

SO_GERICHTE VSBES.2024.321 vom 26. März 2026

SO Obergericht, 2026-03-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.321

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.321 du 26 mars 2026

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.321 del 26 marzo 2026

Volltext

Urteilvervom 26. März 2026

Es wirken mit:

Präsidentin Weber-Probst

Oberrichter Flückiger

Oberrichterin Marti

Gerichtsschreiberin Küng

In Sachen

A.____ vertreten durch Rechtsanwältin Franziska Ryser-Zwygart

Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Solothurn, Allmendweg 6, 4528 Zuchwil,

Beschwerdegegnerin

betreffend Invalidenrente (Verfügung vom 13. November 2024)

zieht das Versicherungsgericht in Erwägung:

1.

1.1 Der 1966 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich erstmals am 22. März 2005 (Eingang) unter Hinweis auf seit 6. April 2004 bestehende Depressionen bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 6). Nach Einholen der medizinischen Akten (IV-Nrn. 10, 13) erstatteten Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. C.____, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, am 21. November 2005 ein bidisziplinäres Gutachten (IV-Nrn. 23.1, 23.2 und 24). Gestützt darauf wurde dem Beschwerdeführer mit Einspracheentscheid vom 25. Juli 2006 (IV-Nr. 38) per 1. April 2006 eine Viertelsrente (IV-Grad: 40 %) zugesprochen. Die durch den Beschwerdeführer beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) dagegen erhobene Beschwerde vom 30. August 2006 (IV-Nr. 39) wurde von diesem mit Urteil VSBES.2006.230 vom 8. Februar 2007 rechtskräftig abgewiesen (IV-Nr. 43).

1.2 Nach Eingang des Arbeitsvertrages der Firma D.____, [...], vom 1. Juli 2014 (IV-Nr. 57) wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 26. Januar 2015 (IV-Nr. 61) aufgrund eines neu errechneten IV-Grades von 5 % die bisher ausgerichtet Rente aufgehoben. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

2. Der Beschwerdeführer meldete sich am 11. Mai 2015 (Eingang, IV-Nr. 64) bei der Beschwerdegegnerin aufgrund eines verschlechterten Gesundheitszustandes (Herzinfarkt im Februar 2015) für Übergangsleistungen an. Mit Verfügung vom 25. Juni 2015 (IV-Nr. 70) wurde ihm per 1. April 2015 eine Übergangsleistung in Höhe einer Viertelsrente zugesprochen. Im anschliessenden Revisionsverfahren wurde dem Beschwerdeführer nach dem Einholen weiterer medizinischer Unterlagen und dem psychiatrischen Verlaufsgutachten bei Dr. med. B.____ vom 6. Dezember 2016 (IV-Nr. 92), die Rente / Übergangsleistung mit Verfügung vom 29. Mai 2017 auf Ende des folgenden Monats hin aufgehoben (IV-Nr. 98). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.
3. Auf die erneute Anmeldung zum Leistungsbezug vom 2. Mai 2018 (Eingang, IV-Nr. 103) trat die Beschwerdegegnerin sodann mit Verfügung vom 11. Juli 2018 (IV-Nr. 113) nicht ein. Die dagegen beim Versicherungsgericht erhobene Beschwerde vom 14. September 2018 (Eingang, IV-Nr. 115 S. 3 ff.) wurde von diesem mit rechtskräftigem Urteil VSBES.2018.226 vom 29. Januar 2019 abgewiesen (IV-Nr. 121).
4. Auf die am 11. März 2019 (Eingang, IV-Nr. 122) erfolgte Neuanmeldung zum Leistungsbezug trat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 8. Juli 2019 nicht ein (IV-Nr. 135). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.
5. Am 13. Mai 2022 (Eingang, IV-Nr. 143) erfolgte eine erneute Anmeldung zum Leistungsbezug. Nach dem Einholen der medizinischen Akten und der Stellungnahme vom Dr. med. E.____, Facharzt Anästhesiologie FMH, RAD, vom 27. März 2023 (IV-Nr. 156 S. 2 ff.), liess die Beschwerdegegnerin bei der Gutachterstelle F.____ am 18. März 2024 ein polydisziplinäres Gutachten (internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch, kardiologisch, neurologisch und pneumologisch, IV-Nrn. 169.1 ■ 169.10) erstellen. Dazu nahm u.a. der RAD-Arzt Dr. med. E.____ am 18. April 2024 (IV-Nr. 172 S. 2 ff.) Stellung. Gestützt auf die weitere Stellungnahme von Dr. med. E.____, RAD, vom 17. Juli 2024 (IV-Nr. 180) wurde dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 22. Juli 2024 (IV-Nr. 181) sowohl die Abweisung beruflicher Eingliederungsmassnahmen als auch des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht gestellt. Zu den dagegen am 20. August 2024 erhobenen Einwänden (Eingang, IV-Nr. 84) nahm der RAD-Arzt Dr. med. E.____ am 3. Oktober 2024 (IV-Nr. 187) Stellung. Mit Verfügung vom 13. November 2024 wurden die Einwände abgewiesen und die Abweisung der Leistungsbegehren bestätigt (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.).
6. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 12. Dezember 2024 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 11 ff.):
U.K.u.E.F.
7. Die Beschwerdegegnerin verzichtet mit Eingabe vom 25. Februar 2025 (A.S. 82) auf eine Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde.
8. Mit prozessleitender Verfügung vom 28. Februar 2025 (A.S. 83 f.) wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwältin Franziska Ryser-Zwygart, [...] als unentgeltliche Rechtsbeiständin bestellt.
9. Die Eingabe des Beschwerdeführers vom 7. März 2025 (A.S. 85) geht samt Beilage (Arztbericht des Spitals G.____ vom 15. November 2024, Beschwerdebeilage Nr. 50) mit Verfügung vom 10. März 2025 (A.S. 86) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

10. Die am 11. März 2025 (Eingang, A.S. 87 ff.) durch Rechtsanwältin Franziska Ryser-Zwygart zugestellte Kostennote geht mit Verfügung vom 11. März 2025 zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin (A.S. 90).

11. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen.

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 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: 13. November 2024) eingetreten ist (Miriam Lendfers, in: Ueli Kieser / Matthias Kradolfer / Miriam Lendfers [Hrsg.], Kommentar ATSG, 5. Auflage, Zürich, Genf 2024, Art. 61 ATSG N 90).

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 Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen.

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

3. Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86terIVV [Verordnung über die Invalidenversicherung, SR 831.201] sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an

frühere Beurteilungen besteht (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1, je mit Hinweisen).

3.1 Voraussetzung für eine Rentenrevision ist, dass sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Revisionsgrund). Eine hinzugetretene oder weggefallene Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverbesserung oder -verschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; Urteil des Bundesgerichts 9C_453/2021 vom 1. Dezember 2021 E. 4.4.2).

3.2 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4, auch 130 V 71 E. 3.2.3).

3.3 In Revisionsfällen ist zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, die von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber auszusprechen hat, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Das Feststellen einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt deshalb wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema ■ erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts ■ bezieht (Urteil des Bundesgerichts 8C_161/2012 vom 5. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

4. Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 194 E. 3.b S. 194 f.). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160).

5. Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1

und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

6. Streitig und vorliegend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 13. November 2024 (A.S. 1 ff.) den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im vorliegenden Verfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung ■ hier vom 29. Mai 2017 (IV-Nr. 98) ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 13. November 2024 (A.S. 1 ff.).

In Bezug auf den mit angefochtener Verfügung vom 13. November 2024 ebenfalls abgewiesenen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ist festzuhalten, dass in der Beschwerdeschrift vom 12. Dezember 2024 (A.S. 11 ff.) zwar die Aufhebung der Verfügung insgesamt verlangt wird (vgl. E. I. 6 Ziff. 1 hiervor), sich die Beschwerdebegündung jedoch ausschliesslich auf den Rentenanspruch bezieht. Es ist daher mangels Begründung auf die Beschwerde betreffend die beruflichen Massnahmen nicht einzutreten.

7. In der Verfügung vom 29. Mai 2017 (IV-Nr. 252), mit welcher die dem Beschwerdeführer ausgerichteten Leistungen (Invalidenrente / Übergangsleistungen) per 1. Juni 2017 aufgehoben wurden, stützte sich die Beschwerdegegnerin aus medizinischer Sicht im Wesentlichen auf die Arztberichte von Dr. med. H.____, Ärztin Kardiologie, Spital G.____, vom 29. September 2015 (IV-Nr. 80), und von prakt. med. I.____, Allgemeine Medizin FMH, vom 21. Juni 2016 (IV-Nr. 85), sowie auf das psychiatrisch-psychotherapeutische Verlaufsgutachten von Dr. med. B.____ vom 6. Dezember 2016 (IV-Nr. 92). Auf diese medizinischen Berichte wird nachfolgend eingegangen (vgl. E. II. 7.1 ■ 7.3 hiernach). In der Verfügung wurde weiter festgehalten, dass aus somatischer Sicht seit 22. Mai 2015 für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe und seit dem 9. November 2016 auch aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben sei.

