

# SO\_GERICHTE VSBES.2023.177 vom 25. September 2024

SO Obergericht, 2024-09-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.177\\_d20240925](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.177_d20240925)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.177 du 25 septembre 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.177 del 25 settembre 2024

## Regeste

Invalidenrente

## Erwägungen

### E. 1

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28.06.2023 sei vollumfänglich aufzuheben.

### E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer ab 01.12.2018 eine unbefristete ganze Rente auszurichten.

### E. 2.3

2.3.1 Das IVG hat per 1. Januar 2022 verschiedene Änderungen erfahren, u. a. wurde in Art. 28b IVG neu ein stufenloses Rentensystem eingeführt. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Trifft dies zu, so erfolgt ein allfälliger Wechsel zum neuen stufenlosen Rentensystem je nach Alter der Rentenbezügerin oder des Rentenbezügers gemäss lit. b und c der Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020. Steht hingegen ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_644/2022 vom 8. Februar 2023, E. 2.2.1. m. w. H.).

2.3.2 Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022, betrifft aber einen frühestens im Dezember 2018 beginnenden Rentenanspruch. Folglich ist grundsätzlich die Rechtslage, wie sie sich bis zum 31. Dezember 2021 darstellte, massgebend. Die am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen finden daher grundsätzlich keine Anwendung. Da der Beschwerdeführer 1966 geboren ist und somit am 1. Januar 2022 das 55. Altersjahr bereits vollendet hatte, würde dies auch gelten, falls sich herausstellen sollte, dass vor diesem Datum ein Rentenanspruch entstanden ist und dieser wegen einer später eingetretenen Veränderung anzupassen ist (vgl. IVG, Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV], lit. c).

2.4. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG in der zuletzt vor den Änderungen vom 1. Januar 2022 geltenden Fassung besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente.

2.5 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien

Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

3. Strittig ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Die Beschwerdegegnerin verneint einen Anspruch gestützt auf das Gutachten der B. \_\_\_ vom 31. Januar 2022 (IV-Nr. 72.2). Der Beschwerdeführer hingegen ist der Ansicht, dieses Gutachten sei nicht beweismässig, und dasselbe gelte für das vorhergehende bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. D. \_\_\_ (Fachärztin für Rheumatologie) und E. \_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) vom 27. Oktober 2020 (IV-Nr. 42.1 und 42.2). Die Beschwerdegegnerin erachtete dieses Gutachten zunächst als beweiskräftig, gelangte aber in der Folge, gestützt auf die Stellungnahme des RAD vom 19. August 2021, zum Ergebnis, die neu eingereichten Berichte enthielten Hinweise auf eine mögliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes und angesichts dieser Entwicklung sei eine erneute Begutachtung angezeigt (vgl. IV-Nr. 62). In der angefochtenen Verfügung bezieht sich die Beschwerdegegnerin sowohl auf das frühere, bidisziplinäre als auch auf das spätere, polydisziplinäre Gutachten. Demnach sind beide Expertisen für das Ergebnis relevant und auf ihren Beweiswert zu prüfen.

3.1 Für den Beweiswert einer ärztlichen Stellungnahme ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d. h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (BGE 122 V 157 E. 1c). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG bei externen Spezialärzten eingeholten Gutachten, welche diesen Anforderungen entsprechen, ist voller Beweiswert zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. mit Hinweisen).

3.2 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt es rechtsprechungsgemäss nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige ■ und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende ■ Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_549/2023 vom 25. Juni 2024 E. 3 mit Hinweisen).

4. Es stellt sich zunächst die Frage nach dem Beweiswert des bidisziplinären Gutachtens vom 27. Oktober 2020 (IV-Nr. 42.1 und 42.2).

4.1 Die Rheumatologin Dr. med. D. \_\_\_ nimmt in ihrem Teilgutachten vom 26. Oktober 2020 (IV-Nr. 42.2) zunächst auf die ihr vorliegenden Akten Bezug. Es folgen eine ausführliche Wiedergabe der Aussagen des Beschwerdeführers (spontan und auf

vertiefende Befragung), die Darstellung der Untersuchungsbefunde, die Diagnosen, die Beurteilung sowie die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit.

Als rheumatologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nennt die Gutachterin ein chronisches lumbal links betontes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in die Beine linksbetont und nicht radikulären Sensibilitätsausfällen sowie Hyperalgesie am linken Bein mit/bei

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nennt die Gutachterin eine Fehlförmigkeit des Sternums und einen atypischen Ansatz des Musculus pectoralis links nach unklarem Eingriff im Bereich des Sternums und obersten Drittel der Linea alba in der Kindheit sowie eine nicht dermatombezogene Hyposensibilität am linken Arm.

In der Beurteilung führt Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, im November 2017 habe der Versicherte, gemäss seinen Angaben nach vorausgehend längerer Zeit mit Kreuzschmerzen und deswegen wiederholten Arbeitsausfällen, seine Arbeitstätigkeit auf dem Bau niedergelegt. Der Grossteil der vorhandenen Akten seien Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ohne spezifische Diagnosen. Den wenigen medizinischen Berichten könne entnommen werden, dass beim Versicherten eine chronische lumbale Schmerzproblematik mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die Beine vorhanden sei und dass schmerztherapeutische Infiltrationen keine Besserung gebracht hätten, der Versicherte einmal sogar mit massiven Nebenwirkungen reagiert habe. Bei radiomorphologisch fehlender Neurokompression sei immer ein konservatives Vorgehen empfohlen worden. 2019 sei durch den Hausarzt und das Schmerzzentrum F.\_\_\_\_ die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gestellt worden. In der aktuellen klinischen Untersuchung sei auffällig, dass spontane Bewegungen im Bereich der Wirbelsäule kaum durchgeführt würden. Praktisch alle Bewegungen im Rahmen der Untersuchung verursachten Schmerzen, auch das passive Bewegen in den Hüftgelenken, die in ihrer Beweglichkeit nicht eingeschränkt seien. Die Sensibilitätsstörung am linken Bein und am linken Arm könnten nicht Dermatomen zugeordnet werden bzw. wenn, müsste eine Affektion multipler Spinalnerven postuliert werden, was aufgrund der vorliegenden MRT-Befunde im Bereich der Lendenwirbelsäule ausgeschlossen werden könne. In diesen komme seit 2014 eine Osteochondrose LWK 1/2 mit Discusprotrusion, jedoch ohne Neurokompression zur Darstellung, welche im Verlauf der Jahre nicht progredient gewesen sei, zudem Chondrosen LWK 4/LWK 5 und später auch LWK 5/SWK 1 mit einer medianen Discusprotrusion auf Höhe LWK 5/SWK 1 ebenfalls ohne Neurokompression sowie mässige bis höhergradige Spondylarthrosen LWK 4/LWK 5 und LWK 5/SWK 1. Letztere könnten durchaus einschiessende Schmerzen, auch mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die Beine, jedoch meist dorsal und in der Regel nur bis auf Kniehöhe oder Wadenhöhe, verursachen.

Zusammengefasst könnten beim Versicherten mässige, nicht das Altersmass übersteigende degenerative Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule festgestellt werden, welche die von ihm geltend gemachten Beschwerden aber nicht ausreichend erklärten. Das Verhalten des Versicherten sei auffallend, scheine aber eher einer Verdeutlichungstendenz zu entsprechen als einer Aggravation, wobei aufgrund einer einmaligen Untersuchung eine dies betreffende Beurteilung nicht mit 100%iger Sicherheit möglich sei. Aufgrund der, wenn auch das Altersmass nicht übersteigenden, degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule, könne der Versicherte ab 2014 aus rheumatologischer Sicht keine rückenbelastenden Tätigkeiten mehr ausüben.

Die ausgeübte Tätigkeit auf dem Bau könne dem Versicherten seit 2014 (erstes zur Verfügung stehendes MRT der Lendenwirbelsäule) nicht mehr zugemutet werden. In einer leichten, maximal intermittierend mittelschweren, streng rückenadaptierten Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Während der Rehabilitation in [...] (keine Akten vorliegend) habe, da die Therapien tagsüber erfolgt seien, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ebenso sei der Versicherte während sehr intensiver Behandlungen wie z.B. den schmerztherapeutischen Interventionen eingeschränkt arbeitsfähig gewesen. Betreffend medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erklärt die Gutachterin, es handle sich, soweit dies aufgrund einer einmaligen Untersuchung und der spärlichen Aktenlage beurteilt werden könne, um eine komplexe Schmerzproblematik. Verschiedenste Therapieansätze hätten bis anhin zu keiner Besserung geführt, sodass nicht davon ausgegangen werden könne, dass in Zukunft noch eine Verbesserung möglich sein werde; insbesondere stünden keine Massnahmen zur Verfügung, durch welche eine Verbesserung der rheumatologisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit erreicht werden könnte.

4.2 Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ enthält ebenfalls einen fachspezifischen Aktenauszug und gibt die Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen der vertiefenden Befragung wieder. Zur sprachlichen Verständigung hält der Gutachter fest, der Explorand habe sich «einigermassen» in der deutschen Sprache verständigen können. Ihm sei im Vorfeld angeboten worden, einen Dolmetscher zu organisieren, er habe dies aber abgelehnt. Weiter folgen eine Beschreibung des Befunds und schliesslich die Beurteilung sowie die Diagnosen.

