



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 16. September 2021 (720 21 104 / 258)

Invalidenversicherung

Rentenaufhebung im Rahmen des Revisionsverfahrens erfolgte zur Recht, nachdem aufgrund der überzeugenden medizinischen Unterlagen von einer Verbesserung des Gesundheitszustands auszugehen war.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Margit Campell

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advokatin, Advokatur Biaggi, St. Jakobs-Strasse 11, Postfach 2102, 4002 Basel

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A.1 A._____ arbeitete als Hilfspipser und Maler, als er am 19. November 2002 einen Unfall erlitt, bei welchem er von einem Gerüst fiel und sich am Rücken und am rechten Fuss verletzte. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) entrichtete Taggelder und übernahm die Kosten der Heilbehandlung bis Ende 2006. Mit Verfügung von 23. Januar 2007 legte sie den

unfallbedingten IV-Grad auf 18 % fest und sprach dem Versicherten für die verbleibenden Beeinträchtigungen aus dem Unfall vom 19. November 2002 eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Einbusse in der Integrität von 15 % zu.

A.2 Unter Hinweis auf diese Unfallfolgen meldete sich der Versicherte am 14. Januar 2005 bei der IV-Stelle des Kantons Basel-Landschaft (IV-Stelle) erstmals zum Leistungsbezug an. Diese klärte den rechtserheblichen Sachverhalt ab und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 23. Juni 2008 für die Zeit von Januar 2004 bis Dezember 2006 eine befristete ganze IV-Rente zu. Ab Januar 2007 wurde der IV-Grad auf 18 % festgesetzt und ein Rentenanspruch verneint.

A.3 A._____ stellte am 20. Juli 2011 – wiederum unter Hinweis auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands – erneut ein Leistungsgesuch bei der IV-Stelle, welche wiederum den medizinischen und den erwerblichen Sachverhalt untersuchte. Mit Verfügung vom 21. Februar 2013 wurde das Leistungsbegehren bei einem rentenausschliessenden IV-Grad von 8 % jedoch abgewiesen. Die dagegen durch den Versicherten beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), erhobene Beschwerde wurde mit Urteil vom 8. August 2013 gutgeheissen und die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die IV-Stelle zurückgewiesen. In Nachachtung dieses Urteils sprach die IV-Stelle – gestützt auf die Ergebnisse der von ihr in die Wege geleiteten medizinischen Abklärungen – dem Versicherten mit Verfügung vom 13. Oktober 2015 mit Wirkung ab 1. September 2014 eine ganze Rente zu.

A.4 Im Mai 2018 leitete die IV-Stelle eine amtliche Revision des Leistungsanspruchs ein und klärte wiederum den rechtserheblichen Sachverhalt ab. Dabei holte sie bei der B._____ ein bidisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Psychiatrie und Innere Medizin ein, welches am 6. August 2019 erstattet wurde. Im Rahmen des Einwandverfahrens liess sie den Versicherten zudem beim C._____ polydisziplinär begutachten (vgl. Gutachten vom 17. März 2020). Gestützt auf diese Abklärungsergebnisse hob die IV-Stelle den Rentenanspruch des Versicherten bei einem rentenausschliessenden IV-Grad von 35 % mit Verfügung vom 25. Februar 2021 per Ende März 2021 auf.

B. Gegen diesen Entscheid erhob A._____, vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, am 22. März 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht. Er beantragte unter o/e-Kostenfolge die Aufhebung der Verfügung vom 25. Februar 2021 und die Ausrichtung der ganzen Rente über den verfügten Einstellungszeitpunkt hinaus. Eventualiter sei die IV-Stelle zu verpflichten, den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt durch ein polydisziplinäres Gutachten zu beurteilen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte der Versicherte die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Verbeiständung mit Advokatin Raffaella Biaggi als Rechtsvertreterin. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, dass sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf unzureichende medizinische Unterlagen stütze. Zudem sei der leidensbedingte Abzug von 5 % zu tief.

C. Die IV-Stelle liess sich am 14. April 2021 vernehmen und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Schreiben vom 16. April 2021 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht der D. _____ vom 6. April 2021 ein. Diesbezüglich verzichtete die IV-Stelle mit Eingabe vom 29. April 2021 auf eine Stellungnahme.

E. Das Kantonsgericht lehnte das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Verbeiständung mit Advokatin Raffaella Biaggi als Rechtsvertreterin mit Verfügung vom 28. April 2021 ab.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde des Versicherten vom 25. Februar 2021 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ab die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht per Ende März 2021 aufgehoben hat. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2021 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch die 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHJ-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E.

1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. November 2019, 8C_549/2019, E. 3.2 mit Hinweis und vom 8. April 2020, 8C_60/2020, E. 3.2).