7.1 Im kurz und knapp gehaltenen Arztbericht vom 29. September 2015 (IV-Nr. 80) wies die den Beschwerdeführer vom 8. Februar bis 28. April 2015 behandelnde Dr. med. H.____, Ärztin Kardiologie, Spital G.____, keine Diagnosen aus. Sie hielt indes fest, dass nach der Teilnahme am ambulanten kardiologischen Rehabilitationsprogramm vom 2. März bis

22. Mai 2015 von kardialer Seite her die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit vorhanden seien. Mittels TTE und Ergometrie habe eine normale Herzfunktion erhoben werden können. Als therapeutische Massnahmen wurden «Medikamente» angegeben.

7.2 Prakt. med. I. ___, Allgemeine Medizin FMH, hielt im ebenfalls relativ kurz und knapp gehaltenen Arztbericht vom 21. Juni 2016 (IV-Nr. 85) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: «Mittelschwere Depression, Angststörung» und wies diesbezüglich darauf hin, dass die Frage, inwieweit dies arbeitseinschränkend sei, durch den behandelnden Psychiater beurteilt werde. Ferner wurde folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen: «Koronare 2-Gefässerkrankung, seit Februar 2015; PAVK IIa links, seit 2010 bekannt». Aus somatischer Sicht bestehe in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit keine Einschränkung für eine leichte bis mittelschwere Arbeit.

7.3 Dr. med. B. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychiatrisch-psychotherapeutischen Verlaufsgutachten vom 6. Dezember 2016 (IV-Nr. 92) fest, es gebe keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Folgende Diagnose habe keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 29):

Hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2)

Zusammenfassend sei beim Beschwerdeführer gemäss ICD-10 F45.2 die Diagnose einer hypochondrischen Störung zu stellen, die sich nach einem Herzinfarkt im Februar 2015 entwickelt habe. Auf akzentuierte (selbstunsicher, passiv- aggressiv, emotional instabil) Persönlichkeitszüge sei (immer noch) hinzuweisen. Eine gemischte Angst und depressive Störung (ICD-10 F41.2) könne nicht mehr bestätigt werden («Status nach», S. 17). Eine relevante (> 20 % von 100 %) längerfristige Arbeitsunfähigkeit sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht zu begründen. Von dieser Einschätzung könne ab Datum der aktuellen Untersuchung (9. November 2016) sicher ausgegangen werden. Aufgrund nicht hinreichender Beobachtungen und / oder kritisch differenziert nachvollziehbarer fachärztlicher Beurteilungen könne jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschätzt werden, ob bereits vor November 2016 und allfällig ab wann genau nach dem Herzinfarkt vom Februar 2015 auf die aktuelle Einschätzung abgestellt werden könne.

8. Im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 13. November 2024 (A.S. 1 ff.) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle F. ___ (Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie und Psychologie, Kardiologie, Neurologie, Pneumologie) vom 18. März 2024 (IV-Nrn. 169.1 ■ 169.10). Darin wurden folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-Nr. 169.2 S. 1):

Folgende Diagnosen seien ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 169.2 S. 2):

Aus aktueller gutachterlicher psychiatrischer Sicht gebe es Hinweise auf eine teils traumatisierende Kindheit und Jugend in der [...], welche zu einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung geführt habe. Unverändert zur Begutachtung 2016 könnten akzentuierte Persönlichkeitszüge festgestellt werden. Der Beschwerdeführer berichte, dass er früher ein sehr aufbrausender Mensch gewesen sei.

Bei der Begründung der Gesamtarbeitsfähigkeit sei die kardiologische Beurteilung führend. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der metallverarbeitenden Industrie könne der Beschwerdeführer nicht mehr tätig sein. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe ab September

2015 in einer angepassten Tätigkeit wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Mit einer langsamen Steigerung auf 100 % über sechs Monate wäre der Beschwerdeführer ab 1. März 2016 in einer sitzenden Tätigkeit unter leichter körperlicher Belastung wieder zu 100 % arbeitsfähig. Die bisherigen medizinischen Massnahmen seien adäquat und ausgeschöpft. Es sollten weiterhin eine strenge Kontrolle und Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren erfolgen. Die Anbindung an eine Herzsportgruppe könne eine weitere Besserung der Belastbarkeit mit sich bringen, ebenso das Vertrauen in sich selbst (IV-Nr. 169.2 S. 2 f.).

8.1 Nachfolgend ist der Beweiswert dieses polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle F.____ vom 18. März 2024 (IV-Nrn. 169.1 ■ 169.10) zu prüfen: Das Gutachten stammt von unabhängigen Fachärzten und Fachärztinnen der einschlägigen medizinischen Disziplinen der Allgemeinen Inneren Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie, Kardiologie, Neurologie und Pneumologie, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beurteilen. Zudem haben die Experten den Beschwerdeführer ■ teilweise unter Beizug eines [...] sprechenden Dolmetschers (vgl. IV-Nrn. 169.1 S. 1, 169.3 S. 4, 169.4 S. 4, 169.5 S. 5) ■ zu seinen subjektiven Beschwerden, seinen Lebensumständen sowie seiner Vorgeschichte befragt (IV-Nrn. 169.3, 169.4, 169.5, 169.6, 169.7 je S. 2 ff. und 169.8 S. 1 ff.), die objektiven Befunde erhoben (IV-Nrn. 169.3 S. 2 ff., 169.4 S. 2 ff., 169.5 S. 2 ff., 169.6 S. 2 ff.; 169.7 S. 2 ff., 169.8 S. 1 ff.) und die wesentlichen Akten unter dem Titel «fachübergreifender Aktenauszug» zur Kenntnis genommen (IV-Nr. 169.9). Auf dieser Grundlage nahmen die Experten sodann die medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung vor und äusserten sich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (IV-Nrn. 169.3 S. 6, 169.4 S. 10 ff., 169.5 S. 8 ff., 169.6 S. 11 ff., 169.7 S. 9 f.). In Rahmen der «interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung)» gelangten die Experten sodann zu einer gemeinsamen Beurteilung (IV-Nr. 169.2), welche vor dem Hintergrund der objektivierten Befunde nachvollziehbar ist. Die formellen Vorgaben sind erfüllt.

8.2 Es ist nachfolgend auf die einzelnen Teilgutachten einzugehen und zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Akten deren Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen:

8.2.1 In Bezug auf das allgemein internistische Teilgutachten von Dr. med. J.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, vom 11. Januar 2024 (IV-Nr. 169.3), ergibt sich Folgendes:

8.2.1.1 Im allgemein internistischen Teilgutachten wurden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (S. 5 f.). Folgende Hauptdiagnosen seien ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: «Status nach Rektumpolypektomie, Sigmadivertikulose (ICD-10 K57), Adipositas Grad I (ICD-10 E66.00) und Hyperurikämie (ICD-10 E79)». Diese Diagnosestellungen sind mit Blick auf die erhobenen Befunde, die durchgeführten Laboruntersuchung und die medizinischen Vorakten nachvollziehbar: So wurde im Rahmen der durchgeführten Untersuchung u.a. ein guter Allgemein- und Ernährungszustand (BMI 31.2 kg/m²) festgestellt. Die übrigen Befunderhebungen präsentierten sich demgegenüber als weitgehend unauffällig. So seien die Pupillen isokor, enoral reizlos, die Schilddrüse nicht palpabel, der Puls 61 / min. regelmässig. Es seien reine Herztöne, keine pathologischen Geräusche feststellbar. Die Halsvenen seien nicht gestaut, keine prätibialen Ödeme, periphere Pulse seitengleich gut tastbar, keine vaskulären Strömungsgeräusche auskultierbar. Der Thorax sei symmetrisch. Es gebe ein vesikuläres Atemgeräusch ubiquitär, keine Rasselgeräusche. Das Abdomen sei weich, Meteorismus, keine

Druckdolenz, keine Resistenz, lebhaftige Darmperistaltik, keine Hepatosplenomegalie tastbar. Die Nierenloggen seien frei und indolent. Bei der Durchführung der Laboruntersuchung vom 12. Januar 2024 (IV-Nr. 169.10 S. 9) wurde zudem u.a. ein erhöhter Harnsäurewert von 426 umol/l gemessen, weshalb die ausgewiesene «Hyperurikämie (ICD-10 E79)» ebenfalls überzeugt. In Bezug auf die weiter ausgewiesenen Diagnosen eines «Status nach Rektumpolypektomie» und einer «Sigmadivertikulose» ist den medizinischen Vorakten Folgendes zu entnehmen: Aus dem Bericht «Ileo-Kolonoskopie mit Polypektomie vom 10. März 2023 (IV-Nr. 159 S. 6 ff.) des Spitals G.____, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie (IV-Nrn. 169.9 S. 12, 159 S. 6 ff.) geht hervor, dass eine Ileo-Kolonoskopie betreffend zweier Polypen im Rektum durchgeführt worden sei. Ferner ist dem provisorischen Austrittsbericht des Spitals G.____, Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefässchirurgie, vom 25. November 2022 zu entnehmen, dass in der CT eine «akute unkomplizierte Sigmadivertikulitis (mod. Hinchey Ia).» habe objektiviert werden können (IV-Nrn. 169.9 S. 11, 159 S. 2 f.).

Das internistische Teilgutachten ist somit grundsätzlich beweiswertig.