In der Beurteilung legt Dr. med. E.\_\_\_\_ dar, der aus [...] stammende Explorand lebe seit 1991 in der Schweiz und arbeite seither auf dem Bau, wobei er über eine Temporärfirma angestellt gewesen sei, wodurch es immer wieder längere Unterbrüche bei der Arbeit gegeben habe, während denen er Arbeitslosenunterstützung bezogen habe. Er gebe an, die Arbeit jeweils gerne verrichtet und nie irgendwelche Schwierigkeiten an den Arbeitsplätzen gehabt zu haben. Er sei verheiratet und habe zwei Kinder, in der Beziehung gebe es ebenfalls keine Probleme. Er leide seit einigen Jahren unter Rückenbeschwerden, die dazu führten, dass er die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben könne. Er werde seit November 2017 arbeitsunfähig geschrieben. Seit März 2018 stehe er zusätzlich noch in einer ambulanten psychiatrischen Behandlung. Er gebe als Hauptbeschwerden Rückenbeschwerden an, die teilweise einschliessend seien und dazu führten, dass die Beine nachgäben, er habe deswegen auch Angst vor diesen Beschwerden. Die Beschwerden seien in unterschiedlichem Ausmass vorhanden. Den Tag verbringe er oft zuhause, wobei er im Haushalt nur wenig mithilfe, allenfalls kleinere Einkäufe erledige, teilweise spaziere oder sich mit den Kindern abgebe. Er versuche auch weiterhin soziale Kontakte zu pflegen und treffe sich teilweise mit Kollegen, was ihm ebenfalls guttue. Eigentlichen Interessen gehe er nicht nach. Er schaue viel fern, lese vielleicht die Nachrichten oder sehe diese im Fernsehen, teilweise schlafe er. Er gebe einen unterbrochenen Nachtschlaf an, könne allerdings jeweils gut weiterschlafen. Er berichte davon, unter unangenehmen Träumen zu leiden. Je nach Schmerzen sei er teilweise etwas nervös und angespannt, doch nicht dauerhaft. Er sei nicht übermässig gereizt oder aggressiv und fühle sich nicht dauerhaft deprimiert. Suizidgedanken verneine er. Er könne Freude empfinden und lachen und sei stimmungsmässig nicht dauerhaft beeinträchtigt. In der Untersuchung finde sich ein etwas einfacher strukturierter Explorand, der sich kooperativ an der Untersuchung beteilige, es

zeigten sich keine Hinweise auf kognitive, affektive oder psychomotorische Beeinträchtigungen, er wirke insbesondere in keiner Weise deprimiert oder anderweitig psychopathologisch auffällig. Es stünden zwei identische Arztberichte von Dr. med. G.\_\_\_\_ zur Verfügung, wo eine ambulante Behandlung seit März 2018 bestätigt werde. Es werde ein mittel- bis schwergradiges Zustandsbild im Sinne einer affektiven Störung, klinisch phänomenologisch am ehesten eine somatisierende Depression mit Angst und Depression gemischt, chronifiziert und innerpsychisch verfestigt, angegeben. Bei objektiven Befunden werde eine deutlich herabgesetzte Grundstimmung mit Hypomimie und deutlicher Einschränkung der affektiven Schwingungsfähigkeit, affektstarr, verlangsamtes Denken, Störung der kognitiven Funktionen aufgeführt. Dieser Befund passe in keiner Weise zum heute vorzufindenden Befund, auch die subjektiven Angaben deckten sich nicht mit den Angaben von Dr. med. G.\_\_\_\_. Der Explorand bestätige, dass durchaus gewisse Interessen bestünden, es bestehe auch nicht ein ausgesprochener Libidoverlust, jedoch Angst vor Schmerzen bei sexuellen Aktivitäten. Auch ein Verlust von Lebensfreude und eine Suizidalität würden nicht bestätigt, ebenso kein sozialer Rückzug. Es falle zudem auf, dass Dr. med. G.\_\_\_\_ einzig Surmontil-Tropfen verordnet habe, was nicht reiche, um eine depressive Störung anzugehen, da diese Medikation eingesetzt werde wegen der schlaffördernden Wirkung. Heute gebe der Explorand an, dass er seit einigen Monaten Brintellix einnehme, was offensichtlich als antidepressive Medikation verordnet worden sei. Es könne aufgrund der heutigen Untersuchung keine gedrückte Stimmung festgestellt werden, dies sowohl aufgrund der objektivierbaren Befunde wie aufgrund der subjektiven Angaben. Es bestehe auch nicht ein ausgesprochener Interessenverlust oder Freudlosigkeit und auch keine Verminderung des Antriebes. In diesem Sinn seien die Kardinalsymptome für eine Depression nicht erfüllt. Es sei deshalb aufgrund der Angaben in den Unterlagen und der heutigen Untersuchung anzunehmen, dass die depressive Störung remittiert sei. Hinweise auf Persönlichkeitsauffälligkeiten fänden sich nicht, auch in den Unterlagen würden keine entsprechenden Angaben gemacht. Es zeigten sich im Weiteren auch keine Hinweise auf eine anderweitig psychiatrisch relevante Störung. Die Körperbeschwerden müssten weitgehend aus somatischer Sicht beurteilt werden, wobei heute einzig auffalle, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Rückenbeschwerden zumindest im Gespräch nicht wesentlich beeinträchtigt wirke. Es würden auch keine intensiven Massnahmen durchgeführt, z.B. scheine die physiotherapeutische Behandlung schon seit Monaten gestoppt worden zu sein, Schmerzmedikamente würden nur bei Bedarf eingenommen. Der Explorand sei gut in der Lage, Termine wahrzunehmen und allgemeine Regeln und Routinen einzuhalten. Er könne Aufgaben strukturieren, sei flexibel und umstellfähig, könnte die fachlichen Kompetenzen anwenden und sei in der Lage, einen Entscheid zu fällen oder sich ein Urteil zu bilden. Die Durchhaltefähigkeit sei nicht durch den psychischen Zustand beeinträchtigt. Beeinträchtigungen ergäben sich allenfalls aufgrund der körperlichen Problematik. Er könne sich gut selbstbehaupten, pflege auch Kontakte zu Dritten, die Gruppenfähigkeit sei nicht eingeschränkt, er pflege familiäre und auch intime Beziehungen, er sei grundsätzlich in der Lage, Aktivitäten nachzugehen, wobei er allgemein schon vorgängig nie wesentlichen Aktivitäten in der Freizeit nachgegangen sei. Die Selbstpflege sei nicht beeinträchtigt, ebenfalls nicht die Verkehrs- und Wegefähigkeit. Aufgrund des psychischen Zustandes könnten demnach keine Beeinträchtigungen abgeleitet werden. Dementsprechend bestehe als Diagnose einzig ein Status nach einer möglichen, aktuell remittierten depressiven Episode.

Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine weitere polydisziplinäre Begutachtung unter Einschluss der Disziplinen Innere Medizin, Orthopädische Chirurgie, Neurologie sowie Psychiatrie zu initiieren.

#### **E. 4**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

3. Am 26. Juli 2023 wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer den eingeforderten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 600.00 bezahlt hat (A.S. 38).

4. Mit Verweis auf die Akten und die Begründung in der Verfügung verzichtet die Beschwerdegegnerin am 27. September 2023 auf eine Beschwerdeantwort und beantragt die Abweisung der Beschwerde (A.S. 43).

5. Am 28. September 2023 reicht der Beschwerdeführer aufforderungsgemäss eine Kostennote ein (A.S. 44).

#### **E. 4.3**

Beide Teilgutachten werden den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme grundsätzlich gerecht. Sie basieren auf einer persönlichen Untersuchung, beziehen die Angaben des Beschwerdeführers sowie alle den Gutachtern bekannten Vorakten in die Beurteilung mit ein und gelangen auf dieser Basis zu einleuchtenden Ergebnissen, welche in nachvollziehbarer Weise begründet werden.

4.4 Der Beschwerdeführer lässt einwenden, die Dres. med. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ hätten bei der Erstellung ihres Gutachtens im Oktober 2020 über verschiedene medizinische Unterlagen nicht verfügt, welche der Beschwerdegegnerin in der Folge am 17. März 2021 eingereicht worden seien. Konkret handle es sich um Berichte von Dr. med. H.\_\_\_\_, Neurologie [...], vom 20. Januar 2016, von Dr. med. I.\_\_\_\_, [...], vom 28. November 2017 und 27. Juni 2018 sowie von der J.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2018 und der Neurochirurgie K.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2018. Aus sämtlichen Berichten sei ersichtlich, dass beim Beschwerdeführer eine mehrjährige Schmerzproblematik bestehe. Damit sei das bidisziplinäre Gutachten beweisuntauglich, weil es auf unvollständigen Grundlagen beruhe. Weiter bestünden Widersprüche zwischen den beiden Teilgutachten, namentlich in Bezug auf die Ursache der Schmerzproblematik. Beim psychiatrischen Teilgutachten sei ausserdem zu bemängeln, dass der Gutachter keinen Dolmetscher beigezogen habe.