5.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der IV-Grad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Anpassung der Rente gibt jede tatsächliche Änderung, die sich auf den IV-Grad und damit auf den Umfang des Anspruchs (Viertelsrente, halbe Rente, Dreiviertelrente, ganze Rente; Art. 28 Abs. 2 IVG) auswirkt (vgl. BGE 134 131 E. 3). Ein Revisionsgrund in diesem Sinne betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person, wozu namentlich der Gesundheitszustand gehört. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den IV-Grad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden. Umgekehrt ist – bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand – eine Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung, welche zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führt, revisionsrechtlich von Bedeutung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen). Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, 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 (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

5.2 Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

5.3 Liegt dagegen ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2018, 8C_145/2018, E. 3.2).

5.4 Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.2 mit Hinweis).

5.5.1 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des IV-Grads 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; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

5.5.2 Vorliegend sprach die IV-Stelle dem Versicherten zuletzt nach eingehender Untersuchung des rechtserheblichen Sachverhalts mit Verfügung vom 13. Oktober 2015 ab 1. September 2014 eine ganze Rente zu. Im Rahmen des im Mai 2018 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens folgte eine einlässliche materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit einer vertieften Abklärung des medizinischen Sachverhalts. Gestützt auf diese Untersuchungsergebnisse stellte die IV-Stelle mit Verfügung vom 25. Februar 2021 fest, dass der Beschwerdeführer bei einem rentenausschliessenden IV-Grad von 35 % keinen Anspruch mehr auf eine Rente habe. Aus diesem Grund sind vorliegend die Verfügungen vom 13. Oktober 2015 und vom 25. Februar 2021 miteinander zu vergleichen.

6. Das Administrativverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

7.1 Zur Beurteilung der strittigen Fragen sind im Wesentlichen nachfolgende medizinische Unterlagen zu berücksichtigen:

7.2 Im Zusammenhang mit der am 13. Oktober 2015 ergangenen Verfügung, mit welcher dem Versicherten eine ganze Rente ab 1. September 2014 zugesprochen wurde, ist auf folgende Berichte hinzuweisen: Dr. med. E.____, FMH Neurologie, diagnostizierte am 18. Juli 2014 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein mässig ausgeprägtes, symmetrisches Lumbovertebralsyndrom und ein leichtes Carpaltunnelsyndrom beidseits ohne neurologische Ausfälle. Der Beschwerdeführer sei für die angestammte Tätigkeit als Gipser/Maler nicht mehr arbeitsfähig. Hingegen sei es ihm zumutbar, leichte adaptierte Arbeiten zu 70 % auszuüben. Am 21. Juli 2014 erging das rheumatologische Gutachten von Dr. med. F.____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin. Er nannte ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts, belastungsabhängige Hüftschmerzen in der Trochanter major-Region rechts, belastungsabhängige Fusschmerzen rechts mit beginnender Arthrose am oberen Sprunggelenk rechts und ein leichtes Carpaltunnelsyndrom beidseits ohne neurologische Ausfälle als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Auch Dr. F.____ attestierte dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und erachtete eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten adaptierten Tätigkeit als zumutbar. In psychiatrischer Hinsicht wurde der Versicherte am 18. September 2014 durch Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), untersucht. In seinem Bericht vom 7. Januar 2015 diagnostizierte Dr. G.____ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.2) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwer (ICD-10 F33.2 bzw. F33.3). Aufgrund der erhobenen Befunde lasse sich nachvollziehen, dass der Versicherte seit mindestens 2010 an einer Depression und einer relevanten Schmerzstörung, mit zum Teil psychischem Hintergrund, leide. Seither sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus psychiatrischer Sicht relevant vermindert. So wie der Stärkegrad der Depression im Längsschnittbild zwischen mittelstark bis schwer variere, so ändere sich auch die Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Sie betrage – auf alle Tätigkeiten bezogen – zwischen 20 % und 40% (30 % als arithmetische Mitte). Die Funktionseinschränkungen wie die Verminderungen der Ausdauer, des Konzentrationsvermögens, der Anpassungsfähigkeit, der Teamfähigkeit und der Frustrationsbewältigung sowie eine allgemeine psychophysische Verlangsamung, würden diese Einschätzung untermauern. Unter Berücksichtigung der Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. G.____ ging die Beschwerdegegnerin aus gesamtmedizinischer Sicht von einer 30%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus.