8.2.1.2 Es ist zu prüfen, ob die medizinischen Vorakten den grundsätzlichen Beweiswert des allgemeininternistischen Teilgutachten von Dr. med. J.____ allenfalls zu schmälern vermögen:

Dr. med. J.____ hielt in ihrem allgemeininternistischen Teilgutachten fest, es fänden sich aus internistischer Sicht keine Widersprüche in den vorliegenden Unterlagen (IV-Nr. 169.3 S. 6). Dieser gutachterlichen Einschätzung kann gefolgt werden. So finden sich in den vorliegend dokumentierten Akten keine Berichte von auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisierten Fachärzten. Folglich wird der Beweiswert des internistischen Teilgutachtens nicht geschmälert.

8.2.2 In Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. K.____, Fachärztin für Rheumatologie, vom 9. Januar 2024 (IV-Nr. 169.4) ergibt sich Folgendes:

8.2.2.1 Die von Dr. med. K.____ ausgewiesenen, sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen («Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit Diskushernie L5/S1 und möglicher Affektion der Nervenwurzel L5 links, Facettengelenksarthrosen L4 bis S1 bei leichtgradiger skoliotischer Fehlhaltung thorakolumbal und myofaszialen Dysbalancen [ICD-10 M41, M42, M47, M51]; aktenanamnestisch Tennisellbogen / Epicondylitis humeri radialis rechts, aktuell klinisch Epicondylitis humeri ulnaris links [ICD-10 M77]; leichte Spreizfuss-Fehlstellung [ICD-10 M21]; Initiale Coxarthrose beidseits linksbetont [ICD-10 M16]») vermögen aufgrund der gutachterlichen «Herleitung» zu überzeugen (S. 9): So liege im konkreten Fall keine entzündliche rheumatische Grunderkrankung vor. Keines der Gelenke weise aktuell eine Rötung, Überwärmung, Ergussbildung oder Kapselschwellung auf. Diese gutachterliche Einschätzung leuchtet mit Blick auf die erhobenen Befunde ein. So wurde in Bezug auf die Ellbogen, Hände, Knie und Füße festgehalten, es seien aktuell weder Ergüsse noch Synovitis beidseits tastbar (S 6). Ferner, so die Gutachterin, ergebe die Laboranalyse keine entzündliche Krankheitsaktivität. Die Entzündungsparameter seien nicht erhöht. Auch diese Einschätzung vermag unter Bezug der Laboruntersuchung vom 12. Januar 2024 zu überzeugen (IV-Nr. 169.10). So wurden einzig in Bezug auf die Harnsäure, das Hämatokrit und Hämoglobin erhöhte Werte festgestellt. Ferner erweist sich gestützt auf die erhobenen Befunde auch die weitere gutachterliche Einschätzung als nachvollziehbar, wonach das Achsenskelett sowie die grossen und kleinen peripheren

Gelenke ordentlich beweglich seien, ohne wesentliche Funktionseinbusse oder Bewegungsdefizit, obgleich der Beschwerdeführer einen konstant vorhandenen Schmerz im lumbalen Wirbelsäulensegment mit VAS 8 angebe. So hielt die Gutachterin unter dem Titel «Verhaltensbeobachtung und äussere Erscheinung» (S. 5) u.a. Folgendes fest: Einschränkung der allgemeinen Mobilität beim An- und Entkleiden mit wiederholter Rumpfklinaktion und Flexion in Hüft- und Kniegelenken. Der Beschwerdeführer habe sich im Stehen und Sitzen an- / entkleiden können. Auch Überkopf An- und Entkleiden des Pullovers sei für ihn flüssig möglich, dabei keine Schmerzäusserung. Keine Schonhaltung. Während des Gesprächs habe er auch keine Schonhaltungen eingenommen. Er sitze mit beiden Beinen am Boden abgelegt. Habe die Unterarme manchmal an der Sessellehne abgestützt und sitze entspannt mit dem Oberkörper in der Lehne ohne Grundspannung. Nachgefragt habe er aber während des Gesprächs auch Schmerzen im lumbalen Segment gehabt. Er habe diese auf ständig VAS 8 beziffert. Auch die weiteren gutachterlichen Einschätzungen, wonach eine Gelenkinstabilität genauso wie eine neuroradikuläre Ausfallssymptomatik fehlten, sind plausibel. So würden die symmetrischen Krafttests seitengleich ordentlich demonstriert ohne Hinweis auf hypo- oder atrophe Partien bei symmetrisch vorhandenem Muskelkorsett. Die Griffkraft sei ebenfalls seitengleich ordentlich vorhanden. Die seitenvergleichende Umfangmessung ergebe keine pathologische Differenz, so dass die längerfristige Schonung des Armes oder Beines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne (S. 9). So wurden folgende Werte erhoben (S. 7): 15 cm oberhalb vom Epicondylus humeroradialis 31 cm beidseits; 10 cm unterhalb vom Epicondylus humeroradialis rechts 26 cm, links 25.5 cm. Der Beschwerdeführer sei Rechtshänder. 15 cm oberhalb medialen Kniegelenkspaltes 53 cm beidseits 15 cm, unterhalb medialen Kniegelenkspaltes 34 cm. Anschliessend ging die rheumatologische Gutachterin auf die im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens veranlassten Röntgenaufnahmen der LWS ap / seitlich stehend, sowie des Beckens ap / stehend vom 9. Januar 2024 (IV-Nr. 169.10 S. 11) ein. Dabei hielt sie fest, es fänden sich eine harmonische Lendenlordose ohne signifikante Skoliose und Osteodestruktionen bei leichter Spondylose L2/3 und etwas prominenten submarginalen Spondylophyten ventral. Ansonsten seien keine relevanten ossären degenerativen Veränderungen bei regelrechten ISG-Fugen beidseits vorhanden. Weiter stelle sich der Beckenring intakt dar, ohne wesentliche degenerative Veränderungen der Symphyse und der ISG-Fugen, auch ohne Hinweis auf paraossale Weichteilkalzifikationen. Es sei eine initiale Coxarthrose beidseits linksbetont zu erkennen mit leicht exzentrischer Gelenkspaltverschmälerung. Der CE-Winkel messe jeweils ca. 46 Grad, womit grundsätzlich die Konstellation zu einem femoroazetabulären Pincer-Impingement gegeben wäre. Diesen gutachterlichen Ausführungen kann gefolgt werden, da sie den im Untersuchungsbericht vom 9. Januar 2024 (IV-Nr. 109.10) objektivierten Befunden entsprechen. Dr. med. K. ___ hielt weiter fest, ein Fibromyalgiesyndrom gemäss den Kriterien des ACR sei bei fehlendem widespread pain nicht zu bestätigen. Auch diese gutachterliche Einschätzung erscheint aufgrund der anschliessenden Begründung schlüssig. So konzentrierte sich das Schmerzgeschehen auf den lumbalen Bereich. Auch eine Hypermobilität sei nicht vorhanden, so liege ■ gemäss überzeugender gutachterlichen Begründung■, der Beighton-Score bei 0 von 9 möglichen Punkten. Ferner vermag auch die weitere gutachterliche Einschätzung zu überzeugen, wonach eine nicht höhergradige skoliotische Fehllhaltung aktenanamnestisch bereits bekannt und Mitursache für die zu objektivierenden myofaszialen Dysbalancen u.a. im Beckenbereich sei (S. 9).

Das rheumatologische Teilgutachten ist somit beweiswertig.

8.2.2.2 In Bezug auf die medizinischen Vorakten hielt Dr. med. K. ___ fest, es könne den vorliegenden Befundberichten von rheumatologischer Seite her gefolgt werden und verwies dazu auf das rheumatologische Konsilium von Dr. med. L. ___ vom 23. Oktober 1998 bzw. auf die M. ___ vom 2. November 2022 [wohl: 5. November 2021], IV-Nrn. 13 S. 37, 150 S. 2). So seien in den Akten bis dato keine Hinweise für das Vorliegen einer entzündlich rheumatischen Grunderkrankung gesehen worden, was auch zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt bestätigt werden könne. Dieser Einschätzung kann gefolgt werden. So hielt Dr. med. L. ___, Rheumatologie FMH, im Bericht vom 23. Oktober 1998 (IV-Nr. 13 S. 37) u.a. fest, es liege zurzeit keine Entzündung vor. Auch im Bericht der M. ___ vom 11. Mai 2021 (IV-Nr. 143 S. 11 f.) wurde ein unauffälliges Kniegelenk ohne Hinweise auf ein rheumatologisches Geschehen beschrieben.

Somit wird der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens durch die medizinischen Vorakten nicht geschmälert.

8.2.3 Einzugehen ist auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. N. ___, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. Januar 2024 (IV-Nr. 169.5):

8.2.3.1 Gemäss Dr. med. N. ___ berichte der Beschwerdeführer davon, aktuell an Angstzuständen ■ besonders nachts, ■ verminderter Belastbarkeit und rascher Erschöpfbarkeit zu leiden (S. 6). Diese Einschätzung überzeugt, da der Beschwerdeführer bei der gutachterlichen Exploration u.a. angegeben habe, seine Stimmung sei momentan ganz schlecht. Nur wenn er seinen Enkel sehe, gehe es ihm etwas besser. Er habe Angst vor dem Älterwerden. Er habe einen Herzinfarkt gehabt und leide an starken Schlafstörungen. Teilweise habe er in der Nacht das Gefühl, wie gelähmt zu sein, habe dann Mühe mit dem Atmen, sei wie paralysiert. Diese Probleme habe er seit ungefähr zehn Jahren (S. 2).