4.5 Nach der Erstattung des bidisziplinären Gutachtens im Oktober 2020 gelangte zunächst eine Stellungnahme von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2017 (wohl falsch datiert) zu den Akten (IV-Nr. 49). Am 17. März 2021 liess der Beschwerdeführer ausserdem die vorstehend (E. II. 4.4) genannten Berichte einreichen (IV-Nr. 56). Am 14. April 2021 legte er zudem einen Bericht des L.\_\_\_\_s vom 7. April 2021 auf (IV-Nr. 58). Dr. med. M.\_\_\_\_ des RAD bejahte zunächst die Beweiskraft des bidisziplinären Gutachtens auch unter Berücksichtigung der neu eingereichten Dokumente (Stellungnahme vom 4. Mai 2021, IV-Nr. 59; vgl. auch IV-Nr. 48). Der Beschwerdeführer liess am 14. Juli 2021 einen weiteren Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom gleichen Datum einreichen (IV-Nr. 60). Dr. med. M.\_\_\_\_ gelangte zum Ergebnis, dieser Bericht enthalte zusammen mit demjenigen des L.\_\_\_\_ vom 7. April 2021 Hinweise auf eine Verschlechterung, welche durch ein neues Gutachten abzuklären sei (Stellungnahme vom 19. August 2021, IV-Nr. 62). Die Beschwerdegegnerin leitete daraufhin die Begutachtung durch die B.\_\_\_\_ in die Wege, welche ihr Gutachten schliesslich am 31. Januar 2022 erstattete (IV-Nr. 72).

4.6 Den Parteien ist darin zuzustimmen, dass aufgrund der ärztlichen Stellungnahmen, welche nach der ersten, bidisziplinären Begutachtung zu den Akten gelangten, eine erneute Begutachtung angezeigt war. Ob und inwieweit dem bidisziplinären Gutachten für das vorliegende Verfahren weiterhin Relevanz und beweismässige Bedeutung zukommt, wird nach der Prüfung der Beweiskraft des späteren Gutachtens zu beurteilen sein (vgl. E. II. 7 hiernach).

5. Bei der B.\_\_\_\_ wurde der Beschwerdeführer am 7. und 8. Dezember 2021 durch Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin), Dr. med. O.\_\_\_\_ (Facharzt für Rheumatologie), Dr. med. P.\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) sowie Dr. med. Q.\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie) begutachtet. Zusätzlich wurden eine Labordiagnostik und eine Röntgenuntersuchung durchgeführt (IV-Nr. 72.2 S. 5). Das Gutachten basiert auf den vollständigen Vorakten sowie auf eigenen Untersuchungen in den genannten Fachdisziplinen.

5.1 Die Gutachter stellten aus interdisziplinärer Sicht folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 72.2 S. 7):

Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Symptomatik an den Beinen (ICD-10 M54.4)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie ein metabolisches Syndrom (IV-Nr. 72.2 S. 8).

5.2 Die Gutachter hielten aus interdisziplinärer Sicht fest, anlässlich der Exploration habe sich eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden gezeigt, wofür gemäss der psychiatrischen Beurteilung eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren verantwortlich sei, welche die Arbeitsfähigkeit aber nicht einschränke (IV-Nr. 72.2 S. 8). Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit auf dem Bau seit November 2017 nicht mehr arbeitsfähig. In einer Tätigkeit mit nur sehr leichter Rückenbelastung und nur leichten körperlichen Belastungen und der Möglichkeit, Wechselpositionen einzunehmen, bestehe seit Dezember 2021 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (IV-Nr. 72.2 S. 9). Der Rheumatologe Dr. med. O.\_\_\_\_ diskutierte im Gutachten sich in der Bildgebung zeigende degenerative Veränderungen an der Lendenwirbelsäule, welche die Beschwerden des Beschwerdeführers teilweise erklären könnten. Er hielt aber fest, es fänden sich klare Hinweise für eine Relevanz nicht-somatischer Faktoren bei der Beschwerdepräsentation (IV-Nr. 72.2 S. 48). Aufgrund der degenerativen Veränderungen könne der Beschwerdeführer nicht mehr auf dem Bau arbeiten, hingegen sei er in einer angepassten Tätigkeit 70 % arbeitsfähig (IV-Nr. 72.2 S. 49 f.). Die anderen Gutachter erachteten den Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit als vollständig arbeitsfähig (vgl. IV-Nr. 72.2 S. 26 f., 36 f., 56). Die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster und angestammter Tätigkeit ist somit gemäss den Gutachtern einzig rheumatologisch bedingt. Diese Schlussfolgerungen basieren auf einem Konsens der beteiligten Gutachter und werden in plausibler und nachvollziehbarer Weise hergeleitet. Das Gutachten wird damit den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme grundsätzlich gerecht. Es bleibt zu prüfen, ob inhaltliche Mängel vorliegen, welche der Beweiskraft entgegenstehen.

5.3

5.3.1 Der Beschwerdeführer bemängelt insbesondere das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_. Er macht u. a. geltend, dieser habe aktenwidrig keine Depression diagnostiziert und im Widerspruch zum allgemein-internistischen Gutachter (Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_), welcher bei der aktuell eingenommenen Medikation das Medikament Trittico aufgeführt habe, festgehalten, der Beschwerdeführer nehme kein Antidepressivum ein (A.S. 21).

5.3.2 Zum Vorliegen einer Depression hat sich Dr. med. P.\_\_\_\_ differenziert geäußert. So hielt er fest, zwar sei die Stimmung anlässlich der psychiatrischen Untersuchung etwas herabgesetzt gewesen, gelegentlich leichtgradig depressiv. Die leicht depressiven Verstimmungen seien dabei auf die Schmerzstörung zurückzuführen. Der Beschwerdeführer sei psychisch belastet durch die Schmerzen und die Tatsache, dass er nicht arbeite und kein Geld habe, weswegen es wiederholt zu Streitigkeiten mit der Ehefrau komme. Auch fehle es ihm an Perspektiven. Es bestünden insgesamt keine Hinweise auf eine eigentliche depressive Erkrankung. Der Beschwerdeführer sei nicht stationär behandelt worden und nehme keine Antidepressiva mehr ein, ohne dass es dadurch zu einer ausgeprägten depressiven Symptomatik gekommen sei (IV■Nr. 72.2 S. 34). Anlässlich der aktuellen Untersuchung sei der Beschwerdeführer ruhig gewesen, habe schnell gesprochen. Eine Affektlabilität habe nicht bestanden, ebenso sei weder die Auffassung noch die affektive Modulationsfähigkeit beeinträchtigt gewesen (IV■Nr. 72.2 S. 34). Bezugnehmend auf die Vorakten hielt der Gutachter fest, die Behandlung bei der Psychiaterin Dr. med. G.\_\_\_\_ habe der Beschwerdeführer aufgegeben. Er werde aktuell weder psychopharmakologisch noch ■therapeutisch behandelt. Auch anlässlich der Begutachtung durch den Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_ im Herbst 2020 sei keine Depression diagnostiziert worden, sondern lediglich ein Status nach möglicher depressiver Episode, aktuell jedoch remittiert (IV-Nr. 72.2 S. 35). Aus psychiatrischer Sicht habe daher nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestanden (IV■Nr. 72.2 S. 37).

5.3.3 Dr. med. P.\_\_\_\_ nahm auch Stellung zu den Diagnosen und Befunden der behandelnden Psychiaterin Dr. med. G.\_\_\_\_. Der Gutachter legt einleuchtend dar, dass die aktive Gestaltung seines Alltags einer depressiven Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers entgegenstehe. Auch sei der Beschwerdeführer nie stationär psychiatrisch behandelt worden. Er sei nicht mehr bei Dr. med. G.\_\_\_\_ in Behandlung und nehme keine Antidepressiva mehr ein. Im Rahmen der Begutachtung hätten zudem keine wesentlichen depressiven Symptome festgestellt werden können. Er schlägt auch den Bogen zu der bereits früher durchgeführten Begutachtung durch Dr. med. E.\_\_\_\_, der ebenfalls kein depressives Zustandsbild festgestellt und keine Erkrankungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert hatte (IV-Nr. 72.2 S. 35). Die von der behandelnden Psychiaterin abweichende Einschätzung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers wird unter Bezugnahme auf die Vorakten einleuchtend begründet. Die grösste Diskrepanz ergibt sich in der vom Beschwerdeführer bemängelten abweichenden Diagnosestellung und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit: Am 14. Juli 2021 diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, aktuell sich verschlechternd mit Somatisierung und intermittierenden präsuizidalen Phasen (IV-Nr. 60 S. 3 ff.). Der entsprechende Bericht enthält allerdings kaum konkrete Angaben, auch ist der Zusammenhang zwischen einzelnen Aussagen nicht immer nachvollziehbar. So bleibt unklar, wie genau die hochfrequente psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung

ausgestaltet war, welche laut dem Bericht seit einer eingetretenen Verschlechterung durchgeführt werde. Dasselbe gilt für die Aussage, Dr. med. G.\_\_\_\_ habe «eine Intensivierung der therapeutischen Massnahmen (stationäre Behandlung zunächst akut, dann stabilisierend diskutiert) veranlasst», hatte doch nach Lage der Akten vor Juli 2021 (wie der Gutachter Dr. med. P.\_\_\_\_ korrekt festhält) zu keinem Zeitpunkt eine stationäre Behandlung stattgefunden. In einem früheren Bericht, datiert vom 9. Februar 2017 (das Datum ist zweifellos falsch; Eingang bei der IV-Stelle im Dezember 2020) nahm Dr. med. G.\_\_\_\_ Stellung zur Begutachtung durch Dr. med. E.\_\_\_\_ im Herbst 2020 und präziserte, der Beschwerdeführer sei «psychopharmakologisch anxiolytisch-antidepressiv eingestellt» (IV-Nr. 49). Diagnosen oder eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind dem Bericht nicht zu entnehmen (in früheren Arztzeugnissen [vgl. IV-Nr. 31.3] und einem Bericht vom 17. Oktober 2019 [IV-Nr. 24] war jeweils eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 5. November 2017 [also noch vor dem Behandlungsbeginn im März 2018] attestiert worden). Die abweichende diagnostische Beurteilung des Gesundheitszustandes wird von Dr. med. P.\_\_\_\_, wie dargelegt, nachvollziehbar begründet. Die Stellungnahmen von Dr. med. G.\_\_\_\_ sind in keiner Weise geeignet, die gutachterliche Einschätzung infrage zu stellen. Sie enthalten mehrere Schwachpunkte und sehr wenige konkrete Angaben. Wichtige, nicht der rein subjektiven Interpretation entspringende Aspekte, die von den Gutachtern nicht diskutiert oder ungewürdigt blieben (vgl. E. II. 3.2 hiervor), sind den Berichten nicht zu entnehmen.

5.3.4 Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, der psychiatrische Gutachter widerspreche mit seiner Aussage, der Beschwerdeführer nehme kein Antidepressivum, dem allgemein-internistischen Gutachter (Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_), welcher bei der aktuell eingenommenen Medikation das Medikament Trittico aufgeführt habe. Tatsächlich ist dem allgemein-internistischen Teilgutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer jeweils abends 25 mg Trittico einnimmt (IV■Nr. 72.2 S. 23). Gegenüber Dr. med. P.\_\_\_\_ gab der Beschwerdeführer an, er nehme seit Monaten keine Antidepressiva mehr ein; die Behandlung bei Dr. med. G.\_\_\_\_ habe er beendet und der neue behandelnde Psychiater Dr. med. R.\_\_\_\_ habe ihm noch keine Psychopharmaka verschrieben (IV■Nr. 72.2 S. 32). Gegenüber Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_ erklärte er, sein Schlaf sei aufgrund der Einnahme von Trittico besser («Dank Trittico schlafe er etwas besser»; s. IV■Nr. 72.2 S. 23). Gemäss den öffentlich verfügbaren Informationen im Arzneimittelkompendium soll die tägliche Dosis Trazodon, dem in Trittico enthaltenen Wirkstoff, zur Behandlung von Depressionen nach einer initialen Gabe von 75 ■ 150 mg täglich, schrittweise auf bis zu 300 mg, stationär gar bis auf 600 mg erhöht werden (vgl. <https://compendium.ch/de/product/1405272-trazodon-sandoz-tabl-50-mg>, besucht am 19. März 2024). Der Beschwerdeführer nimmt Trittico demnach ausserhalb der empfohlenen Dosierung zur Behandlung einer Depression. Da Trazodon in tiefen Dosen schlaffördernde Eigenschaften besitzt, wird Trittico off-label jedoch auch zur Behandlung von Schlafstörungen eingesetzt (vgl. <https://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Trazodon>, besucht am 19. März 2024). Vor diesem Hintergrund und aufgrund der im Gutachten festgehaltenen, vom Beschwerdeführer täglich eingenommenen Dosis von 25 mg ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer Trittico nicht als eigentliches Antidepressivum einnimmt, sondern off-label als schlafförderndes Mittel. Dazu passt auch widerspruchsfrei die Aussage des Beschwerdeführers gegenüber Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_, wonach er «dank Trittico» besser schlafe, während der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. P.\_\_\_\_ angab, er nehme keine

antidepressiven Psychopharmaka ein. Selbst wenn der Beschwerdeführer sich entgegen den eigenen Aussagen gegenüber dem psychiatrischen Gutachter einer antidepressiven pharmakologischen Therapie unterzieht, würde sich an der Bewertung der gutachterlichen Aussagen nichts ändern. Gemäss den Befunden des psychiatrischen Gutachters ist der Beschwerdeführer nicht anspruchrelevant depressiv und folglich aus psychiatrischer Sicht vollständig arbeitsfähig. Würde dieser Effekt dank einer entsprechenden antidepressiven Therapie erreicht, so änderte dies nichts am Ergebnis. Entsprechend ist das Vorbringen des Beschwerdeführers nicht geeignet, Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung von Dr. med. P. \_\_\_ zu wecken.

5.3.5 Der Beschwerdeführer erachtet die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters zur Konsistenz und Plausibilität (vgl. IV-Nr. 72.2 S. 35) als ungeeignet zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. Ob der Beschwerdeführer Auto fahre, mit seinen Kindern spiele oder in Shoppingcenter gehe, sei nicht relevant in Bezug auf die Diagnose einer psychischen Störung (A.S. 22 f.). Dem ist zunächst grundsätzlich zu widersprechen, lassen sich doch zentrale depressionsrelevante Aspekte ohne Einbezug der Alltagsgestaltung und des allgemeinen Aktivitätsniveaus nicht zuverlässig beurteilen. Diese Punkte sind aber in jedem Fall relevant, wenn es um die Einschätzung des Leistungsvermögens geht. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind bei psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) beachtlich, die es ■ unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) ■ erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 145 V 361 E. 3.1 m. w. H, u. a. auf BGE 141 V 281). Es ist ein in BGE 141 V 281 skizziertes strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen. Gemäss diesem sind im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung auf die Konsistenz der funktionellen Beeinträchtigung bezogene Indikatoren zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.4). Die vom Beschwerdeführer bemängelten Aussagen des psychiatrischen Gutachters stehen unter dem Titel der «Psychiatrischen Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität» und dienen somit der Prüfung der in BGE 141 V 281 aufgestellten Indikatoren. Die diesbezügliche Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten ist daher unbegründet.

5.3.6 Vor diesem Hintergrund ist auch unbehelflich, wenn der Beschwerdeführer bemängelt, der psychiatrische Gutachter diagnostiziere zwar eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, er schliesse dann aber «automatisch und ohne adäquate Begründung» auf eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Eine Schmerzstörung sei nicht mehr per se überwindbar, es bedürfe hierfür der Prüfung diverser Indikatoren (A.S. 23). Der Beschwerdeführer spielt mit dieser Aussage auf die eben zitierte Rechtsprechung (vgl. E. II. 5.3.5) an, welche die zuvor lange Jahre Geltung gehabte Überwindbarkeitspraxis des Bundesgerichts im Bereich der pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage abgelöst hat. Er verkennt, dass der Gutachter eben nicht automatisch und unbegründet von der Diagnose auf eine volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers schliesst, sondern diese unter Einbezug der von der Rechtsprechung entwickelten Indikatoren prüft (vgl. IV-Nr. 72.2 S. 35 f.) und sodann auf eine vollständige Arbeitsfähigkeit schliesst. An diesem Vorgehen ist nichts auszusetzen, es ist konform mit der Rechtsprechung.

5.4 Der Beschwerdeführer kritisiert auch das neurologische Teilgutachten von Dr. med. Q. \_\_\_. Dieser habe es «gänzlich versäumt», einen allfälligen Nervenschaden mittels

apparativer Testung zu verifizieren oder auszuschliessen. Im Bericht der Neurologie des L.\_\_\_\_ vom 18. März 2022 hingegen seien Hinweise auf eine Veränderung in den Kennmuskeln L5 und S2 rechts gefunden worden, welche mögliche Hinweise auf eine residuelle Nervenschädigung sein könnten (A.S. 16 f.).

5.4.1 Dr. med. Q.\_\_\_\_ führte bezugnehmend auf die Vorakten aus, die aktuelle Untersuchung hätte keine neuen Aspekte ergeben. Der neurologische Status sei objektiv gesehen regelrecht. Es fänden sich keine Reflex-, tropischen oder motorischen Störungen. Die diversen angegebenen Hypästhesien könnten nicht auf einen organischen Nenner gebracht werden. Die motorischen, sensorischen und kognitiven Fähigkeiten seien erhalten. Die Auffälligkeiten anlässlich der Untersuchung seien funktionell bedingt. Ob dies bewusstseinsnah oder in Form einer somatoformen Schmerzstörung bedingt sei, müsse psychiatrisch beurteilt werden. Es sei zwar nachvollziehbar, dass sich nach 25 ■ 30 Jahren auf dem Bau ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom eingestellt habe, nach nunmehr vierjähriger Abwesenheit des Beschwerdeführers von der Tätigkeit auf dem Bau gingen die beklagten Schmerzen aber deutlich darüber hinaus und könnten neurologisch-organisch nicht erklärt werden (IV-Nr. 72.2 S. 57 f.).