7.3.1 Im Rahmen der im Mai 2018 eingeleiteten Rentenrevision holte die IV-Stelle ein bidisziplinäres Gutachten mit den Fachdisziplinen Innere Medizin (Dr. med. H.____, Fachärztin Allgemeine Medizin und Arbeitsmedizin) und Psychiatrie (Dr. med. I.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) bei der B.____ ein, welches am 5. August 2019 erstattet wurde. In ihrer Konsensbeurteilung diagnostizierten die Ärztinnen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichtgradige/subsyndromale bis remittierte depressive Episode (ICD-10 F32/33), differentialdiagnostisch [DD] im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung, DD: Dysthymia (ICD-10 F34.1), aktenanamnestisch eine mittel- bis schwergradige depressive Episode aktuell ohne spezifische Behandlung. Mit rein funktionellem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lägen ein Diabetes Mellitus Typus 2 und eine arterielle Hypertonie vor. Die aktuell gestellten psychiatrischen Diagnosen würden mit einer gewissen Verminderung der allgemeinen Belastbarkeit bzw. Einer erhöhten Vulnerabilität einhergehen und zu einer Leistungsminderung (auch prophylaktisch) von 20 % führen.

Der Explorand sei für die angestammten Tätigkeiten als Maler, Gipser und Schreiner, die als schwer eingestuft werden, zu 100 % arbeitsunfähig. Diese Einschätzung erfolge aufgrund der Unfallresiduen bereits in den somatischen Vorgutachten. Aus allgemeinmedizinischer Sicht bestehe wegen des Diabetes mellitus Typus 2 keine Arbeitsfähigkeit für eine schwere Tätigkeit. Weiter seien Arbeiten in der Höhe (auf Baustellen, Leitern und Gerüsten) wegen der Höhenangst zu vermeiden. Eine angepasste Tätigkeit sei dem Versicherten zu 80 % zumutbar. Die Einschränkungen ergäben sich aus der Restsymptomatik der bestehenden psychiatrischen Beeinträchtigung. Für die neurologischen und rheumatologischen Einschränkungen werde auf die Vorgutachten von Dr. F.____ und Dr. E.____ verwiesen. Aus internistischer Sicht würden sich keine zusätzlichen relevanten Einschränkungen ergeben. Das Belastungsprofil werde dahingehend definiert, dass der Versicherte keine Tätigkeiten mit Absturzgefahr, auf Leitern, auf Gerüsten oder auf Baustellen, keine körperlich schweren Arbeiten, keine Nacht- oder Wechselschichten und keine Alleinarbeit ausüben sollte. Zudem seien regelmässige Essenszeiten und Pausen einzuhalten. Auch sei die beruflich notwendige Fahrtauglichkeit vor Aufnahme einer Tätigkeit in diesem Bereich zu überprüfen. Die Einschätzung einer Verbesserung gegenüber dem Zeitpunkt der Rentenzusprache gelte ab dem Datum des aktuellen Gutachtens. Eine genauere retrospektive Zuordnung könne aufgrund der fehlenden Dokumentation insbesondere des psychiatrischen Verlaufs bei offenbar mindestens ab Frühjahr 2017 nicht mehr erfolgten fachärztlichen Behandlung nicht mit genügender Sicherheit erfolgen. Ab diesem Zeitpunkt schein die vorher aktenanamnestisch dominante Diagnose einer mittelschweren bis schweren Depression jedoch in den Hintergrund getreten zu sein. Für den Zeitraum davor gelte die bisherige Festlegung. Zusammenfassend lägen aus psychiatrischer Sicht eine Vielzahl von Hinweisen auf eine ausgeprägte Symptomausweitung und Inkonsistenzen vor. Unter Gewichtung aller Fakten (Akten, frühere psychiatrische Beurteilungen, aktuelle Untersuchung) könne bei aktenanamnestisch als mittel- bis schwergradig eingestufte depressiver Episode (DD: im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung) aktuell (und ohne fachpsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung seit 2017) plausibel allenfalls von einer leichtgradigen/subsyndromalen bis remittierten Situation ausgegangen werden. Differentialdiagnostisch müsse eine Dysthymia erwogen werden. Im Vergleich zur Vorbeurteilung könne mit genügender Beurteilungssicherheit von einer Verbesserung ausgegangen werden. Die sonstigen beklagten Beschwerden und die Beschwerdeintensität könnten angesichts der unübersehbaren Symptomausweitung keiner anderen aktiven psychiatrischen Diagnose gemäss ICD-10 mit ausreichender Sicherheit zugeordnet werden. Den Angaben des Versicherten zufolge könne auch eine Höhenangst bestehen. Unter Berücksichtigung der zahlreichen Hinweise auf eine eingeschränkte Beschwerdenväldigkeit könne aktuell die früher gestellte Diagnose einer Schmerzstörung, zumindest betreffend die psychischen Anteile, nicht ausreichend sicher bestätigt werden. Die Schmerzstörung wäre gegebenenfalls möglicherweise remittiert und hätte, bei fehlender schwerer psychiatrischer Komorbidität, aktuell keinen erkennbaren zusätzlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der (plausibel nachvollziehbare) Schweregrad der festgestellten psychischen Störungen sei aufgrund der anamnestisch rezidivierenden und aktuell unter Medikation höchstens noch leichtgradig ausgeprägten depressiven Störung (DD: Dysthymia) nicht stärker als diskret bis leicht einzuschätzen. Relevante Partizipationsfunktionen (gemäss Mini-ICF-APP) seien dadurch aktuell aber nicht beeinträchtigt.