Ferner hielt die psychiatrische Gutachterin fest, es könne im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung keine klinisch relevante depressive Symptomatik mit durchgehend depressiver Verstimmung festgestellt werden. So sei der Beschwerdeführer jedoch je nach Thematik bedrückt, überwiegend aber gut affizierbar (S. 7). Diese gutachterliche Beurteilung kann nachvollzogen werden. So wurde im Rahmen des psychopathologischen Befundes u.a. festgehalten, das Bewusstsein sei ungestört. Die Orientierung sei allseits gegeben. Störungen der mnestischen Funktionen lägen nicht vor. Die Stimmungslage sei nach Thematik etwas niedergedrückt und deprimiert, klagsam, hoffnungsgemindert, teilweise auch ratlos. Das formale Denken sei umständlich. Es müsse öfter nachgefragt werden. Kein Hinweis für Wahn, Zwänge oder konkrete Phobien. Sinnestäuschungen keine. Ich-Störungen keine. Suizidale Tendenzen würden aktuell verneint. Ein Suizidversuch werde vor zehn Jahren berichtet (S. 5). Die psychiatrische Gutachterin Dr. med. N. ___ ging sodann diagnostisch gegenwärtig von einer Dysthymie aus (S. 7). Hierbei handle es sich um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug sei, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Dazugehörig sei auch der Begriff einer anhaltenden ängstlichen Depression. Diese gutachterlichen diagnostischen Einschätzungen sind nachvollziehbar. Im Weiteren diskutierte die psychiatrische Gutachterin das Vorliegen einer «generalisierten Angststörung», wobei sie diese Diagnose verneinte. Diese Einschätzung leuchtet aufgrund der nachfolgenden gutachterlichen Begründung ein (S. 7). So machten

sich Menschen mit einer generalisierten Angststörung ständig Sorgen über viele verschiedene Dinge, wie Gesundheit, Familie, Arbeit, Geld oder alltägliche Angelegenheiten. Diese Sorgen seien nicht auf einen bestimmten Anlass oder eine bestimmte Situation beschränkt. Die Sorgen seien oft unverhältnismässig intensiv im Vergleich zur realen Bedrohung oder den tatsächlichen Umständen. Die Betroffenen neigten dazu, das Schlimmste anzunehmen und sich über kleine Details und mögliche Katastrophen Gedanken zu machen. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung berichte der Beschwerdeführer darüber, dass er ohne die Einnahme von Zolpidem Schlafstörungen mit panikartigem Erwachen während der Nacht habe. Diese Symptome würden gemäss der Gutachterin diagnostisch in erster Linie auf eine Panikstörung nach Myokardinfarkt 2015 hinweisen. Aber auch eine Angststörung oder ein Schlafapnoesyndrom kämen in Betracht. Die Panikstörung äussere sich beim Beschwerdeführer durch wiederholt unerwartete nächtliche Panikattacken, gefolgt von der Sorge über weitere Attacken (S. 7). Die weitere Einschätzung von Dr. med. N. ____, wonach weder die Diagnose einer Dysthymie noch das Vorliegen einer nächtlichen Panikstörung (ohne Schlafmedikation), oder die vom Beschwerdeführer berichteten Einschränkungen wie schlechte Stimmung, Ängste vor dem Älterwerden und vor einem neuerlichen Herzinfarkt, Schlafstörungen (ohne Schlafmedikation) und finanzielle Probleme aus psychiatrischer Sicht den Schweregrad einer Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erfüllten (S. 8), erscheint plausibel.

Das psychiatrische Teilgutachten ist somit grundsätzlich beweiswertig.

8.2.3.2 Es ist zu prüfen, ob die medizinischen Vorakten den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens allenfalls zu schmälern vermögen.

Diesbezüglich ist im Wesentlichen auf die Einschätzungen des den Beschwerdeführer behandelnden Psychiaters Dr. med. O. ____, Psychiatrie / Psychotherapie FMH, einzugehen. Dieser wies bereits im Arztbericht vom 24. Februar 2005 (IV-Nr. 10 S. 2 f.) eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom aus und hielt fest, der Beschwerdeführer sei seit 6. April 2004 nicht mehr arbeitsfähig. Im Arztbericht vom 7. Juli 2005 (IV-Nr. 18) wurden sodann eine «rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), seit März 2004» und eine «generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)» diagnostiziert (IV-Nr. 18). Diese Diagnosen wurden sodann im Bericht vom 16. Juli 2015 bestätigt (IV-Nr. 71 S. 5 ff.), wobei zusätzlich eine «posttraumatische Belastungsstörung (Februar 2015, ICD-F43.1)» ausgewiesen und dem Beschwerdeführer seit Februar 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Dem weiteren Bericht vom 30. April 2018 (IV-Nr. 105) sind sodann nebst der «rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, ICD-10 F33.11» und der «generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1)» sowohl ein «Status nach Herzinfarkt im Februar 2015» als auch ein «Status nach Selbstmordversuch» zu entnehmen. Diese Diagnosen finden sich ferner auch in den Berichten vom 27. Februar 2019, 5. Juni 2019, 2. Juli 2021 und 13. Mai 2024 (IV-Nrn. 123, 133 S. 3 f., 143 S. 17 ff., 178 S. 8 f.). Den Berichten vom 5. Juni 2019 und 2. Juli 2021 ist weiter zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer unter diesen Bedingungen zu 70 ■ 100 % arbeitsunfähig sei. Im Bericht vom 13. Mai 2024 wird der Beschwerdeführer aufgrund seines psychischen Zustandes sodann als nicht arbeitsfähig geschätzt.

Gestützt auf diese Berichte kann der Einschätzung der psychiatrischen Gutachterin gefolgt werden, wonach von Behandlerseite retrospektiv durchgehend ■ seit Behandlungsbeginn

2005 ■ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie eine generalisierte Angststörung angegeben würden. Wie bereits oben dargelegt, konnte im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung jedoch keine klinisch relevante depressive Symptomatik mit durchgehender depressiver Verstimmung festgestellt werden.

Insgesamt vermögen somit die vom behandelnden Psychiater verfassten medizinischen Berichte den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu verringern.

8.2.3.3 Im Lichte des beweiswertigen fachpsychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. N.____ vom 9. Januar 2022, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit im Gutachtenszeitpunkt in überzeugender Weise verneint, kann diesbezüglich auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429). Damit laufen die entsprechenden Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 43 f.) ins Leere.

8.2.4 Eingehend auf das kardiologische Teilgutachten von Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Innere Medizin spez. Kardiologie, vom 9. Januar 2024 (IV-Nr. 169.6) ergibt sich Folgendes:

8.2.4.1 Im kardiologischen Teilgutachten vom 9. Januar 2024 (IV-Nr. 169.6), wurde als Hauptdiagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine «Koronare 2-Gefässkrankheit (ICD-10 I25)» gestellt, mit u.a. «aktuell: Kein Hinweis auf Belastungskoronarinsuffizienz bis 100 W» (S. 10). Dieser diagnostische Zusatz vermag unter Heranziehung des am 9. Januar 2024 durchgeführten Belastungs-EKG (IV-Nr. 169.10 S. 1 ff.) zu überzeugen. Demnach habe der Beschwerdeführer während der Dauer der Belastung von 4:03 Min. eine maximale Last von 100 W erreichen können. In diesem Sinn hielt auch der kardiologische Gutachter in überzeugender Weise fest, es habe sich bei der Durchführung der Veloergometrie, beginnend bei 50 W und Steigerung in Rampenform, belastbar bis 4 min 53 sec 100 W gezeigt (IV-Nr. 169.6 S. 6). Der Abbruch sei wegen Erschöpfung und Knieschmerzen erfolgt. Keine Angina pectoris. Keine Luftnot, keine ischämische Belastungsreaktion im EKG. Max. BD 180/94 mmHg, max. HF von 113/min. In Ruhe nach Belastung normale Rückkehr von Pulsfrequenz und Blutdruck zu den Ausgangswerten. Der Beschwerdeführer sei 79 % seitens der Herzfrequenz ausbelastet. Sauerstoffsättigung 97 %. Aufgrund dieser Diagnosestellung und dem im Rahmen des durchgeführten EKG erhobenen Wertes vermag sodann auch die weitere gutachterlichen Einschätzung betreffend die vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der metallverarbeitenden Industrie zu überzeugen. Demnach könne er in einer entsprechenden Tätigkeit nicht mehr arbeiten. Er habe Kisten bis zu 25 kg und schwere Tonnen bewegen müssen. In diesem Zusammenhang erscheint ferner plausibel, dass in einer angepassten Tätigkeit (sitzend oder mit leichter körperlicher Belastung) ab September 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe, die der Beschwerdeführer über sechs Monate hin auf 100 % hätte ausbauen können (S. 12).

Das kardiologische Teilgutachten ist somit beweiswertig.

8.2.4.2 In Bezug auf die medizinischen Vorakten kann zunächst festgehalten werden, dass die von Dr. med. P.____ diagnostizierte Hauptdiagnose einer «koronaren Zweigefässerkrankung» bereits den zeitlich vorangehenden kardiologischen Berichten zu entnehmen ist. So findet sich diese u.a. auch im Rahmen der kardiologischen Untersuchungen vom 4. Oktober 2021 und 22. November 2023 und 16. November 2022 in der Q.____ (IV-Nrn. 143 S. 19 ff., 178 S. 3 ff., IV-Nr. 153 S. 3).