5.4.2 Die für das L.\_\_\_\_ am 18. März 2022 Bericht erstattenden Dres. med. S.\_\_\_\_ (Facharzt für Anästhesiologie) und T.\_\_\_\_ (Fachärztin für Neurologie) schrieben im vom Beschwerdeführer zitierten Bericht, die am 1. Februar 2022 durchgeführte Untersuchung habe «Hinweise für chronisch-neurogene Veränderungen in den Kennmuskeln L5 und S1 rechts, passend zum klinischen Befund mit Hypästhesien entsprechend der Dermatome als möglicher Hinweis auf eine residuelle Schädigung» ergeben, «ansonsten zeigten sich [ ] keine Hinweise für eine manifeste Radikulopathie, insbesondere auf der linken stärker betroffenen Seite». Bezüglich der klinisch imponierenden Hemihypästhesie links habe sich elektrophysiologisch kein Korrelat feststellen lassen. Diese werteten die Berichterstatter als unspezifisch und im Rahmen der chronischen Schmerzen erklärbar (IV ■Nr. 80 S. 3). Sie halten ausserdem fest, die Ursache der Rückenschmerzen des Beschwerdeführers seien «neurologisch nicht eindeutig zuordenbar» (IV■Nr. 80 S. 3). Weitere neurologische Termine waren nach der Untersuchung nicht vorgesehen (IV■Nr. 80 S. 3). Später, am 14. März 2022 berichteten Dres. med. S.\_\_\_\_ und T.\_\_\_\_ auf Bitte des Beschwerdeführers, sie erachteten diesen aus schmerzmedizinischer Sicht als Bauarbeiter nicht mehr arbeitsfähig. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit könnten sie nicht festlegen. Sie seien jedoch aus schmerzmedizinischer Sicht der Meinung, aktuell sei aufgrund der physischen und psychischen Situation nicht von einer Arbeitsfähigkeit auszugehen, leichte, wechselbelastende Tätigkeiten sollten jedoch nach einer Stabilisierung der Situation möglich sein. Zum B.\_\_\_\_-Gutachten hielten sie fest, dieses werde der Erkrankungsschwere «vor allem auch in psychischer Sicht» nicht gerecht (IV-Nr. 86 S. 4).

5.4.3 Der von der Beschwerdegegnerin um Beurteilung der Berichte des L.\_\_\_\_ ersuchte RAD hielt am 27. April 2022 fest, es sei auch nach diesen beiden Berichten weiterhin am Gutachten festzuhalten. Es liege in der Natur der Sache, dass derselbe Sachverhalt durch unterschiedliche Ärzte anders beurteilt werde (IV■Nr. 88 S. 2).

5.4.4 Der vom Beschwerdeführer angeführte Bericht des L.\_\_\_\_ vom 18. März 2022 enthält keine substantiierte Aussage über die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit. Die von ihm als Beleg für seine Schmerzen angeführten Hinweise auf eine Nervenschädigung sind durch den Bericht nicht belegt ■ im Gegenteil. Es handelt sich lediglich um vage Hinweise und nicht um einen gesicherten Befund. Die

Ärzte halten sogar explizit fest, aus neurologischer Sicht könnten die Beschwerden des Beschwerdeführers nicht erklärt werden, und stimmen damit mit dem neurologischen Gutachter der B.\_\_\_\_ überein, welcher ebenfalls der Ansicht war, die beklagten Schmerzen seien in ihrem Ausmass neurologisch nicht erklärbar (IV Nr. 72.2 S. 57). Auch auf explizite Frage des Beschwerdeführers hin kritisierten sie im Bericht vom 14. März 2022 das in ihr Fachgebiet fallende neurologische Teilgutachten von Dr. med. Q.\_\_\_\_ mit keinem Wort, sondern äusserten sich primär (und pauschal) zum psychiatrischen Aspekt, in dem sie keine fachärztliche Qualifikation aufweisen. Die Berichte des L.\_\_\_\_ stellen daher den Beweiswert des Gutachtens nicht infrage.

5.5. Der Beschwerdeführer rügt aus denselben Gründen auch das rheumatologische Gutachten. Auch der rheumatologische Gutachter gehe nicht davon aus, dass eine radikuläre Problematik vorliege. Zudem gehe dieser auch nicht darauf ein, dass in den Vorakten die Beschwerdesymptomatik auf eine Problematik der Hüfte/des Iliosakralgelenks zurückgeführt werde (A.S. 26 f.).

Der rheumatologische Gutachter ging vertieft auf die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers ein, auch auf solche im Bereich der Hüfte (IV-Nr. 72.2 S. 44). Zudem setzte er sich auch ausführlich mit den Vorakten und den dortigen Befunden und Diagnosen auseinander (IV-Nr. 72.2 S. 38 ff. und 47). Er hat den Beschwerdeführer umfassend untersucht (IV-Nr. 72.2 S. 47 f.), u. a. wurde anlässlich der Begutachtung eine Röntgenuntersuchung durchgeführt. Auf den entsprechenden Bildern waren das Iliosakralgelenk und das kraniale Hüftgelenk unauffällig, hingegen fand sich eine Osteochondrose L1/2, L2/3 und L5/S1 sowie L3/4 und L4/5 (IV-Nr. 72.2 S. 48). Dass der Rheumatologe die Beschwerden des Beschwerdeführers angesichts dieser Bildgebung nicht auf eine Problematik des Hüftgelenkes oder des Iliosakralgelenks zurückführte, leuchtet ein. Der Rheumatologe sieht die Ursache der Beschwerden des Beschwerdeführers vielmehr teilweise in den bildgebend und in den Vorakten ebenfalls bestätigten degenerativen Veränderungen der LWS, zum Teil aber auch in nicht-organischen Ursachen. Zudem ist er der Ansicht, der Beschwerdeführer bringe ungünstige Begleitfaktoren wie eine deutliche Adipositas und eine Schwäche der Bauchwand mit. Diese Schlussfolgerungen sind angesichts der Untersuchungsbefunde nachvollziehbar und stehen auch im Einklang mit den Vorakten. Dass der Rheumatologe seine Diagnosen und Befunde nicht auf eine radikuläre Problematik zurückführt, ist angesichts des Fachgebietes des rheumatologischen Gutachters ebenfalls folgerichtig. Der Beschwerdeführer hingegen verweist, ohne diese im Einzelnen zu bezeichnen oder zu zitieren, pauschal auf die Berichte «diverse[r] Vorbehandler». Auch spezifiziert er nicht, inwiefern darin die Beschwerdesymptomatik des Beschwerdeführers kausal auf eine rheumatologische Problematik der Hüfte/des Iliosakralgelenks zurückgeführt würde.

5.6 Der Beschwerdeführer dringt mit seiner Kritik nicht durch. Das Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt, die Gutachter haben den Beschwerdeführer umfassend und persönlich untersucht und kommen zu einleuchtenden Schlussfolgerungen. Insgesamt vermag das Gutachten daher zu überzeugen. Ihm ist voller Beweiswert zuzuerkennen.

6. In den Akten finden sich mehrere fachärztliche psychiatrische Berichte, welche nach dem B.\_\_\_\_-Gutachten datieren. Es stellt sich daher die Frage, ob diese den Beweiswert des Gutachtens schmälern oder auf eine später eingetretene Veränderung hinweisen und deshalb Anlass zu weiteren Abklärungen geben.

## **E. 6**

6.1 Am 12. Dezember 2023 gibt der Beschwerdeführer vier ärztliche Berichte (datierend vom 29. September 2023, 27. Oktober 2023, 3. und 29. November 2023) zu den Akten und führt aus, diese seien im vorliegenden Verfahren relevant, da sie einen angeborenen Herzfehler des Beschwerdeführers belegten, welcher bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung Schmerzen verursacht habe (A.S. 49 f.).

6.2 Die Eingabe des Beschwerdeführers vom 12. Dezember 2023 wird der Beschwerdegegnerin am 19. Januar 2024 zugestellt und dieser bis am 11. März 2024 Frist gesetzt, sich dazu freiwillig zu äussern (A.S. 51).

6.3 Die Beschwerdegegnerin führt mit Stellungnahme vom 12. März 2024 aus, aus den neu eingereichten Berichten liesse sich keine vor Erlass der angefochtenen Verfügung eingetretene relevante Zustandsverschlechterung ableiten, die etwas an den gutachterlichen Einschätzungen ändern würde (A.S. 52). Diese Stellungnahme wird dem Beschwerdeführer am 14. März 2024 zur Kenntnisnahme zugestellt (A.S. 78).

7. Mit Eingabe vom 23. Mai 2024 lässt der Beschwerdeführer dem Versicherungsgericht einen Austrittsbericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2024 zugehen. Begleitend führt er aus, die Klinik resümiere in diesem Bericht, es habe über alle stationären Aufenthalte des Beschwerdeführers hinweg keine nachhaltige Zustandsverbesserung erreicht werden können. Da der Bericht auch Bezug nehme auf vergangene Aufenthalte, sei dieser als auch im vorliegenden Verfahren wesentlich zu den Akten zu nehmen (A.S. 79 f.). Die Eingabe des Beschwerdeführers wird zusammen mit dem Austrittsbericht der Klinik C.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin am 5. Juni 2024 zur Kenntnisnahme zugestellt (A.S. 81).

