



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**Vom 31. März 2022 (720 21 251 / 67)**

---

**Invalidenversicherung**

**Gestützt auf die beweiskräftigen Verwaltungsgutachten ist davon auszugehen, dass keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG eingetreten ist.**

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Katja Wagner

Parteien **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Roger Zenari, Rechtsanwalt, Dornacherstrasse 10, Postfach, 4601 Olten 1 Fächer

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.a Der 1976 geborene A.\_\_\_\_ meldete sich erstmals mit Gesuch vom 16. April 2002 unter Hinweis auf eine Diskushernie L4/L5 sowie eine diesbezügliche Operation bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Mit Verfügung vom 30. Januar 2003 sprach ihm die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Wirkung ab 1. Februar 2002 eine ganze Invalidenrente zu.

A.b Im Rahmen eines von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens wurde die ganze Rente zufolge Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse mit Verfügung vom 6. September 2011 auf eine halbe Rente reduziert. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

A.c Mit Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente vom 26. November 2013 machte der Versicherte eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend. Die IV-Stelle klärte in der Folge die gesundheitlichen Verhältnisse ab und holte ein Gutachten bei Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 29. April 2014 ein. Gestützt darauf erliess sie am 28. August 2014 einen ablehnenden Vorbescheid. Im Rahmen des darauffolgenden Einspracheverfahrens veranlasste die IV-Stelle ein Gutachten bei Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und stellte mit Vorbescheid vom 9. Februar 2018 erneut die Ablehnung des Erhöhungsgesuchs in Aussicht. Nachdem der Versicherte gegen diesen Vorbescheid abermals Einwand erhoben hatte, beauftragte die IV-Stelle Dr. B.\_\_\_\_ und PD Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit einem bidisziplinären Gutachten vom 21. Dezember 2018 bzw. 9. Januar 2019. Auf dieser Grundlage verneinte sie mit Verfügung vom 9. Juli 2021 die Erhöhung des Rentenanspruchs.

B. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Roger Zenari, Advokat, mit Eingabe vom 1. September 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. Juli 2021 sei vollumfänglich aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine externe polydisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie sowie Innere Medizin zu initiieren; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte er im Wesentlichen an, dass die Gutachten, auf welche sich die Ablehnung des Erhöhungsgesuchs stütze, aus verschiedenen Gründen nicht über den erforderlichen Beweiswert verfügen würden.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 17. September 2021 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

D. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten sowohl der Beschwerdeführer mit Replik vom 13. Oktober 2021 als auch die Beschwerdegegnerin mit Duplik vom 18. Oktober 2021 an ihren Anträgen und Standpunkten fest.

E. Im Rahmen einer weiteren Eingabe vom 28. Oktober 2021 liess der Beschwerdeführer Berichte des Spitals L.\_\_\_\_ vom 3. bzw. 29. September 2021 ins Recht legen. Am 10. November 2021 machte die Beschwerdegegnerin von der Möglichkeit Gebrauch, hierzu Stellung zu nehmen.

Auf die Vorbringen der Parteien ist – soweit notwendig – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C\_455/2021 E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die IV-Stelle das Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente zu Recht abgewiesen hat.

3.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.2 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 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).

3.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4

Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. In BGE 143 V 409 und 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses für somatoforme Leiden entwickelte Vorgehen definiert systematisierte Indikatoren, die – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2., E. 3.4 bis 3.6 und 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2).

4.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende Invalidenrenten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zu denken ist dabei in erster Linie an eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes der versicherten Person, wobei die reale Veränderung eines medizinischen Sachverhalts von einer bloss nur nominellen Differenz zu unterscheiden ist. Darüber hinaus ist eine Rente aber auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 E. 3.5 mit Hinweisen). Es obliegt dem Versicherungsträger, eine erhebliche Veränderung des Invaliditätsgrades nachzuweisen, wenn er eine Rente reduzieren oder aufheben will (SVR 2014 UV Nr. 7 S. 21). Hintergrund bildet der Umstand, dass der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) die Verwaltung verpflichtet, von Amtes wegen Gründe für und gegen das Vorliegen oder Fehlen eines Sachumstands heranzuziehen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.2). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts mit Blick auf eine revisionsweise Änderung einer zuvor zugesprochenen Versicherungsleistung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (BGE 129 V 177 E. 3.1), bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts vom 7. November 2013, 8C\_48/2013, E. 2.4).

4.2 Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision (BGE 115 V 308 E. 4a/bb; SVR 2004 IV Nr. 5 S. 13 E. 2, I 574/02). 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. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2011, 9C\_243/2010, E. 3.4.2.3). Auch eine Veränderung von versicherungsmedizinischen Beurteilungsparametern kann zu einer abweichenden ärztlichen Schlussfolgerung hinsichtlich eines tatsächlich gleich gebliebenen Zustandes führen.

4.3 Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den – hier dem medizinischen Gutachten zu entnehmenden – Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben.

4.4 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. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen 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.