Folglich schmälern die Berichte der Q.____ den Beweiswert des kardiologischen Teilgutachtens von Dr. med. P.____ nicht.

8.2.5 Betreffend das neurologische Teilgutachten vom 11. Januar 2024 (IV-Nr. 169.7) von Dr. med. R.____, Fachärztin Neurologie, ergibt sich Folgendes:

8.2.5.1 Dr. med. R.____ hielt fest, aktuell thematisiere der Beschwerdeführer keine übermässige Müdigkeit. Er beschreibe einen Symptomkomplex aus Kopfschmerz, Angst, Belastungsintoleranz und rascher Erschöpfbarkeit. Es bestehe aufgrund der Lebenssituation und der psychischen Erkrankungen eine körperliche Dekonditionierung, so dass sich die Leistungsintoleranz auch in diesem Rahmen erklären lasse. Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. So gab der Beschwerdeführer im Rahmen der gutachterlichen Exploration zum jetzigen Leiden u.a. an, unter Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein bis zu den Zehen, sowie unter Kopfschmerzen zu leiden. Er habe Angst und komme schnell in Stress (S. 2). Auf die vom Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang ebenfalls erwähnten drei Covid-Impfungen und dem seither intermittierend bestehenden Engegefühl in der Brust und dem schwankenden Temperaturempfinden ohne nachgewiesene Covid-Infektion, ging Dr. med. R.____ in nachvollziehbarer Weise ein. So hielt sie fest, ein Post-Covid Syndrom oder auch korrekterweise ein Post-Vac-Syndrom bzw. ein Post-Covid-Syndrom nach Impfung komme bei Geimpften nur halb so oft vor, wie bei Ungeimpften. Sei aber, wie im gegenständlichen Fall, keine Infektion nachgewiesen worden und bestünden nicht die typischen Symptome eines Post-Covid-Syndroms bzw. könne die Leistungsintoleranz als führendes Symptom auch mit anderen bestehenden Diagnosen erklärt werden. Es sei daher aus gutachterlicher Sicht kein Post-Covid-Syndrom zu diagnostizieren. Unter diesen Umständen vermag einzuleuchten, dass aktuell die Diagnose eines Post-Covid Syndroms nicht bestätigt werden könne (S. 9).

Die von der neurologischen Gutachterin gestellten Diagnosen eines «lumbovertebralen Schmerzsyndroms (ICD-10 M54.86)» und des «Kopfschmerzes vom Spannungstyp (ICD-10 G44.2)» erweisen sich aufgrund der anlässlich der durchgeführten Untersuchungen erhobenen Befunde als nachvollziehbar. So hielt Dr. med. R.____ fest, es finde sich aktuell in der klinisch neurologischen Untersuchung kein radikuläres Muster. Es würden lediglich Sensibilitätsstörungen am rechten und nicht am linken Fuss angegeben, die somit nicht mit dem bildgebenden Befund korrelieren würden. Diese Einschätzung erweist sich als schlüssig. So gab der Beschwerdeführer im Rahmen der gutachterlichen Exploration u.a. an, bereits seit 20 Jahren Rückenschmerzen zu haben. Diese würden seit ca. vier Jahren ins linke Bein bis in alle Zehen des linken Fusses ausstrahlen. Dies sei ohne bestimmten Auslöser aufgetreten. Der Fuss fühle sich heiss an, sei aber in Wirklichkeit kalt. Teils bestehe ein komisches Gefühl mit Kribbeln und Ameisenlaufen bis zu den Zehen (S. 2). Diesbezüglich folgerte Dr. med. R.____ in schlüssiger Weise, dass durch die sensiblen Symptome keine relevante Einschränkung im Alltag bestehe. Dem entspricht denn auch, dass beim erhobenen, muskuloskelettalen Status weitgehend unauffällige Befunde objektiviert werden konnten (S. 7): So sei der Kopf normal konfiguriert. Keine tastbaren Knochendefekte. Kein Kalottenklopfeschmerz. Kein Meningismus. HWS-Beweglichkeit weitgehend frei. Leichter Hartspann des gesamten Rückenstreckers und der Schultergürtelmuskulatur beidseits bei nur geringer Druckdolenz mit Maximum lumbal. Finger-Boden-Abstand 20 cm. Lasègue beidseits negativ. Armhebebeweglichkeit beidseits regelrecht ohne Fehlstellung der Schulterblätter. Adson- und Hyperabduktionsmanöver beidseits negativ, Achsenstossphänomen negativ, Pseudorotation des Oberkörpers beidseits

negativ.

Gemäss Beschwerdeführer habe er verschiedene Arten von Kopfschmerzen: Einerseits trete, wenn der einen hohen Blutdruck habe, ein occipital beginnender, sich auf den ganzen Kopf ausbreitender Schmerz auf. Er nehme dann eine Tablette Nifedipin aus der Reserve. Ein anderer Kopfschmerz beginne hinter den Ohren und ziehe bis hochparietal mit dem Gefühl, dass der Kopf explodiere. Er müsse sich sofort für eine Stunde hinlegen, dann versuche er aufzustehen und wenn der Schmerz wieder komme, nehme er eine Tablette, aber nur dann. Dies komme ca. 2 ■ 3 x pro Monat vor. Ansonsten nehme er bei dieser Art Kopfschmerzen keine Schmerztabletten. Daneben bestünden gelegentlich auch frontale Kopfschmerzen, die ausschliesslich bei Wetterwechsel auftreten. Da nehme er eine Schmerztablette, was auch helfe. Aufgrund dieser subjektiven Angaben des Beschwerdeführers überzeugt die von der neurologischen Gutachterin gestellte Diagnose «Kopfschmerz vom Spannungstyp (ICD-10 G44.2)».

Dem neurologischen Teilgutachten kommt somit grundsätzlich Beweiswert zu.

8.2.5.2 Wie nachfolgend aufzuzeigen ist, werden die neurologischen Diagnosestellungen durch die medizinischen Vorakten gestützt:

So wurden bereits im Bericht der S.____ vom 27. Dezember 2004 (IV-Nr. 10 S. 4) anhaltende Kopfschmerzen dokumentiert. Diese bestätigte der Beschwerdeführer sodann im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. B.____ vom 21. November 2005 (IV-Nr. 92). So kreuzt er bei der Durchführung des standardisierten Selbstbeurteilungsverfahrens (SCL-90-R) an, in den letzten sieben Tagen unter «sehr starken» Kopfschmerzen gelitten zu haben (S. 35). Somit sind die im Rahmen der gutachterlichen neurologischen Exploration bei Dr. med. R.____ durch den Beschwerdeführer beschriebenen Kopfschmerzen (IV-Nr. 169.7 S. 2) bereits in den medizinischen Vorakten dokumentiert.

Die von der Hausärztin Dr. med. I.____ im Bericht vom 12. Mai 2019 (IV-Nr. 133 S. 7 f.) diagnostizierten «cervikogenen Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Oberarm bei degenerativen Veränderungen von HWS und linkem Schultergelenk» vermögen indes nicht zu überzeugen. So fehlt diesbezüglich eine substanziierte Auseinandersetzung mit dieser Diagnosestellung. Ähnlich verhält es sich auch in Bezug auf die im Rahmen der kardiologischen Untersuchung bei der Q.____ vom 4. Oktober 2021 (IV-Nr. 143 S. 19 f.) unter dem Titel «Anamnese» festgestellten, seit ein paar Monaten gehäuften Kopfschmerzen, verbunden mit hypertonen Blutdruckwerten, die hauptsächlich am Ende des Tages aufträten (S. 20). Auch auf diese Art der Kopfschmerzen wird nicht weiter eingegangen, so dass diesen nicht gefolgt werden kann.

Die durch die neurologische Gutachterin weiter ausgewiesene Diagnose eines «lumbovertebrales Schmerzsyndroms (ICD-10 M54.86) mit / bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen; teils ischialgiform bei breitbasiger linkslateraler Diskushernie L5/S1 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel L5 links (ICD-10 M54.16); Hypästhesie und Kribbelparästhesien am rechten Hallux» wird durch die medizinischen Vorakten ebenfalls gestützt. So ist bereits dem Arztbericht der Praxis [...], Ärztin für Innere Medizin, Arzt für Allgemeine Medizin, vom 2. Oktober 1998 die Diagnose eines «akuten lumbovertebralen Schmerzsyndroms ohne radikuläre Symptomatik, ohne neurologische Ausfälle» zu entnehmen. Die bestehenden lumbalen Schmerzen wurden sodann auch von Dr. med. T.____, Innere Medizin FMH, im Brief vom 11. Oktober 1998 (IV-Nr. 13 S. 15)

beschrieben. Die am 5. Dezember 2022 durchgeführte MRI der LWS wurde sodann wie folgt beurteilt: Chondrose mit Einriss im Anulus fibrosus, ohne Neurokompression auf Höhe L5/S1 (IV-Nr. 13 S. 32). Dr. med. T.____ wies sodann auch im Arztbericht vom 3. Mai 2005 «degenerative Veränderungen der WS» aus (IV-Nrn. 13 S. 1 ff.). Auch im Sprechstundenbericht des Spitals G.____, Kompetenzzentrum Wirbelsäulenchirurgie, vom 24. Dezember 2021 (IV-Nr. 154 S. 8 f.) wurden folgende Diagnosen gestellt: «1. Aktivierte Facettengelenksarthrose L4/5 und L5/S1 linksbetont, 2. Breitbasige linkslaterale Diskushernie L5/S1 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel L5 links». Folglich vermögen die medizinischen Vorakten den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens nicht zu schmälern.