8. Auf die Ausführungen der Parteien wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

## **II.**

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen sind erfüllt. Die Beschwerde erfolgte frist- und formgerecht, ist zulässiges Rechtsmittel und das angerufene Gericht ist zu deren Beurteilung zuständig. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2.

2.1 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

2.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres (Wartejahr) ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses (Warte■)Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Arbeitsunfähigkeit ist dabei die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu

leisten (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

## **E. 6.1**

6.1.1 Der Beschwerdeführer reichte bei der Beschwerdegegnerin einen Bericht von Dr. med. R. \_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) vom 7. April 2022 ein, in welchem dieser eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostizierte und den Beschwerdeführer noch als maximal 40 % arbeitsfähig in jeder Tätigkeit erachtete (IV-Nr. 82 S. 3 f.).

6.1.2 Kurz nach diesem Bericht war der Beschwerdeführer zunächst vom 30. April 2022 bis zum 12. Juli 2022 sowie erneut vom 3. Dezember 2022 bis 21. Januar 2023 in der Klinik C. \_\_\_ hospitalisiert (vgl. IV-Nr. 99 und 105). Laut dem Austrittsbericht vom 6. September 2022 betreffend den ersten stationären Aufenthalt sei der Beschwerdeführer dort wegen eines deutlich depressiv gefärbten Erschöpfungserlebens eingetreten, dies vor dem Hintergrund der seit Jahren bestehenden Schmerzen und dem damit einhergehenden Jobverlust mit finanziellen Sorgen und familiären Konflikten (IV-Nr. 99 S. 4). Anlässlich des Aufenthaltes wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41, IV-Nr. 99 S. 3) diagnostiziert. Der Beschwerdeführer habe die Klinik in psychisch deutlich gebessertem Zustand verlassen. Das depressive Erschöpfungserleben sei im Verlauf des Aufenthaltes deutlich zurückgegangen. Der Patient habe zur Ruhe kommen und einen anderen Umgang mit seiner Schmerzsymptomatik finden können (IV-Nr. 99 S. 6).

Im Austrittsbericht der Klinik C. \_\_\_ vom 27. Februar 2023 betreffend den zweiten stationären Aufenthalt werden dieselben Diagnosen gestellt wie im ersten Austrittsbericht vom 6. September 2022 (IV-Nr. 105 S. 1). Der Beschwerdeführer sei wiederum wegen eines depressiv gefärbten Erschöpfungserlebens und einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik eingetreten. Der Beschwerdeführer habe berichtet, er sei nach dem letzten Aufenthalt zwar wieder gut zuhause angekommen, innerhalb kurzer Zeit hätten ihn die «Stressoren des Alltags» wieder eingeholt und er sei wieder in ein depressives Erschöpfungserleben gefallen, weshalb er sich erneut zu einem Klinikeintritt entschieden habe (IV-Nr. 105 S. 2). Bei Austritt sei der psychische Zustand des Beschwerdeführers leicht gebessert gewesen. Analog dem Bericht vom 6. September 2022 wird auch in demjenigen vom 27. Februar 2023 festgehalten, das depressive Erschöpfungserlebnis sei im Verlauf des Aufenthaltes deutlich zurückgegangen, der Beschwerdeführer habe zur Ruhe kommen und einen anderen Umgang mit der Schmerzsymptomatik finden können (IV-Nr. 105 S. 4).

## **E. 6.2**

6.2.1 Die Beschwerdegegnerin legte den Bericht von Dr. med. R. \_\_\_ dem RAD vor. Dr. med. M. \_\_\_ hielt dazu am 25. April 2022 fest, der Gutachter Dr. med. P. \_\_\_ und Dr. med. R. \_\_\_ kämen zu unterschiedlichen Beurteilungen desselben Sachverhaltes, wobei Dr. med. P. \_\_\_ alle Faktoren in seiner Beurteilung miteinbezogen habe, auch die sozialen, und zudem die Arbeitsfähigkeit anhand des Indikatorenmodells beurteilt habe. Es sei weiter

auf das Gutachten abzustellen und nicht auf die Berichte der behandelnden Ärzte (IV-Nr. 85 S. 2).

6.2.2 Die Beschwerdegegnerin legte auch den Austrittsberichts des ersten stationären Aufenthalts in der Klinik C.\_\_\_\_ dem RAD-Arzt vor. Dieser erklärte am 18. Oktober 2022, angesichts des erfolgreichen Klinikaufenthalts mit insbesondere deutlich gebessertem Austrittszustand könne von einer bloss vorübergehenden Verschlechterung ausgegangen werden, so dass die polydisziplinäre Beurteilung durch die Gutachter der B.\_\_\_\_ nach wie vor Bestand habe und weiterhin von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen sei (IV-Nr. 102 S. 3). Eine Vorlage des zweiten Austrittsberichts fand nicht statt; stattdessen erliess die Beschwerdegegnerin im Anschluss an den Eingang des Austrittsberichts am 2. März 2023 am 18. April 2023 ohne weitere Rückfragen den die angefochtene Verfügung ankündigenden Vorbescheid (IV-Nr. 107).

6.3 Wie bereits im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung der Gutachter mit den Vorakten, insbesondere den Berichten von Dr. med. G.\_\_\_\_, dargelegt (vgl. E. II. 5.3.2 und 5.3.3 hiervor), beurteilten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers u. a. deshalb anders, weil sie im Unterschied zu den behandelnden Ärzten die von der Rechtsprechung aufgestellten Standardindikatoren in ihre Beurteilung miteinbeziehen. Dr. med. R.\_\_\_\_ nahm zu diesen keine Stellung und beurteilte die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers aus der Perspektive eines behandelnden Arztes und nicht aus der versicherungsmedizinischen Sicht eines Gutachters. Wesentliche Veränderungen des psychischen Gesundheitszustandes, welche sich seit der Begutachtung durch die B.\_\_\_\_ ergeben haben, sind dem Bericht nicht zu entnehmen. Dieser vermag daher das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Auch die beiden Austrittsberichte der Klinik C.\_\_\_\_ beschreiben im Vergleich zu den bereits vom psychiatrischen Gutachter diskutierten Berichten der vormals behandelnden Psychiaterin Dr. med. G.\_\_\_\_ keinen wesentlich veränderten Gesundheitszustand. Die Klinikaufenthalte dauerten überdies nie mehr als drei Monate, womit sie die massgebliche Dauer für die Annahme einer revisionsrechtlich relevanten wesentlichen Verschlechterung im Sinne von Art. 17 ATSG i. V. m. Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ohnehin nicht erreichen (das Bundesgericht wendet diese Norm auch an, wenn der Rentenbeginn zur Diskussion steht, vgl. Urteil 8C\_124/2020 vom 15.4.2020 E. 3 und 6). Dies gilt umso mehr, zumal gemäss den Austrittsberichten der Zustand des Beschwerdeführers nach Austritt aus der Klinik wieder als gebessert beschrieben und zudem auch keine über den Aufenthalt hinausgehende Arbeitsunfähigkeit attestiert wird. Es ist folglich überwiegend wahrscheinlich anzunehmen, dass es sich bei den beiden stationären Aufenthalten um lediglich vorübergehende, kurzzeitige Verschlechterungen gehandelt hat und die gutachterliche Einschätzung nach wie vor Gültigkeit hat.

#### **E. 6.4**

6.4.1 Während des hängigen Beschwerdeverfahrens hat der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 12. Dezember 2023 vier ärztliche Berichte eingereicht, aus denen hervorgehe, dass er an einem kardialen Problem leide, einem angeborenen Herzfehler, der mit fortwährendem Alter problematischer werde. Der Beschwerdeführer habe bereits früher über Thoraxschmerzen geklagt und der Herzfehler habe bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung zu einer Schmerzsymptomatik geführt (A.S. 49 f.).

6.4.2 Bei der Beurteilung eines Falles stellt das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt ab. Spätere Arztberichte sind insofern in die Beurteilung miteinzubeziehen, als sie Rückschlüsse auf die in diesem Zeitpunkt gegebene Situation erlauben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_397/2021 vom 3. August 2021 E. 3.2.3 m. H.). Die angefochtene Verfügung datiert vom 28. Juni 2023. Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist somit jener Sachverhalt, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses dieser Verfügung entwickelt hat.

6.4.3 Aus den am 12. Dezember 2023 eingereichten Berichten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer wegen Thoraxschmerzen am 29. September 2023 Dr. med. U.\_\_\_\_ (Facharzt für Kardiologie) aufgesucht hatte. Danach wurden verschiedene Untersuchungen durchgeführt (Echokardiografie, MRT etc.), wobei schliesslich ein kongenitales Vitium mit ASD Typ II diagnostiziert und am 29. November 2023 operiert wurde (A.S. 56).

