Jahr 2020, entspricht dies einem Jahreslohn von CHF 58'305.65 ( $\text{CHF } 4'579.00 \times 12 \text{ [: } 40 \times 42] : 104.0 \text{ [2018]} \times 105.1 \text{ [2020]}$ ), T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 – 2018, «sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen»). Folglich betrüge die Differenz zwischen dem tatsächlich erzielten Verdienst des Beschwerdeführers und dem LSE-Tabellenlohn ( $\text{CHF } 58'305.65 - \text{CHF } 51'844.15$ ) total CHF 6'461.50, was 11 % ( $[(\text{CHF } 58'305.65 - \text{CHF } 51'844.15) \times 100 / \text{CHF } 58'305.65]$ ) entspräche. Somit wäre das Einkommen von CHF 51'844.15 um 6 % zu erhöhen (vgl. E. II. 7.1.2 hiervor), woraus ein Valideneinkommen von CHF 54'954.80 resultieren würde. Damit würde sich bei einem Valideneinkommen von CHF 54'954.80 und einem Invalideneinkommen von CHF 30'988.25 eine Erwerbseinbusse von CHF 23'966.55 ergeben, die einem IV-Grad von (gerundet) 44 % entsprechen und ebenfalls zum Bezug einer Viertelsrente berechtigen würde (vgl. E. II. 2.2 hiervor). 8. Umstritten ist schliesslich auch der Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Die Beschwerdegegnerin verneinte einen solchen im

Wesentlichen wegen fehlenden Erfolgsaussichten aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung (A.S. 1 ff.).

8.1 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Die Voraussetzungen der Notwendigkeit und Geeignetheit sind Ausdruck des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit. Die Notwendigkeit zielt auf die Zweckmässigkeit einer Massnahme ab, wobei es unter anderem die noch zu erwartende Dauer der Berufsausübung zu berücksichtigen gilt. Die Eignung setzt demgegenüber eine – zumindest teilweise – objektive Eingliederungsfähigkeit sowie eine subjektive Eingliederungsbereitschaft voraus (Orell Füssli Kommentar AHVG/IVG, Hans-Jakob Mosimann, IVG, Art. 8, N 6 ff.; Silvia Bucher, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, Bern 2011, S. 74 f. mit Verweis auf Urteil des Bundesgerichts 9C\_609/2009 E. 9.2). Fehlt der Eingliederungswille bzw. die subjektive Eingliederungsfähigkeit, so kann auf die Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens sowie auf die Prüfung der weiteren Voraussetzungen verzichtet werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 7). Die subjektive Eingliederungsfähigkeit ist nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu ermitteln. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Expertinnen und Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung und Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor kantonalem Versicherungsgericht gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 9C\_231/2015 vom 7. September 2015 E. 4.3 mit weiteren Hinweisen).

8.2 Gestützt auf die Aktenlage ist beim Beschwerdeführer von einer tendenziell ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung auszugehen. Er hat wiederholt erklärt, dass er sich als nicht arbeitsfähig erachte. Er äusserte sich während den gutachterlichen Untersuchungen nicht nur einmal, sondern immer wieder dahingehend, keine beruflichen Tätigkeiten mehr ausüben zu können. Dem internistischen Teilgutachten der B.\_\_\_\_-Gutachterstelle lässt sich zu den Zukunftsvorstellungen des Beschwerdeführers Folgendes entnehmen: «Wenn er sich seine Situation betrachte, dass er nicht 30 Minuten sitzen, stehen oder gehen könne, dass er auch diese Verhärtungen habe im Rücken und im Becken, wo das untere Körpergefühl dann wie eingeschlafen sei, könne er sich nicht vorstellen irgendetwas arbeiten zu können» (IV-Nr. 91 S. 29). Ferner lässt sich dem neuropsychologischen Teilgutachten entnehmen, dass der Beschwerdeführer zuletzt vor fünf Jahren gearbeitet und die letzten fünf Jahre jeder Stelle mitgeteilt habe, dass er nicht mehr arbeiten könne (IV-Nr. 91 S. 38). Auch anlässlich der psychiatrischen Begutachtung habe der Beschwerdeführer festgehalten, dass er mit seinen Beschwerden nicht arbeiten könne und kaum Hoffnung habe, dass sein Zustand sich bessern könnte (IV-Nr. 91 S. 72). Dem rheumatologischen Teilgutachten der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ lässt sich sodann entnehmen, dass gemäss Anamnese weiterhin eine feste Invalidisierungsüberzeugung vorhanden zu sein scheine mit auch wohl Resignation und Verzweiflung («er könne sich keine Zukunft denken»). Die Rücken- / Beinschmerzen seien morgens für eine Arbeit hindernd (IV-Nr. 91 S. 86, 97). Angesichts dieser subjektiven Krankheitsüberzeugung ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer bis zum Erlass der Verfügung vom 24. Januar 2022 an der Motivation fehlte, sich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Es ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf

berufliche Eingliederungsmassnahmen wegen fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit verneint hat. 9. Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 24. Januar 2022 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer ab 1. Januar 2020 eine Viertelsrente auszurichten. Hingegen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit die Gewährung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen beantragt wird (vgl. E. II. 8. hiervor).

## **E. 10**

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer nur teilweise obsiegt hat, führt nicht zu einer Kürzung der Entschädigung, da das erfolglose Rechtsbegehren (s. E. II. 9. hiervor) der Vertreterin keinen grösseren Mehraufwand verursacht hat. Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11). Die von der Vertreterin des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote vom 25. April 2022 (A.S. 51 f.) weist insgesamt einen Zeitaufwand von 6 Stunden und 39 Minuten (6.65 Stunden) sowie Auslagen von total CHF 236.30 aus. Dies erscheint mit Blick auf die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses als angemessen. Mit dem geltend gemachten Ansatz von CHF 250.00 sowie den Auslagen (CHF 236.30) und der Mehrwertsteuer von 7.7 % resultiert eine Parteientschädigung von CHF 2'045.00, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. 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. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

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