Insgesamt wird der Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens durch die medizinischen Vorakten nicht verringert.

8.2.6 Eingehend auf das pneumologische Teilgutachten vom 11. Januar 2024 (IV-Nr. 169.8) von Dr. med. U.____, Facharzt Pneumologie, ergibt sich Folgendes:

8.2.6.1 Die gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. U.____, wonach eine pneumologische Diagnose nicht hergeleitet werden könne, v.a. auch nicht aktenmässig und Lunge und Bronchien aktuell normal funktionierten (S. 5), überzeugen. So wurden anlässlich der durchgeführten gutachterlichen Untersuchungen weitgehend unauffällige Befunde erhoben. So habe der Beschwerdeführer im Rahmen der Oxymetrie in zügigem Tempo 30 Stufen bestiegen. Keine signifikante Desaturation. Anstieg der Pulsrate von 80 auf 120 bpm. Bei der Durchführung der Spirometrie habe sich eine einigermaßen valide Messung ergeben. Die beste aller Messungen sei normal. FEV1 3.33 L resp. 96 %; FVC 3.85 L resp. 87 %. FEV1/FVC-Quotient 86 %. Beim Fragebogen Schlafstörungen (ESS / Douglas) habe sich ein ESS 0/24 ergeben. Im Fragebogen durchwegs positive Scores für OSA, PLMD (Periodic Leg Movement Disorders), Narkolepsie und psychische Störungen. Der Fragebogen sei damit nicht diskriminierend und spreche für unspezifische und insbesondere psychosomatische Beschwerden (S. 4). Mit diesen Befunderhebungen stimmen im Übrigen auch die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen des internistischen Teilgutachtens vom 11. Januar 2024 überein, wonach er von der Lunge her keine Beschwerden habe. Die Lunge sei gesund (IV-Nr. 169.3 S. 2).

Das pneumologische Teilgutachten ist somit beweiswertig.

8.2.6.2 Da sich in den medizinischen Vorakten keine Arztberichte aus dem medizinischen Fachgebiet der Pneumologie finden, wird der Beweiswert des pneumologischen Teilgutachtens durch die Vorakten nicht in Frage gestellt. Es vermag daher einzuleuchten, dass Dr. med. U.____ festhielt, es könne keine pneumologische Diagnose hergeleitet werden, vor allem auch nicht aktenmässig (IV-Nr. 169.8 S. 5).

9. Es stellt sich die Frage, ob der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle F.____ vom 18. März 2024 allenfalls durch die in zeitlicher Hinsicht erst später verfassten medizinischen Berichte in Zweifel gezogen wird.

9.1 Die am 8. Mai 2024 im Röntgeninstitut [...] durchgeführte MRI der LWS nativ (IV-Nr. 178 S. 6 f.) wurde wie folgt beurteilt: LWK 5 / SWK 1 mit leicht aktivierter mässiger Osteochondrose (Modic 1), geringe Spondylarthrose und links paramedian betonte Diskopathie mit relativer Foraminalstenose links Tangierung Radix L5 links. Geringe Spondylarthrosen und Chondrosis intervertebralis LWK 3/4 und LWK 4/5 ohne

höhergradige Stenosen, gering recessal LWK 4/5 rechts. Mögliche Beeinträchtigung Radix L5 rechts recessal. Keine eindeutige Neurokompression. Keine höhergradigen Stenosen. Dem Bericht ist indes nicht zu entnehmen, welche Auswirkungen diese erhobenen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. Das in diesem Zusammenhang vorgebrachte Argument des Beschwerdeführers (A.S. 34), wonach die in der MRI vom 8. Mai 2024 festgestellten Diagnosen die Ursache für die Schmerzen seien und es nicht möglich sei, mit diesen Einschränkungen zu 100 % zu arbeiten, entbehrt somit jeglicher fachlicher Grundlage. Es ist daher nicht weiter darauf einzugehen. Im Zeitpunkt des rheumatologischen Teilgutachtens vom 9. Januar 2024 (IV-Nr. 169.4) ging Dr. med. K.____ im Wesentlichen auf die MRT der LWS vom 29. Januar 2021 ein (vgl. IV-Nrn. 169.4 S. 9, 152 S. 4 f.). Diese zeigte eine aktivierte Facettengelenksarthrose L4/5 und L5/S1 linksbetont mit einer breitbasigen linkslateralen Diskushernie auf Höhe L5/S1 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel L5 links sowie eine leichte Diskusprotrusion auf Höhe L4/5 ohne Nervenwurzelaffektion. Folglich besteht im Zeitpunkt der MRI der LWS vom 8. Mai 2024 im Vergleich zur zuletzt durchgeführten MRT vom 29. Januar 2021 kein wesentlicher Unterschied. In Bezug auf die in der MRI vom 8. Mai 2024 neu festgestellte «mögliche Beeinträchtigung Radix L5 rechts recessal» hielt der RAD-Arzt Dr. med. E.____ in seiner Stellungnahme vom 3. Oktober 2024 (IV-Nr. 187 S. 2) fest, es sei im rheumatologischen Gutachten ein Kribbeln am rechten Bein erwähnt worden. Dieser Einschätzung kann gefolgt werden. So wurde im entsprechenden Teilgutachten festgehalten, es handle sich um ein Kribbeln, das auch am rechten Bein auftrete, aber bevorzugt am linken Bein (IV-Nr. 169.4 S. 2). Allein aufgrund dieses neuen MRI-Befundes sei gemäss dem RAD-Arzt keine umfassende orthopädische Abklärung notwendig. In diesem Sinn hielt Dr. med. E.____, RAD, bereits in seiner früheren Stellungnahme vom 17. Juli 2024 (IV-Nr. 180 S. 3) fest, es lägen in der neuen MRI-Untersuchung keine wesentlichen neuen relevanten Befunde vor, aufgrund derer von der rheumatologischen Gutachtensbeurteilung vom 9. Januar 2024 abzuweichen wäre. Es könne weiterhin das rheumatologische Gutachten verwendet werden.

Folglich wird der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens vom 9. Januar 2022 durch die MRI vom 8. Mai 2024 nicht in Frage gestellt.

9.2 In Bezug auf den in französischer Sprache verfassten Arztbericht von Dr. med. O.____ vom 13. Mai 2024 (IV-Nr. 178 S. 8 f.) kann festgehalten werden, dass die darin gestellten Diagnosen eines «depressiven mittelgradigen bis schweren Zustandes seit mehreren Jahren mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)» sowie einer «generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1)» bereits seinen zeitlich früher erstatteten Arztberichten zu entnehmen sind (vgl. E. II. 8.2.3.2 hiervor). Es handelt sich somit nicht um neue bzw. erst nach dem polydisziplinären Gutachten vom 18. März 2024 gestellte Diagnosen. Folglich lagen diese Diagnosestellungen der psychiatrischen Gutachterin Dr. med. N.____ im Zeitpunkt ihres Teilgutachtens bereits vor. Somit hatte sie durchaus Gelegenheit, sich mit diesen auseinanderzusetzen, was sie im Übrigen auch getan hat (vgl. E. II. 2.3.2 hiervor). In diesem Sinn hielt auch Dr. med. E.____, RAD, in der Stellungnahme vom 17. Juli 2024 fest (IV-Nr. 180 S. 3), die Berichte mit den seit Jahren immer gleichen Diagnosen des Psychiaters Dr. med. O.____ seien der psychiatrischen Gutachterin bekannt gewesen. Sie habe diese berücksichtigt und ihre selber gestellten Diagnosen, die mit denjenigen von Dr. med. O.____ nicht übereinstimmen, ausführlich und nachvollziehbar begründet. Es bestehe somit kein Anlass, auf das psychiatrische Gutachten nicht abzustellen. Dieser Einschätzung

des RAD-Arztes kann gefolgt werden.

Folglich wird der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens vom 18. März 2024 durch den Bericht von Dr. med. O.____ nicht in Zweifel gezogen.

9.3 Im Sprechstundenbericht vom 23. Oktober 2024 (IV-Nr. 189 S. 6 f.) des Spitals G.____, wurden folgende Hauptdiagnosen ausgewiesen: «1. Chronische lumbosakrale Rückenschmerzen mit wahrscheinlich pseudoradikulären Schmerzausstrahlungen ins linke Bein, 2. Mehrsegmentale fortgeschrittene Spondylarthrose und erosive Osteochondrose der LWS sowie Diskusprotrusion L4/5 und L5/S1, linksbetont». Der Beschwerdeführer leide schon seit Jahren an tieflumbalen Rückenschmerzen und beklage in letzter Zeit auch zunehmende Ausstrahlungen ins linke Bein. Diese Diagnosestellung und Anamnese finden sich bereits im Gutachten der Gutachterstelle F.____ vom 18. März 2024. So wurden damals starke dauerhafte Rückenschmerzen sowie Schmerzen im linken Bein beschrieben, das der Beschwerdeführer nicht bewegen könne (IV-Nr. 169.3 S. 3, 169.4 S. 2). Dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. K.____ ist sodann im Weiteren zu entnehmen, dass eine links laterale Diskushernie auf Höhe L5/S1 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel L5 links vorbekannt sei (IV-Nr. 169.4 S. 8). Folglich ist davon auszugehen, dass sich der im Sprechstundenbericht vom 23. Oktober 2024 präsentierende Sachverhalt im Vergleich zu demjenigen im Gutachten der Gutachterstelle F.____ als nicht wesentlich verändert präsentiert. Folglich wird der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens vom 18. März 2024 durch diesen Bericht nicht in Zweifel gezogen.