6.4.4 Das Vorbringen des Beschwerdeführers, er habe bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung mehrfach über Thoraxschmerzen geklagt, findet kein Korrelat in den Akten. Beschrieben sind in den ärztlichen Berichten überwiegend psychiatrische Beschwerden sowie Rückenbeschwerden im Sinne eines lumbalen Schmerzsyndroms/Lumboischialgie, Schmerzen im Bereich der HWS und Kopfschmerzen (vgl. IV-Nr. 72.2 S. 43 ■ 48, 84, 99, 105). Erwähnt ist, allerdings nicht als Schmerz verursachend, einzig eine Narbe in der Thoraxmitte, welche ihre Ursache in der Kindheit des Beschwerdeführers hat (IV-Nr. 105 S. 7, 99 S. 10). Dass bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung Thoraxschmerzen geklagt worden seien, ist somit nicht aktenmässig belegt. Auch Klagen über Beschwerden im Zusammenhang mit dem Herz sind nicht dokumentiert. Die Thoraxbeschwerden betreffen somit, ob sie mit dem neu diagnostizierten Herzfehler in Zusammenhang stehen oder nicht, den Sachverhalt nach Erlass der angefochtenen Verfügung, weshalb sie und die neu eingereichten ärztlichen Berichte im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen sind. Ohnehin erscheint es aufgrund der vorhandenen Akten nicht als vollständig klar, ob, wie vom Beschwerdeführer in der Eingabe vom 12. Dezember 2023 angedeutet, die Thoraxschmerzen überhaupt in einem Zusammenhang mit der neu diagnostizierten Herzproblematik stehen. Ein solcher wird in den jüngsten, im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten, kardiologischen Berichten aus dem Herbst 2023 nicht klar hergestellt. Dr. med. U.\_\_\_\_, der vom Beschwerdeführer ursprünglich wegen Thoraxbeschwerden konsultiert wurde, hält im eingereichten Bericht über die Sprechstunde vom 27. Oktober 2023 fest, da in den Untersuchungen keine Ischämie habe nachgewiesen werden können, seien die Thoraxbeschwerden nicht auf eine koronare Herzkrankheit zurückzuführen (A.S. 65). Auch bereits im Bericht über die Untersuchung vom 29. September 2023 führte er aus, im Vordergrund stünden ausgeprägte muskuloskelettale Schmerzen bei chronifizierter und teils immobilisierender Lumboischialgie, die Schmerzen seien insgesamt eher im Rahmen einer muskuloskelettalen Grunderkrankung zu verorten (A.S. 66). Wie die Beschwerdegegnerin mitteilt, hat der Beschwerdeführer am 12. Dezember 2023 eine vorsorgliche Neuanmeldung vorgenommen. Bei deren Behandlung wird zu prüfen sein, ob und gegebenenfalls inwiefern die Herzproblematik den Anspruch auf IV-Leistungen beeinflusst.

## **E. 6.5**

6.5.1 Dem Austrittsbericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2024 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 6. März 2024 bis 15. Mai 2024 erneut dort hospitalisiert war.

Diagnostiziert werden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Der Beschwerdeführer sei durch Dr. med. R.\_\_\_\_ erneut zur stationären Therapie zugewiesen worden. Er sei in reduziertem psychophysischem Zustand eingetreten. Er habe deutlich profitiert vom Abstand von zu Hause, der Struktur, dem sozialen Kontext und dem integrierten Therapieprogramm. Insbesondere der soziale Kontext habe sich, so scheine es, positiv auf die Stimmung des Patienten ausgewirkt. In den psychotherapeutischen Gesprächen sei primär stabilisierend und ressourcenaktivierend gearbeitet worden, um den Antrieb und die Aktivität zu steigern. Es sei aufgefallen, dass insbesondere der Lebensüberdruß deutlich stärker ausgeprägt gewesen sei als noch beim letzten stationären Aufenthalt 2022. Im Therapieverlauf sei die depressive Symptomatik rückläufig gewesen, der Patient habe geäußert, sich bei Austritt deutlich ruhiger zu fühlen. Das depressive Erschöpfungserleben sei im Verlauf deutlich zurückgegangen. Eine nachhaltige psychische Stabilisierung habe jedoch nicht erreicht werden können, der Patient zeige sich weiterhin stark lebensüberdrüssig. Die Rückenschmerzen hätten mit Besserung des psychischen Zustandes etwas verringert werden können, jedoch träten weiterhin starke Schwankungen mit massiven Schmerzspitzen auf (Urkunde 7 des Beschwerdeführers).

6.5.2 Aus diesen Ausführungen lässt sich entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht ableiten, im Rahmen des B.\_\_\_\_-Gutachtens sei sein psychischer Gesundheitszustand fehlerhaft beurteilt worden. Wohl ist dokumentiert, dass der Beschwerdeführer, der sich vom 3. Dezember 2022 bis 21. Januar 2023 zum zweiten Mal in der Klinik C.\_\_\_\_ aufgehalten hatte, dort etwas mehr als ein Jahr später, vom 6. März 2024 bis 15. Mai 2024 erneut hospitalisiert wurde, wobei die Ärzte wiederum eine depressive Symptomatik diagnostizierten, welche sie, insbesondere wegen eines gesteigerten Lebensüberdrußes, im Vergleich zu den beiden früheren Aufenthalten als gravierender einschätzten. Im Verlauf des Aufenthalts konnte auch diesmal eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik erreicht werden, allerdings keine nachhaltige Stabilität. Zuverlässige Rückschlüsse auf die Situation, wie sie im Zeitpunkt der Begutachtung Ende 2021 oder bei Erlass der angefochtenen Verfügung im Juni 2023 bestand, lassen sich daraus nicht ziehen.

6.6 Zusammenfassend finden sich in den Akten keine ärztlichen Berichte, welche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des B.\_\_\_\_-Gutachtens wecken könnten. Ebenso wenig bestehen gewichtige Hinweise auf eine anschliessend eingetretene Veränderung, welche vor dem Erlass der Verfügung vom 28. Juni 2023 anspruchrelevant geworden wäre. Die vom Beschwerdeführer am 12. Dezember 2023 eingereichten, nach der angefochtenen Verfügung datierenden ärztlichen Berichte führen zu keinem anderen Ergebnis. Dasselbe gilt für den Austrittsbericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2024.

## **E. 7**

7.1 Laut dem B.\_\_\_\_-Gutachten vom 31. Januar 2022 gilt die von ihnen festgestellte volle Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf seit November 2017, die Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer angepassten Tätigkeit seit Dezember 2021. Dies veranlasste die Beschwerdegegnerin in ihrem zweiten Vorbescheid vom 31. Mai 2022 (IV-Nr. 90; E. I. 1.2 hiervor) zur Annahme, von Dezember 2017 bis Dezember 2021 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit bestanden, so dass dem Beschwerdeführer von Dezember 2018 (Ablauf des Wartjahres) bis März 2022 (drei Monate nach Eintritt der Verbesserung) eine ganze Rente zustehe. Im dritten Vorbescheid vom 18. April 2023 (IV-Nr. 107; E. I. 1.3 hiervor) wurde dagegen ein Rentenanspruch

verneint mit der Begründung, für den Zeitraum vor Dezember 2021 könne auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2020 (E. II. 4 hiervor) abgestellt werden, und auch für den nachfolgenden Zeitraum erscheine die Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_, wonach in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe, als plausibel; ihr sei gegenüber der Einschätzung der B.\_\_\_\_, welche die Arbeitsfähigkeit lediglich auf 70 % bezifferte, der Vorrang einzuräumen. Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, es sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit (auch in einer Verweistätigkeit) auszugehen, welche jedenfalls bis Dezember 2021 bestanden habe und von welcher anschliessend ■ mangels einer dokumentierten erheblichen Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG ■ auch weiterhin auszugehen sei.

7.2 Die Ergebnisse des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2020, insbesondere die dortige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wurden durch das B.\_\_\_\_-Gutachten vom 31. Januar 2022 bestätigt. Auch die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwände sind vor dem Hintergrund der späteren Begutachtung als entkräftet anzusehen. Namentlich wird das Argument, Dr. med. E.\_\_\_\_ habe zu Unrecht auf den Beizug eines Dolmetschers verzichtet, nachdem der Beschwerdeführer dies abgelehnt habe, deutlich relativiert. Wie dem B.\_\_\_\_-Teilgutachten zu entnehmen ist, war bei der dortigen psychiatrischen Exploration eine Dolmetscherin zugegen, welche aber nie übersetzen musste, weil der Explorand gut Deutsch sprach und die Dolmetscherin nicht beanspruchte (vgl. IV-Nr. 72.2 S. 32). Vor diesem Hintergrund kann ausgeschlossen werden, dass die erste Begutachtung durch eine ungenügende sprachliche Verständigung erschwert worden wäre. Auch anderweitige Gründe, welche Zweifel am Beweiswert des früheren psychiatrischen Teilgutachtens wecken müssten, sind nicht ersichtlich. Der vom Beschwerdeführer postulierte Widerspruch zwischen den beiden damaligen Teilgutachten in Bezug auf die Schmerzproblematik lässt sich vor dem Hintergrund des B.\_\_\_\_-Gutachtens ebenfalls auflösen. Dieses erwähnt eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv beklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden, für die eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren verantwortlich zeichne, welche sich aber nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (IV-Nr. 72.2 S. 9).