4.5 Ein Sachverständiger kann die betreffende Entwicklung regelmässig nicht aus eigener Wahrnehmung beschreiben (ausser er sei schon als Vorgutachter tätig gewesen). Daher ist es erforderlich, dass er sich, soweit verfügbar, mit den Fakten fundiert auseinandersetzt, wie sie sich aus den für den früheren Entscheid massgebenden medizinischen Vorakten ergeben (vgl. ALFRED BÜHLER, Beweismass und Beweiswürdigung bei Gerichtsgutachten, in: Der Haftpflichtprozess, Fellmann/Weber [Hrsg.], 2006, S. 67). Dem Gutachten, welches die medizinischen Vorakten unzureichend berücksichtigt, fehlt die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft selbst dann, wenn die Schlussfolgerungen, welche auf der Grundlage der vom Sachverständigen selber erhobenen Befundtatsachen gezogen worden sind, an sich einleuchten und vom Rechtsanwender prüfend nachvollzogen werden können (RKUV 1999 Nr. U 342 S. 410, U 51/98 E. 2d; vgl. auch SVR 2009 UV Nr. 18 S. 69, 8C\_744/2007 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts vom 22. November 2006, I 568/06, E. 5.1). Diesem Beweiswertkriterium kommt hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen in Revisionsfällen – mit Blick auf deren vergleichende Natur – eine besondere Bedeutung zu.

4.6 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 (BGE 133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 E. 3.2.3).

5.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes 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 (BGE 132 V 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

5.2 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 (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche 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 ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). 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 (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

6.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. In der Folge werden indessen lediglich entscheidrelevante Arztberichte und Gutachten wiedergegeben:

6.2.1 Im vorliegend massgebenden Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 6. September 2011) hatte sich die IV-Stelle auf das monodisziplinäre Gutachten des Spitals F.\_\_\_\_, Behandlungszentrum Bewegungsapparat, vom 18. Mai 2010 gestützt. Darin hatte Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Lumbalgie bei Osteochondrose L5/S1, Spinalstenose L5/1, einem Status nach Diskektomie LWK 4/5 sowie PLIF (posterior lumbar interbody fusion) LWK 4/5 diagnostiziert. Die vorliegenden Berichte würden alle ein chronisches lumbovertebrales bzw. spondylogenes Schmerzsyndrom nach obgenannten Operationen diagnostizieren. Der Patient sei wegen den chronischen Beschwerden bereits in seinen Alltagsaktivitäten erheblich eingeschränkt. Von den angegebenen Schmerzen abgesehen, sei es dem Patienten bei der heutigen Konsultation möglich gewesen, 45 Minuten am Stück in der gleichen Position auf einem Stuhl zu sitzen. Der Positionswechsel vom Sitzen zum Stehen und die beobachteten kurzen Gehstrecken seien flüssig gewesen. Im Bericht vom 21. Mai 2002 sei eine sehr stark eingeschränkte LWS-Beweglichkeit festgestellt worden, die allseitig schmerzhaft gewesen sei. Diese erhebliche Einschränkung der Beweglichkeit habe sich verbessert. Subjektiv habe sich der Gesundheitszustand nicht verbessert. Entsprechend seien leichte Arbeiten, bei welchen die Tätigkeit abwechselnd sitzend oder stehend verrichtet werden könne, in einem reduzierten Pensum zumutbar. Trotz der Schmerzangaben und der beschränkten Einsatzfähigkeit im Alltag sei eine solche Tätigkeit zu 50% (4 Stunden, vorzugsweis 2 x 2 Stunden) zumutbar.

6.2.2 Gestützt auf die Ergebnisse des vorstehend zitierten Gutachtens reduzierte die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. September 2011 die bis dahin ausgerichtete ganze Rente auf eine halbe Rente.

6.3.1 Im Zusammenhang mit dem vorliegenden Erhöhungsgesuch vom 26. November 2013 holte die IV-Stelle zunächst ein Gutachten bei Dr. B.\_\_\_\_ ein, welches am 29. April 2014 erstattet wurde. Darin diagnostizierte Dr. B.\_\_\_\_ ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung links mit relativer Spinalkanalstenose L3/4 bei ligamentärer Hypertrophie und breitbasiger Diskusprotrusion bis -hernierung L3/4, kleinem Anulus fibrosus-Riss L5/S1, breitbasiger Diskusprotrusion bis -hernie L5/S1 und Spondylarthrose sowie Hypertrophie der Ligamenta flava mit Spinalkanalstenose und beginnenden Rezessusstenosen beidseits, aktuell ohne Hinweise auf eine radikuläre Problematik. Zusammenfassend hätten die beiden Eingriffe (Hemilaminektomie im Jahr 2001 und Diskektomie L4/5 im Jahr 2002) gemäss Explorand keinen Einfluss auf die chronisch-lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein gehabt. Es habe eine chronische Schmerzsymptomatik über die Jahre persistiert. Aktuell schildere er einen seit etwa fünf Jahren verschlechterten Zustand mit chronischen Schmerzen lumbal mit diffuser Ausstrahlung ins linke Bein. Die Schmerzen seien chronisch, jeden Tag vorhanden. Bereits in Ruhe mit einem Wert von VAS 7-8 vor allem beim Sitzen. Im Rahmen der klinischen Untersuchung stellte der Gutachter eine frei bewegliche Hals- und Brustwirbelsäule fest. Bei der Prüfung der Lenden-