7.3.2 Im Einwandverfahren holte die IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Rheumatologie) beim C.____ ein, welches am

17. März 2020 erstattet wurde. In der Konsensbeurteilung wurden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, (2) ein mittelschweres bis schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS), (3) ein Status nach depressiver Episode, aktuell mit Restsymptomatik im Sinne einer erhöhten Irritierbarkeit (ICD-10 32.4; DD: Dys-thymie (ICD-10 F34.1), (4) periartropathische Hüftbeschwerden rechts, (5) persistierende belastungsabhängige Fusschmerzen rechts und (6) periartropathische Schulterbeschwerden beid-seits diagnostiziert. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein leichtes bis mäs-siges Carpaltunnelsyndrom links, ein Sulcus ulnaris-Syndrom links, eine anhaltende somato-forme Schmerzstörung gemäss Aktenlage (aktuell diagnostisch nicht haltbar), eine Akrophobie (ICD-10 F40.2), ein Status bei Vorderkantenabbruch LWK1 am 19. November 2002 mit konser-vativer Behandlung, eine Genua vara und Spreizfüsse. Beim Beschwerdeführer bestehe auf-grund der residuellen Pathologie in der Lendenwirbelsäule eine reduzierte Belastbarkeit des Ach-senskeletts. Mittelschwere und schwere Hebe- und Tragebelastungen seien ebenso zu vermei-den wie Verrichtungen mit repetitivem Bücken/Aufrichten sowie wiederholende Drehbewegungen des Rumpfs und Zwangshaltungen. Die Auswirkung des mittelschweren bis schweren OSAS sei schwierig zu beurteilen. Ausgehend vom letzten pneumologischen Bericht vom 20. Dezember 2019 mit Bezifferung einer mittleren Sauerstoffsättigung von 93 % in der nächtlichen Oxymetrie unter CPAP bestehe nach wie vor ein relevantes OSAS. Massgeblich für die Beurteilung des Schweregrads wäre jedoch eine aktuelle polysomnografische Abklärung mit Ermittlung des AHI (Apnoe-Hypopnoe-Index). Weiter wurde dargelegt, dass das Verhalten des Versicherten in der neurologischen Begutachtungssituation adäquat gewesen sei. Seine Ausführungen seien sach-lich und kontextbezogen. Neurologisch könnten keine Zeichen einer Selbstlimitierung, Verdeutli-chung oder gar Aggravation festgestellt werden. In der psychiatrischen Untersuchung habe sich der Versicherte unauffällig und nicht beeinträchtigt verhalten. Die von ihm geklagte erhöhte An-spannung und Gereiztheit habe nicht bestätigt werden können und es hätten sich auch keine Hinweise auf eine affektive Störung gezeigt. Im Vergleich zur Begutachtung bei der B._____ im Jahr 2019 habe sich keine wesentliche Veränderung gezeigt. Auch in der rheumatologischen Untersuchung habe der Versicherte seine Beschwerden konsistent zur Aktenlage geschildert ohne vermehrtes Schmerzgebaren. Betreffend die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ist dem Gutachten weiter zu entnehmen, dass in neurologischer Hinsicht eine angepasste Tätig-keit auf körperlich leichte intermittierende Hebe- und Tragebelastungen limitiert sein sollte. Zu-dem sollten Arbeiten mit repetitivem Bücken/Aufrichten und repetitiver Rotation des Rumpfs so-wie in Körperzwangshaltung vermieden werden. In einer diesen Kriterien angepassten Tätigkeit bestehe aus neurologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 30 % bezogen auf ein 100%-Pensum. Der Versicherte mache eine im Verlauf eingetretene Zu-nahme der Rücken- und Beinschmerzen geltend, verneine jedoch eine erneute Verschlechterung sensomotorischer Funktionseinbussen. Anhand der aktuell erhobenen neurologischen Unters-uchungsbefunde sowie unter Berücksichtigung der Aktenlage könne unter rein neurologischen Ge-sichtspunkten eine relevante Zustandsverschlechterung nicht objektiviert werden. Die Auswirkun-gen des Schlafapnoesyndroms auf die Leistungsfähigkeit könne ohne aktuelle Ermittlung eines AHI nicht zureichend beurteilt werden. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 30 % aufgrund der Schmerzlokalisationen. Eine adaptierte Tätigkeit beinhalte aus rheumatologischer Sicht Gewichtsbelastungen bis 10 kg sowie rückenadaptierte Tätigkeiten ohne wiederholtes Treppensteigen, ohne die Notwendigkeit auf Leitern und Gerüsten