7.3 Das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ wurde zwar den grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme ebenfalls gerecht (vgl. E. II. 4.1 und 4.3 hiervor). In der Folge liess der Beschwerdeführer jedoch neue medizinische Unterlagen einreichen, welche teilweise schon vor dem Gutachten erstellt worden, aber der Gutachterin nicht bekannt gewesen waren. Vor diesem Hintergrund stellte sich die Frage, ob aufgrund dieser zusätzlichen Dokumente Anlass bestand, die Ergebnisse des Gutachtens infrage zu stellen, sei es für den damaligen Zeitpunkt oder zur Abklärung einer allenfalls später eingetretenen Veränderung. Es bestand daher Anlass zur Einholung eines weiteren Gutachtens (vgl. E. II. 4.6 hiervor). Dieses liegt nun in Form des grundsätzlich beweiswertigen B.\_\_\_\_-Gutachtens vom 31. Januar 2022 vor. Es stützt sich zusätzlich zur psychiatrischen und rheumatologischen auch auf neurologische und internistische Untersuchungen. Die von Dr. med. D.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen werden mit geringen terminologischen Abweichungen bestätigt; die beiden Beurteilungen lassen sich inhaltlich vereinbaren. Einig sind sich die Gutachterpersonen auch insoweit, als die frühere Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist, wogegen eine angepasste, körperlich leichte

Tätigkeit vollzeitlich ausgeübt werden kann. Eine Abweichung besteht allerdings in Bezug auf die Leistungsfähigkeit, denn während Dr. med. D. \_\_\_ in diesem Rahmen von einer grundsätzlich vollen Leistung ausgeht, bejahen die B. \_\_\_-Gutachter einen deutlich erhöhten Bedarf nach Ruhe- und Erholungspausen und schätzen die Arbeitsfähigkeit auf 70 %. Es rechtfertigt sich, abweichend vom Vorgehen der Beschwerdegegnerin, auf diese Einschätzung abzustellen, da sie auf der vollständigen Aktenlage basiert und auch ein neurologisches Teilgutachten umfasst. Es lässt sich zwar nicht ausschliessen, dass die Leistungsfähigkeit zu einem früheren Zeitpunkt etwas höher war, aber eine solche Annahme liesse sich nicht hinreichend abstützen. Es ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit dem frühestmöglichen Rentenbeginn im Dezember 2018 in einer angepassten Verweistätigkeit zu 70 % arbeitsfähig ist. Eine erhebliche Veränderung, welche nach diesem Zeitpunkt eingetreten wäre, ist nicht ausgewiesen.

8. Nach dem Gesagten ist, abweichend von der Beschwerdegegnerin, nicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit auszugehen. Die Frage, ob ein Renten- bzw. Leistungsanspruch besteht, beurteilt sich daher aufgrund einer Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleichs. Massgebender Zeitpunkt ist der frühestmögliche Rentenbeginn im Dezember 2018.

8.1 Für die Bestimmung des Ausmasses der Invalidität (Invaliditätsgrad) wird gemäss Art. 16 ATSG 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).

8.2

8.2.1 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Lohn anzuknüpfen, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre; Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.1). Insbesondere wenn der Versicherte als Gesunder nicht mehr an der bisherigen Arbeitsstelle tätig wäre, ist das Valideneinkommen praxisgemäss mittels statistischer Werte zu bestimmen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_551/2017 vom 2. August 2018 E. 5 m. w. H.).

8.2.2 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher der Versicherte konkret steht. Übt er nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der ■ kumulativ ■ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind, anzunehmen ist, dass er die ihm verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, sowie das Einkommen als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint, gilt grundsätzlich der von ihm tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solch tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil der Versicherte nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne beigezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b).

8.3

8.3.1 Der Beschwerdeführer war bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bei der V.\_\_\_\_, einer Personalvermittlungsunternehmung, angestellt und von dieser an die Firma W.\_\_\_\_ als Bauarbeiter verliehen. Gemäss Einsatzvertrag vom 30. Oktober 2017 war der dortige Einsatz von Anfang an auf rund eine Woche befristet (IV-Nr. 4 S. 15). Der Beschwerdeführer wäre damit auch ohne Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht mehr bei der Firma W.\_\_\_\_ im Einsatz, weshalb auf Seiten des Valideneinkommens nicht auf das dort erzielte Einkommen abzustellen ist. Der Beschwerdeführer war gemäss eigenen Angaben in den Akten seit Beginn seines Erwerbslebens als ungelernter Arbeiter auf dem Bau tätig (IV-Nr. 42.1 S. 5; IV-Nr. 72.2 S. 7, 24). Überwiegend wahrscheinlich wäre er dies als Gesunder somit weiterhin. Auf Seiten des Valideneinkommens ist daher auf die statistischen Angaben der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) für das Baugewerbe abzustellen.

8.3.2 Gemäss der im Zeitpunkt des Eintritts des Gesundheitsschadens aktuellen LSE aus dem Jahr 2018 erzielten Männer (ungelernt) im Baugewerbe ein durchschnittliches monatliches Einkommen in Höhe von CHF 5'654.00 (LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Wirtschaftszweig 41 ■ 43: Baugewerbe, Kompetenzniveau 1, Männer). Die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit betrug in dieser Branche im Jahr 2018 41.3 h (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, 2004 ■ 2023, Abschnitt F, Sektor 41 ■ 43: Baugewerbe/Bau, 2018). Demnach hätte der Beschwerdeführer auf dem Bau im Zeitpunkt seines Rentenbeginns im Jahr 2018 ein Einkommen von CHF 70'053.00 (CHF 5'654.00 x 12 x 41.3 h/40 h) erzielen können. Dieser Betrag ist als Valideneinkommen einzusetzen.

## 8.4

8.4.1 Aufgrund der rheumatologisch festgestellten degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule ist dem Beschwerdeführer nur noch eine Tätigkeit mit sehr leichter Rückenbelastung, nur leichten körperlichen Belastungen und der Möglichkeit, Wechselpositionen einzunehmen, zumutbar. Der Beschwerdeführer geht ausweislich der Akten seit Beendigung seines Einsatzes bei der Firma W.\_\_\_\_ keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Es ist daher auf Seiten des Invalideneinkommens praxisgemäss auf das branchenübergreifende Total der LSE im Kompetenzniveau 1 abzustellen, welches nebst anderen Tätigkeiten auch eine Vielfalt an körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten beinhaltet.

8.4.2 Gemäss der LSE 2018 betrug der durchschnittliche monatliche Lohn eines Mannes in einer Hilfstätigkeit CHF 5'317.00 (LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Kompetenzniveau 1, Männer, Total). Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit über alle Branchen hinweg gemittelt lag 2018 bei 41.7 h (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, 2004 ■ 2023, Abschnitt 01 ■ 96, Total, 2018). Der Median des Einkommens von Männern in diesem Segment belief sich demnach im Jahr 2018 auf CHF 66'515.70 (CHF 5'317.00 x 12 x 41.7 h/40 h). Bei der dem Beschwerdeführer verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 70 % entspricht dies einem jährlichem Einkommen von CHF 46'561.00 (CHF 66'515.70 x 70 %).

8.4.3 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Lohndaten wie namentlich der LSE ermittelt, ist der so erhobene Ausgangswert gemäss bisheriger Rechtsprechung 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 und die versicherte Person je nach

Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen. Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug vom Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (BGE 148 V 174 E. 6.3; 146 V 16 E. 4.1).

Beim Beschwerdeführer, der früher als Bauarbeiter tätig war und nun nur noch leichte bis sehr leichte Tätigkeiten ausüben kann, ist nach dieser Rechtsprechung ein Abzug vom Tabellenlohn grundsätzlich angezeigt. Praxisgemäss ist er auf 5 % oder 10 % zu bemessen. Weiter ist zu berücksichtigen, dass er im Besitz der Niederlassungsbewilligung (C-Ausweis; IV-Nr. 7) ist. Laut der LSE 2018, Tabelle T12\_b, lag der Median des Verdienstes dieser Personengruppe bei Tätigkeiten ohne Kaderfunktion rund 5 % unter dem Totalwert. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte erscheint ein Abzug von 10 % als angemessen. Damit reduziert sich das Invalideneinkommen von CHF 46'561.00 auf CHF 41'905.00.

8.5 Aus der Gegenüberstellung von Validen■ und Invalideneinkommen resultiert eine prozentuale Einkommensdifferenz von rund 40 % ([CHF 70'053.00 ■ CHF 41'905.00] / CHF 70'053.00 x 100). Diese Einbusse entspricht dem Invaliditätsgrad (vgl. E. II. 8.1 hiervor). Sie vermittelt einen Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. E. II. 2.4 hiervor). Die Beschwerde ist in diesem Sinn teilweise gutzuheissen.

## **E. 9**

9.2. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Ausgangsgemäss sind die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu  $\frac{3}{4}$ , also CHF 450.00, dem Beschwerdeführer und zu  $\frac{1}{4}$ , entsprechend CHF 150.00, der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Anteil des Beschwerdeführers ist mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 zu verrechnen, der Restbetrag von CHF 150.00 ist ihm zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

3. Die Verfahrenskosten von CHF 600.00 werden zu CHF 450.00 dem Beschwerdeführer und zu CHF 150.00 der Beschwerdegegnerin auferlegt. Der Anteil des Beschwerdeführers wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet; der Restbetrag von CHF 150.00 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

Studer

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit den Urteilen 8C\_620/2024, 8C\_638/2024 vom 24. März 2025 teilweise aufgehoben.

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