9.4 Der Beschwerdeführer reichte sodann einen weiteren Bericht betreffend die kardiologische Untersuchung in der Q.____ vom 22. November 2023 (IV-Nr. 178 S. 3 ff.) ein. Dort wurden u.a. eine transthorakale Echokardiografie (LVEF 65 %, keine relevanten Klappenvitien) sowie eine Fahrrad-Ergometrie mit guter Leistung, klinisch und elektrisch negativ, durchgeführt. Die Beurteilung lautete wie folgt: Die kardialen Befunde seien recht stabil, echokardiografisch zeige sich eine normale systolische LV-Funktion ohne Regionalitäten. Relevante Klappenvitien fänden sich keine. Im Belastungs-EKG zeige sich eine recht adäquate Grundfitness ohne signifikante Hinweise für eine Progression der koronaren Herzkrankheit. Diese erhobenen Befunde präsentieren sich somit nicht wesentlich anders, als die im Rahmen des kardiologischen Teilgutachtens vom 9. Januar 2024 (IV-Nr. 169.6) gestützt auf die durchgeführten Untersuchungen (EKG, Veloergometrie und Echokardiographie) erhobenen Befunde. So wurde im Rahmen der Veloergometrie bspw. ein EF von 66 % gemessen. Zudem wurde die Situation im Bericht vom 23. November 2023 als «stabil» bezeichnet und es wurde festgehalten, dass sich diese «nicht verschlechtert» habe. In diesem Sinn führte auch Dr. med. E.____, RAD, in seiner Stellungnahme vom 17. Juli 2024 aus (IV-Nr. 180 S. 3), es könne weiterhin auf die kardiologische Begutachtung abgestellt werden. Folglich vermag der Bericht der Q.____ vom 22. November 2023 den Beweiswert des kardiologischen Teilgutachtens nicht in Frage zu stellen.

9.5 Insgesamt wird aufgrund der in zeitlicher Hinsicht erst nach dem Gutachten vom 18. März 2024 verfassten medizinischen Akten der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle F.____ nicht in Zweifel gezogen.

10. Nachfolgend ist auf die gegen das Gutachten der Gutachterstelle F.____ vom 18. März 2024 gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen:

10.1 Der Beschwerdeführer beanstandet zum einen (A.S. 23), dass in der durchgeführten Begutachtung keine orthopädische, sondern lediglich eine rheumatologische Begutachtung durchgeführt worden sei. Diesem Vorbringen kann nicht gefolgt werden. So werden die medizinischen Fachdisziplinen bei polydisziplinären Gutachten von der Gutachterstelle abschliessend festgelegt (Art. 44 Abs. 5 ATSG). Warum im konkreten Fall ■ entgegen der Beurteilung der Gutachterpersonen und des RAD-Arztes ■ eine zusätzliche orthopädische Untersuchung erforderlich sein sollte, ist nicht erkennbar.

10.2 Der Beschwerdeführer stellt sich im Weiteren auf den Standpunkt (A.S. 23 f.), die rheumatologische Gutachterin habe sich an keiner Stelle detailliert mit seinen Beschwerdeschilderungen auseinandergesetzt, weshalb das Gutachten offensichtliche Abklärungslücken aufweise und daher nicht darauf abgestellt werden könne. Dem ist entgegenzuhalten, dass sich Dr. med. K. ___ mit den vom Beschwerdeführer sowohl im Rahmen der Exploration (IV-Nr. 169.4 S. 2) als auch bei den durchgeführten Untersuchungen beklagten Schmerzen (S. 5) durchaus befasst hat: So hielt sie bspw. fest (IV-Nr. 169.4 S. 8), es sei möglich und auch nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer bei Zwangshaltungen oder Fehlbelastung Schmerzen entwickle. Es fehlten aber ■ so die Gutachterin ■ in den Bildgebungen sowohl gemäss vorliegender Aktenlage als auch in den aktuell durchgeführten Röntgenbildern höhergradige Strukturläsionen, die das Ausmass der von ihm beschriebenen und empfundenen Beschwerden objektiv nachvollziehbar machten. So seien die beschriebenen Strukturveränderungen allesamt nicht höhergradig und nicht über das Altersmass hinausgehend und somit nicht ausreichend, um für das vom Beschwerdeführer auch in Ruheposition angegebene Schmerzlevel von VAS 8, eine somatische Grundlage zu bilden. Im Weiteren gelangte Dr. med. K. ___ sodann in diesem Zusammenhang zum Schluss, dass insgesamt eine Diskrepanz zwischen den subjektiv wahrgenommenen Beschwerden und den objektivierbaren Befunden bestehe. Ob es sich dabei um eine bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenz oder um einen aufgrund des bereits chronifizierten Krankheitsverlaufes sich manifestierten nicht bewusstseins-nahen psychopathologischen Prozess im Rahmen des Krankheitsgeschehens handle, könne indes von rheumatologischer Seite her nicht beurteilt werden. Unter diesen Umständen vermag sodann einzuleuchten, dass die rheumatologische Gutachterin diesbezüglich auf das psychiatrische Fachgutachten verwiesen hat (IV-Nr. 169.4 S. 8). Gestützt auf diese Ausführungen ist ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ■ auch nicht von einer gutachterlichen Abklärungslücke auszugehen.

10.3 Der Beschwerdeführer beantragt ferner die Durchführung einer EFL (A.S. 28 ff., 36), um insbesondere die Auswirkung der Schmerzsituation in den Armen, den Knien, im Rücken / Kreuz sowie auch der Coxarthrosen auf die Arbeitsfähigkeit abzuklären. In einem solchen ergonomischen Assessment wird anhand von Arbeitssimulationstests (wie Heben und Tragen, Arbeit über Kopfhöhe oder Leitersteigen) das arbeitsbezogene Leistungsvermögen generell und mit Blick auf die angestammte berufliche Tätigkeit konkret beurteilt, wobei auch relevante Aussagen zum Leistungsverhalten und zur Konsistenz der versicherten Person gemacht werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_168/2018 vom 8. Mai 2018 E. 4.2.2). Grundsätzlich besteht bei zuverlässiger ärztlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der Regel keine Notwendigkeit, 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 (Urteil des

Bundesgerichts 8C_691/2015 vom 11. Februar 2016 E. 3.4). Im vorliegenden Fall vermag die rheumatologische Gutachterin Dr. med. K.____ das vom Beschwerdeführer beklagte Ausmass der Schmerzen zwar nicht zu erklären, verweist deshalb aber diesbezüglich auf das psychiatrische Teilgutachten (vgl. E. II. 10.2 hiervor). Es ist somit davon auszugehen, dass es sich bei den beklagten Beschwerden des Beschwerdeführers um Einschränkungen ausserhalb des Bewegungsapparates handelt. Hierfür ist die Durchführung einer EFL indes nicht geeignet (Urteile des Bundesgerichts 8C_547/2008 vom 16. Januar 2009 E. 4.2.1 mit Hinweis, 8C_691/2015 vom 11. Februar 2016 E. 3.4 mit weiteren Hinweisen). Es kommt hinzu, dass keine der im Gutachten der Gutachterstelle F.____ involvierten Gutachterpersonen die Durchführung einer EFL überhaupt ins Auge gefasst hat. Somit kann dem Vorbringen des Beschwerdeführers nicht gefolgt werden.

10.4 Auch mit dem weiteren Vorbringen, wonach nicht ersichtlich sei, wie die rheumatologische Gutachterin dazu komme, dass sich die Diagnose einer «initialen Coxarthrose beidseits linksbetont (ICD-10 M16) nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (A.S. 35), vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. So führt eine entsprechende Diagnosestellung nicht automatisch zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In diesem Sinn gab auch der RAD-Arzt Dr. med. E.____ in seiner Stellungnahme vom 3. Oktober 2024 (IV-Nr. 187 S. 3) an, dass eine radiologisch nachgewiesene Coxarthrose nicht per se Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe, entscheidend sei die allfällig vorhandene klinische Auswirkung dieser Coxarthrose. Aufgrund der Feststellungen von Dr. med. K.____ im Rahmen der klinischen Untersuchung der Hüfte des Beschwerdeführers (IV-Nr. 169.4 S. 7), wonach der Beschwerdeführer bei der zweiten Überprüfung gemeint habe, doch keinen Schmerz im linken Leistenbereich, rechts im Leistenbereich auch keine Druckdolenz und über dem Trochanter major beidseits keine Druckdolenz zu haben, erscheint durchaus nachvollziehbar, dass die orthopädische Gutachterin der initialen Coxarthrose beim Beschwerdeführer keinen Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit beimass.