zu steigen, ohne ständiges Gehen oder Stehen über eine halbe Stunde sowie ohne die Notwendigkeit, längerdauernd oder wiederholt deutlich über der Schulterhorizontalen beidseits arbeiten zu müssen. Die Schulterproblematik mit den beschriebenen qualitativen Beeinträchtigungen habe aber keine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit zur Folge. Insgesamt sei – wie im Gutachten der Dres. E.____ und F.____ vom Juli 2014 festgehalten – gesamthaft von einer Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht von 70 % auszugehen. Betreffend die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wurde zunächst auf das Gutachten der B.____ vom 2019 hingewiesen, welches eine Einschränkung von 20 % attestiert habe. Diese Beurteilung sei zu bestätigen. Grundsätzlich wäre dem Versicherten aus psychiatrischer Sicht eine klar strukturierte, einfache Tätigkeit ohne Zeitdruck und ohne Übernahme von Verantwortung möglich. Aufgrund der allfällig verminderten Belastbarkeit lasse sich aber eine 20%ige Leistungseinschränkung begründen. In Bezug auf die Einschätzung von Dr. G.____, der am 7. Januar 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 30 % attestiert hatte, wurde festgestellt, dass der Versicherte die psychiatrische Behandlung im Jahr 2017 beendet habe.

7.3.3 Im Beschwerdeverfahren nahm RAD-Arzt Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Stellung zu den Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach aus psychiatrischer Sicht keine Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten sei. Dazu hielt Dr. J.____ am 13. Januar 2021 fest, dass diese Auffassung nicht stichhaltig sei und ihr nicht gefolgt werden könne.

7.3.4 In den Akten findet sich auch der Bericht der D.____ vom 6. April 2021. Diesem ist im Wesentlichen zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer eine vorherrschende depressive Symptomatik mit mindestens mittelgradiger Ausprägung vorliege.

8.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2021 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in erster Linie auf die Ergebnisse ab, zu denen das C.____ in seinem polydisziplinären Gutachten vom 17. März 2020 gelangt war. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherte die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben könne. Hingegen sei ihm eine leidensadaptierte Tätigkeit zu 70 % zumutbar. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das polydisziplinäre Gutachten des C.____ weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 5.3 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation ein, setzt sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander und ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Ebenso nimmt es eine schlüssige Beurteilung der aktuellen Arbeitsfähigkeit vor. Den strengen Anforderungen des Bundgerichts an den Beweiswert von medizinischen Berichten entspricht auch – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers –

das bidisziplinäre Gutachten der B.____ vom 5. August 2019. Es ist in der Beurteilung überzeugend und umfassend, beruht auf persönlichen Begutachtungen, berücksichtigt die Vorakten und setzt sich kritisch mit widersprechenden Beurteilungen auseinander. Aus diesem Grund ist auch dieses Gutachten im vorliegenden Fall bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu berücksichtigen.

8.2.1 Der Beschwerdeführer kritisiert die Revision der Invalidenrente bei fehlendem Revisionsgrund auf der Grundlage von nicht beweiskräftigen Gutachten. Seine Vorbringen sind aber nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens des C.____ und des bidisziplinären Gutachtens der B.____ in Frage zu stellen. Seine Einwände, auf die im Folgenden näher einzugehen ist, richten sich dabei ausschliesslich gegen die psychiatrische Beurteilung in den Gutachten.

8.2.2 Der Beschwerdeführer stellt sich zunächst auf den Standpunkt, dass dem B.____-Gutachten kein Beweiswert zukomme. Er weist dabei auf seine im Rahmen des Vorbescheidverfahrens erhobene Kritik hin, welcher auch die Vorinstanz zugestimmt habe, ansonsten sie das Gutachten beim C.____ nicht in Auftrag gegeben hätte. Hierbei verkennt der Beschwerdeführer, dass er im Rahmen der Einwandbegründung vom 3. Oktober 2019 (act. 317) insbesondere beanstandet hat, dass die IV-Stelle ihn im Rahmen der Begutachtung bei der B.____ nicht habe rheumatologisch und neurologisch begutachtet lassen. Dieser Ansicht stimmte RAD-Arzt Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, am 8. Oktober 2019 dahingehend zu, als auch er sich auf den Standpunkt stellte, dass unklar sei, warum im aktuellen Revisionsverfahren die rheumatologischen und die neurologischen Beschwerden nicht untersucht worden seien. Am 18. Oktober 2019 wurde im Rahmen der vorinstanzlichen Abschlussbesprechung festgestellt, dass eine polydisziplinäre Begutachtung angezeigt sei. Unter diesen Umständen kann der Auffassung des Beschwerdeführers, wonach das polydisziplinäre Gutachten angeordnet worden sei, weil auch die Vorinstanz das B.____-Gutachten als untauglich erachtet habe, nicht gefolgt werden. Diese Einschätzung wird noch durch den Bericht von RAD-Arzt Dr. G.____ vom 22. Oktober 2019 untermauert, der lediglich eine "erweiterte Abklärung" in psychiatrischer Hinsicht als nötig erachtete und das asim-Gutachten als verwertbar bezeichnete.

8.2.3 Der Beschwerdeführer moniert weiter, dass Dr. L.____ sich auf die durch Dr. G.____ am 7. Januar 2015 erhobene Diagnose einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode beziehe und annehme, dass sich diese Symptomatik verbessert habe. Dem Gutachten sei aber nicht zu entnehmen, inwiefern eine Besserung eingetreten sein solle. Es bestünden weiterhin Stimmungsschwankungen, Aggressivität, Ungeduld und Ermüdbarkeit. Zudem sei nicht berücksichtigt worden, dass er weiterhin antidepressive Medikamente einnehme. Dr. L.____ hielt in seinem Teilgutachten fest, dass er die vom Beschwerdeführer behauptete Nervosität oder Anspannung im Rahmen der Untersuchung nicht habe finden können. Bezüglich der depressiven Störung führte er aus, dass es einer mehrheitlich gedrückten Stimmung mit Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs und einer erhöhten Müdigkeit bedürfe, um diese bejahen zu können. Diese Faktoren hätten sich beim Versicherten aufgrund der objektivierbaren Befunde nicht bestätigen lassen. Es habe keine dauerhaft gedrückte Stimmung bestanden und eine ausgesprochene Freudlosigkeit läge ebenfalls nicht vor. Die erhöhte Müdigkeit müsse aufgrund der Schlafstörung angenommen werden, welche ihre Ursache in der körperlichen Problematik habe.

Dies werde vom Versicherten selbst bestätigt, der angegeben habe, dass die Schmerzen ihn in der Nacht mehr als tagsüber stören würden. Weiter liessen sich keine ausgesprochene negative Haltung, kein verminderter Appetit und keine kognitiven Schwierigkeiten erheben, so dass das Vollbild einer depressiven Störung nicht nachvollzogen werden könne. Gleich wie in der letzten Begutachtung (bei der B.____) könne aufgrund der Stimmungsschwankungen allenfalls noch eine Restsymptomatik der abgelaufenen depressiven Störung angenommen werden oder differentialdiagnostisch eine dysthyme Störung festgestellt werden. In diesem Sinne sei daher von einer deutlichen Verbesserung des Zustands im Vergleich zur Situation im Januar 2015 auszugehen, als beim Versicherten eine mittel- bis schwergradige depressive Störung diagnostiziert worden sei. Diese Ausführungen sind nachvollziehbar und leuchten insbesondere unter Berücksichtigung der Beurteilung von Dr. I.____ vom 5. August 2019 ein. Die Gutachterin der B.____ führte aufgrund ihrer persönlichen Untersuchung aus, dass der Versicherte klagsam gewesen sei. Er habe die Schmerzsymptome verdeutlichend und aggravierend präsentiert und eine Akro- und Liftphobie naheliegenden Symptomatik, eine häufige Nervosität sowie eine gewisse dysphorische Niedergestimmtheit mit Freudlosigkeit geäussert. Zudem habe er bei stark verschobener Zubettgehenszeit (2 bis 3 Uhr nachts) eine erhebliche Schlafstörung durch schmerzbedingt wiederholt kurzzeitiges Erwachen. Darüber hinaus hätten keine psychiatrischen Symptome im engeren Sinne eruiert werden können. Zudem sei der Versicherte seit Frühjahr 2017 ohne jegliche fachpsychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Die im Rahmen der Begutachtung beklagten, aber nur zum Teil beobachtbaren Symptome würden die Kriterien für eine nur leichtgradige depressive Episode gemäss ICD-10 höchstens knapp bzw. gar nicht erfüllen. Differentialdiagnostisch sei das Vorliegen einer Dysthymia zu erwägen im Sinne einer anhaltenden missmutigen Grundstimmung, die definitionsgemäss geringer ausgeprägt ist als eine leichtgradige depressive Episode. Damit sind sowohl Dr. L.____ als auch Dr. I.____ letztlich überzeugend zum Ergebnis gelangt, dass beim Beschwerdeführer keine mittel- bis schwergradige Depression mehr diagnostiziert werden kann und damit eine Verbesserung des Gesundheitszustands im Vergleich zur Beurteilung von Dr. G.____ vom 7. Januar 2015 in psychiatrischer Hinsicht eingetreten ist.