10.5 Der Beschwerdeführer bringt ferner in generell-abstrakter Weise vor (A.S. 42), er sei mit der Zuteilung (gemeint wohl: Beurteilung) der psychiatrischen Gutachterin nicht einverstanden, wonach die diagnostizierte chronische Schmerzstörung als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen werde. Dazu kann Folgendes festgehalten werden: Dr. med. N.____ hat sich in ihrem psychiatrischen Teilgutachten mit der Diagnose einer «Schmerzverarbeitungsstörung» substantiiert befasst (IV-Nr. 169.5 S. 7) und ist dabei zum Schluss gelangt, beim Beschwerdeführer sei überwiegend wahrscheinlich von einer Schmerzverarbeitungsstörung ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen. Dies ist nicht zu beanstanden. So ist es Aufgabe der fachlich qualifizierten Gutachterpersonen, zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und ihren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen. Inwiefern an dieser Einschätzungen im Übrigen Zweifel bestehen sollten, wird vom Beschwerdeführer nicht dargetan. Dem Vorbringen des Beschwerdeführers kann somit nicht gefolgt werden.

10.6 Ferner bringt der Beschwerdeführer vor, es fehle im rheumatologischen Gutachten die vollständige Abklärung der Frage der Überwindbarkeit der Schmerzen (A.S. 45). Dabei verkennt der Beschwerdeführer, dass das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 seine Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente wegen somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Leiden geändert hat. So wurde die bisher geltende Vermutung, dass solche Leiden in der Regel mit zumutbarer

Willensanstrengung überwindbar sind, aufgegeben. Stattdessen wurde ein strukturiertes Beweisverfahren, sog. Indikatorenprüfung, eingeführt. Die Durchführung eines entsprechenden Verfahrens ist indes im vorliegenden Fall nicht notwendig (vgl. E. II. 8.2.3.3 hiervor).

10.7 In Bezug auf das weitere, in generell-abstrakter Weise gehaltene Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach mit einer neuen Diagnose eine Verschlechterung der Gesundheit verbunden sei (A.S. 39), kann festgehalten werden, dass allein das Hinzutreten einer Diagnose für sich rechtsprechungsgemäss keinen Revisionsgrund oder eine hinreichende Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse darstellt. Denn das alleinige Hinzutreten einer Diagnose beweist nicht zwingend eine quantitative Verschlechterung (Urteil des Bundesgerichts 8C_531/2021 vom 7. März 2022 E. 4.2.1). Entscheidend ist, ob sich der Gesundheitszustand und die damit verbundene Arbeitsfähigkeit seit der letzten Verfügung erheblich verändert haben.

10.8 Folglich wird der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle F.____ vom 18. März 2024 durch die Vorbringen des Beschwerdeführers nicht geschmälert.

11. Zusammenfassend erweist sich das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle F.____ vom 18. März 2024 als voll beweiswertig. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 13. November 2024 (A.S. 1 ff.) auf dieses abgestellt hat.

Es kann somit auch auf die im entsprechenden Gutachten ausgewiesene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden: Folglich besteht beim Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht ab September 2015 in einer Arbeit mit angepasster Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Mit einer langsamen Steigerung auf 100 % über sechs Monate, ist er sodann ab 1. März 2016 in einer Arbeit mit sitzender Tätigkeit unter leichter körperlicher Belastung zu 100 % arbeitsfähig (IV-Nr. 169.2 S. 3 oben).

12. Nachfolgend ist zu prüfen, ob sich der Sachverhalt im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 13. November 2024 (A.S. 1 ff.) im Vergleich zum Referenzzeitpunkt vom 29. Mai 2017 (IV-Nr. 98) in revisionsrelevanter Weise verändert hat.

12.1 Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung der Gutachterstelle F.____ vom 18. März 2024 wurde Folgendes festgehalten: Von polydisziplinärer Seite her habe sich die Arbeitsfähigkeit durch die nachfolgenden Erkrankungen nicht verschlechtert. Die Einschätzung der behandelnden Kardiologin vom September 2015 sei bis heute aktuell, die Belastbarkeit stabil geblieben (IV-Nr. 169.2 S. 3). Dieser Beurteilung kann ■ nachfolgend aufzuzeigen ist ■, gefolgt werden:

12.1.1 Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der den Beschwerdeführer vom 8. Februar bis 28. April 2015 behandelnden Kardiologin Dr. med. H.____, wonach die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nach dem stationären Rehabilitationsprogramm vom 2. März bis 22. Mai 2015 vorhanden sei (vgl. E. II. 7.1 hiervor), entspricht der Einschätzung des kardiologischen Gutachters Dr. med. P.____ vom 9. Januar 2024 (IV-Nr. 169.6). So hielt dieser im Rahmen seines kardiologischen Teilgutachtens fest, die Einschätzung der behandelnden Kardiologin vom September 2015 sei bis heute aktuell, die Belastbarkeit stabil geblieben (IV-Nr. 169.6 S. 13). Von einer relevanten Veränderung ist somit nicht auszugehen.

12.1.2 Eingehend auf die Einschätzungen der Hausärztin prakt. med. I. ___ im Arztbericht vom 21. Juni 2016 (vgl. E. II. 7.2 hiervor) ist Folgendes festzuhalten: Gemäss prakt. med. I. ___ sei beim Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit keine Einschränkung für eine leichte bis mittelschwere Arbeit gegeben. Diese Einschätzung deckt sich mit der durch die Gutachterstelle F. ___ vorgenommenen, interdisziplinären Gesamtbeurteilung, wonach beim Beschwerdeführer seit 1. März 2016 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. E. II. 11 hiervor). Es kann im Übrigen ergänzend darauf hingewiesen werden, dass es sich bei den ■ durch den auf die medizinische Fachdisziplin der Allgemeinmedizin spezialisierten med. prakt. I. ___ ■ ausgewiesenen Diagnosestellungen «mittelschwere Depression, Angststörung» und «koronare 2-Gefässerkrankung» um solche aus den medizinischen Fachgebieten der Kardiologie und der Psychiatrie handelt, weshalb ihnen ohnehin kaum Beweiswert zukommt. Deshalb ist nicht weiter auf diese einzugehen.

12.1.3 Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 6. Dezember 2016 (vgl. E. II. 7.3 hiervor) hat Dr. med. B. ___ als Hauptdiagnose eine «hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2)» gestellt, die sich nach einem Herzinfarkt im Februar 2015 entwickelt habe. Ferner hielt er fest, es sei seit der aktuellen Untersuchung vom 9. November 2016 sicher keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Die psychiatrische Gutachterin Dr. med. N. ___ befasste sich in ihrem Teilgutachten ausführlich und substantiiert mit der von Dr. med. B. ___ diagnostizierten «hypochondrischen Störung», wobei sie in diesem Zusammenhang letzten Endes in überzeugender und nachvollziehbarer Weise zum Schluss kam, dass überwiegend von einer Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen sei. Dr. med. N. ___ hielt indes klar fest, dass sich die Symptomatik im Vergleich zur Begutachtung von 2016 aber nicht relevant geändert habe (IV-Nr. 169.5 S. 7). Aufgrund dessen ist von einer lediglich unterschiedlichen Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts auszugehen, der in revisionsrechtlichem Kontext unbeachtlich ist (vgl. E. II. 3 hiervor).

12.2 Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass in Bezug auf die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 29. Mai 2017 (IV-Nr. 98) keine wesentliche Änderung eingetreten ist. Es liegt somit kein Revisionsgrund vor und der Beschwerdeführer hat nach wie vor keinen Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Ansprüche des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen hat.

13. Somit ist die Verfügung vom 13. November 2024 (A.S. 1 ff.) zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde ■ soweit darauf einzutreten ist ■ abzuweisen.

14. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

15. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 8 hiervor).

15.1 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Rechtsanwältin Ryser-Zwygart hat am 10. März 2025 (A.S. 87 ff.) eine Kostennote eingereicht, worin sie einen zeitlichen Aufwand von

440 Min. und Auslagen von CHF 384.70 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 160 Abs 4 Kantonaler Gebührentarif (GT, BGS 615.11) i.V.m. Beschluss der Gerichtsverwaltungskommission (GVB.2022.111) CHF 190.00. Der geltend gemachte Zeitaufwand von 440 Minuten (7.33 Stunden) erscheint in Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses angemessen. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 1'921.40 (Honorar von CHF 1'392.70 [7.33 Std. à CHF 190.00] zuzüglich Auslagen von CHF 384.70 und 8.1 % MwSt.), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

15.2 Vorbehalten bleibt auch der Nachforderungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin im Umfang von CHF 475.40, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin ist anzufügen, dass hier ■ mit Blick auf den Gehörsanspruch des Beschwerdeführers ■ von einem Stundenansatz von CHF 250.00 (s. § 160 Abs. 4 GT i.V.m. Beschluss der Gerichtsverwaltungskommission GVB.2022.111) auszugehen ist, wenn ■ wie vorliegend der Fall ■ keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht.

15.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach widerkannt:

3. Die Kostenforderung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin Franziska Ryser-Zwygart, wird auf CHF 1'921.40 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin im Umfang von CHF 475.40 (Differenz zum vollen Honorar inkl. MwSt), wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Küng

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