8.2.4 Sodann erachtet der Beschwerdeführer das psychiatrische Teilgutachten von Dr. L.____ als unvollständig. Dieser gehe unbegründet davon aus, dass die Schmerzen durch die somatischen Befunde erklärbar seien, weshalb die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung keinen Einfluss mehr auf die Arbeitsfähigkeit habe. Dies sei aber eine abweichende Beurteilung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts im Vergleich zur Einschätzung von Dr. G.____ vom 7. Januar 2015, der das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestätigt habe. Dem Beschwerdeführer ist dahingehend zuzustimmen, dass Dr. L.____ sich zu diesem Themenkreis nicht bzw. nur sehr knapp äusserte. Er wies darauf hin, dass die Körperschmerzsymptomatik zum Grossteil aus somatischer Sicht nachvollziehbar und lediglich eine leichte Überlagerung durch den psychischen Zustand bzw. die psychosozial unbefriedigende Situation anzunehmen sei. Dr. I.____ führte dazu aber ausführlich und einleuchtend aus, weshalb aktuell die früher gestellte Diagnose einer Schmerzstörung, zumindest was die psychischen Anteile angehe, nicht ausreichend sicher bestätigt werden könne und wies insbesondere auf eine eingeschränkte Beschwerdvalidität hinsichtlich der geklagten Schmerzen hin. So habe sich eine initial präsentierte Bewegungseinschränkung/Steifigkeit im Schulter-/Nackebereich im Verlauf der knapp 2-stündigen Exploration weitestgehend bis völlig gelöst.

Zudem habe diese Körperzone bei lebhafter Gestik und bewegtem Ausdruckverhalten völlig unbeeinträchtigt gewirkt. Gelegentliche explizite Schmerzäusserungen hätten unecht und übertrieben gewirkt (z.B. erhebliche Verstärkung von Ausgleichsbewegungen und Positionsveränderungen, wenn die Schmerzen gerade thematisiert wurden, teils unvermittelt wirkendes stöhnendes Aufstehen mit Abstützung der Hände in die Seite/Flanke etc.). Desgleichen sei die initial beklagte "Nervosität" bzw. "Reizbarkeit" spontan im Zusammenhang mit dem Autofahren (spürbar an dem Erhalt seiner Fahrtauglichkeit interessiert) wortreich relativiert worden. Der Rey-Memory-Test (zur Detektion von Aggravation bzw. Simulation) sei eindeutig positiv und damit auffällig gewesen. Sie ging deshalb davon aus, dass die Schmerzstörung möglicherweise remittiert sei und sie bei fehlender schwerer psychiatrischer Komorbidität keinen erkennbaren zusätzlichen Einfluss mehr auf die Arbeitsfähigkeit habe. Auf diese im Rahmen der persönlichen Begutachtung erhobenen und nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. I.____ durfte sich auch Dr. L.____ abstützen und auf eigene Abklärungen verzichten. Anders wäre nur zu entscheiden, wenn dem Gutachten der B.____ kein Beweiswert zukommen würde. Da dies entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht der Fall ist, kann seiner Auffassung, wonach das Gutachten von Dr. L.____ unvollständig sei, nicht gefolgt werden.

8.2.5 Soweit der Beschwerdeführer die Konsensbeurteilung im Gutachten des C.____ als beweisuntauglich rügt, weil darin im Zusammenhang mit der Zumutbarkeitsbeurteilung auf die Begutachtung der B.____ im Januar 2019 verwiesen und festgehalten worden sei, dass zwischenzeitlich keine Verbesserung eingetreten sei, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Zwar ist in der Konsensbeurteilung im Gutachten des C.____ erwähnt, dass dem Beschwerdeführer im Januar 2019 aus psychiatrischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden und dieser Zeitpunkt für die Zumutbarkeitsbeurteilung massgebend sei. In der Konsensbeurteilung wurde auf Seite 17 aber auch klar festgestellt, dass im Januar 2015 eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht attestiert worden sei und der Beschwerdeführer im Jahr 2017 die psychiatrische Behandlung beendet habe, wobei für diesen Zeitpunkt keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit vorliegen würden. Daraus wird deutlich, dass auch die Gutachter des C.____ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers den aktuellen Gesundheitszustand und die aktuelle Arbeitsfähigkeit mit dem rentenrechtlich relevanten Zeitpunkt von im Jahr 2015 verglichen haben und nicht mit jenem im Januar 2019, als Dr. I.____ ihm eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestierte. Unter diesen Umständen steht fest, dass im Vergleich zur Situation im Jahr 2015 eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Selbst wenn auf die Konsensbeurteilung nicht abgestellt werden könnte, würde dies nicht dazu führen, dass das C.____-Gutachten gesamthaft nicht beweistauglich wäre. Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist, beurteilt sich danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten der Beweiswert abgesprochen wird. Dies hat auch umgekehrt zu gelten, wenn sich die Schlussfolgerungen im Hauptgutachten, das nicht in einer interdisziplinären Konsensbesprechung der beteiligten Fachärzte entstand, nicht nachvollziehen und sich nicht mit den Teilgutachten vereinbaren lassen, die Beurteilungen in allen Teilgutachten jedoch als schlüssig zu bezeichnen sind. Eine Beweiswürdigung, welche überzeugenden Teilkonsilien vollen Beweiswert zuerkennt, kann somit nicht allein deshalb als bundesrechtswidrig bezeichnet werden, weil einem weiteren Teil des Gutachtens – hier der Schlussbeurteilung – die Beweiskraft fehlt (vgl. BGE 143 V 124 2.2.4 mit Hinweisen).

Vorliegend sind die Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. L. ____ insbesondere auch unter Berücksichtigung der Angaben im Gutachten der B. ____ schlüssig und überzeugend, weshalb auch diese Argumentation des Beschwerdeführers ins Leere geht.

8.2.6 Der Beschwerdeführer wendet schliesslich ein, dass Dr. L. ____ entgegen der Empfehlung von Dr. J. ____ vom 22. Oktober 2019 keine testpsychologischen Abklärungen durchgeführt habe. Dazu führte Dr. J. ____ in seinem Bericht vom 13. Januar 2021 selbst aus, dass das Gutachten von Dr. L. ____ auch ohne diese zusätzliche Diagnostik plausibel begründet sei. Es werde deutlich, dass sich die ursprüngliche mittel- bis schwergradige Depression zurückgebildet habe. Zu beachten ist diesbezüglich, dass im Rahmen der B. ____-Begutachtung testpsychologische Untersuchungen durchgeführt wurden (vgl. Gutachten Seiten 67/73). Auch diese bestätigen, dass aus psychiatrischer Sicht eine Verbesserung des Gesundheitszustands seit 2015 eingetreten ist.

8.3 Somit steht fest, dass die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten des C. ____ vom 17. März 2020 abstellte. Diesem ist unter Berücksichtigung der Ausführungen im B. ____-Gutachten vom 5. August 2019 zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Verweistätigkeit zu 70 % zumutbar ist und damit eine im Vergleich zum Gesundheitszustand im Jahr 2015 deutliche Verbesserung eingetreten ist. Eine andere Beurteilung drängt sich auch unter Berücksichtigung des Berichts der D. ____ vom 6. April 2021 nicht auf, handelt es sich dabei doch nur um einen Kurzbericht, dem keine Zumutbarkeitsbeurteilung zu entnehmen. Damit lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, weshalb dem Eventualantrag des Beschwerdeführers, wonach weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen seien, nicht stattzugeben ist. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweismündigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhalts ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweismündigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (vgl. BGE 141 I 64 E. 3.3, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c am Ende mit Hinweisen).

9. In der angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2021 nahm die IV-Stelle gestützt auf das vorstehende medizinische Zumutbarkeitsprofil den Einkommensvergleich gemäss Art. 16 ATSG vor. Dabei stützte sie sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf die Lohnstrukturerhebungen (LSE) 2016 des Bundesamts für Statistik. Der Beschwerdeführer bestreitet weder die Höhe des so ermittelten Valideneinkommens von Fr. 68'449.-- noch des unter Berücksichtigung der attestierten Restarbeitsfähigkeit von 70 % berechneten Invalideneinkommens von Fr. 46'950.-- (Fr. 67'071.-- x 0.7) bzw. von Fr. 44'602.-- (unter Berücksichtigung des von der Beschwerdegegnerin gewährten 5%igen leidensbedingten Abzugs). Diesbezüglich kann auf die korrekten Ausführungen in der angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2021 verwiesen werden. Der Beschwerdeführer bringt hingegen vor, dass die IV-Stelle auf das Invalideneinkommen nicht nur einen leidensbedingten Abzug von 5 %, sondern einen solchen von 10 % hätte gewähren

müssen. Dazu ist festzustellen, dass – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht in ihrer Vernehmung ausführt – auch bei einem Abzug von 10 % kein rentenrelevanter IV-Grad resultieren würde. Aus der Gegenüberstellung des massgebenden Valideneinkommen von Fr. 68'449.-- und des so errechneten Invalideneinkommens von Fr. 42'255.-- (Fr. 67'071.-- x 0.7 – 10 %) ergibt sich eine Einbusse von Fr. 26'194.-- und damit ein IV-Grad von 38,26 %. Unter diesen Umständen erübrigen sich weitergehende Ausführungen zur Kritik des Beschwerdeführers am Einkommensvergleich.

10. Zusammenfassend steht aufgrund der vorstehenden Erwägungen fest, dass die angefochtene Verfügung der IV-Stelle vom 25. Februar 2021 rechtmässig ist, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde unbegründet und deshalb abzuweisen ist.

11. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO vom 16. Dezember 1993 werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb ihm die Verfahrenskosten zu überbinden sind. Diese werden mit dem von ihm bezahlten Vorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Ein Anspruch auf Parteischädigung besteht bei diesem Verfahrensausgang nicht (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Es wird keine Parteienschädigung ausgerichtet.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>