wirbelsäule (LWS) habe er deutliche Schmerzen endphasig angegeben. Die LWS sei 1/3 eingeschränkt, wie dies für den Status nach Spondylodese normal sei. Eine radikuläre Reizsituation könne heute verneint werden. Eine Hyposensibilität bestehe nicht. Bei der klassischen Lasègueprüfung (Dehnungstest für Nervenwurzel) seien lumbal starke Schmerzen ausgelöst worden, aber ohne Ausstrahlung. Bei der indirekten Lasègueprüfung, sitzend auf der Untersuchungsfläche mit 90° flektierten Hüften und voller Extension im Kniegelenk, habe er keine Schmerzen angegeben. Aufgrund des Status nach Rückenoperation sei das Achsenorgan lumbal bezüglich der Belastbarkeit deutlich eingeschränkt. Körperlich mittelschwere und schwere Arbeiten seien nicht zumutbar. Für eine körperlich leichte Tätigkeit, bei welcher er nicht nur dauernd sitzen und stehen, nicht über 10kg heben, stossen oder ziehen, in Zwangsstellungen sowie repetitiv bückend arbeiten müsse, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50% bezogen auf ein Ganztagespensum.

6.3.2 Gestützt darauf erliess die IV-Stelle am 28. August 2014 einen Vorbescheid, mit welchem sie die Ablehnung des Erhöhungsgesuchs in Aussicht stellte. Der Versicherte erhob am 9. September 2014 bzw. 20. November 2014, vertreten durch Advokat Zenari, Einwand gegen den Vorbescheid und machte darin u.a. neu psychische Beschwerden geltend. Daraufhin holte die IV-Stelle weitere Berichte bei den behandelnden Ärzten ein und veranlasste ein Gutachten bei Dr. C.\_\_\_\_\_.

In seinem Gutachten vom 12. Januar 2017 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_\_ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein leichtes depressives Syndrom (ICD-10 F32.0). Der Explorand sei im Affekt leicht niedergeschlagen gewesen, im Vordergrund sei die Verbitterung gestanden. Er habe eine Interessen- und Freudverminderung sowie Insuffizienzgefühle bejaht. Der Antrieb sei leichtgradig vermindert gewesen. Der Explorand habe auf Nachfrage Schuldgefühle bejaht, sei jedoch nicht in der Lage gewesen, diese näher zu bezeichnen. Eine Suizidalität sei verneint worden. Konzentrationsstörungen seien während der Gespräche nicht vorhanden gewesen. Er habe einen verminderten Appetit sowie einen gestörten Schlaf geäußert. Sowohl die Bejahung der Verminderung der Interessen seien im Rahmen der Antworttendenz in Richtung Aggravation zu sehen. Der Explorand sei nicht in der Lage gewesen, die Verminderung der Interessen sowie die Schuldgefühle zu konkretisieren. Insgesamt seien daher die Kriterien für eine leichte depressive Episode nach ICD-10 erfüllt. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe in der Tätigkeit als Hilfskraft keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit seien eher gering. Die Durchhaltefähigkeit sei nur geringgradig eingeschränkt. In Tätigkeiten, die höhere Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit und Durchhaltefähigkeit stellen würden, wie z.B. Büro- oder Kontrolltätigkeiten, bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% aufgrund der leichten depressiven Symptomatik.

6.3.3 Gestützt auf diese weiteren Abklärungen wurde mit Vorbescheid vom 9. Februar 2018 erneut die Ablehnung des Erhöhungsgesuchs in Aussicht gestellt. Nachdem der Versicherte gegen diesen Vorbescheid abermals Einwand erhoben hatte, beauftragte die Beschwerdegegnerin Dr. B.\_\_\_\_\_ und PD Dr. D.\_\_\_\_\_ mit einem bidisziplinären Gutachten vom 21. Dezember 2018 bzw. 9. Januar 2019.

Aus bidisziplinärer Sicht diagnostizierten die Gutachter mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung links mit relativer Spinalkanalstenose L3/4 bei ligamentärer Hypertrophie und breitbasiger Diskusprotrusion bis -hernierung L3/4, kleinem Anulus fibrosus-Riss L5/S1, breitbasiger Diskusprotrusion bis -hernie L5/S1 und Spondylarthrose sowie Hypertrophie der Ligamenta flava mit Spinalkanalstenose und beginnenden Rezessusstenosen beidseits, bei aktuell fehlendem Hinweis auf eine radikuläre Problematik. Zusätzlich zu den bereits bekannten Diagnosen wurde der Verdacht auf eine radiologisch beginnende Anschlussdegeneration L3/4 (Röntgen LWS vom 19. Dezember 2018), ohne typische Instabilitätsklinik, erhoben. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) diagnostiziert.

Im rheumatologischen Fachgutachten wurde zusammenfassend festgehalten, dass sich im Vergleich zum Gutachten vom 29. April 2014 eine nahezu identische Situation finde. Die klinischen Befunde hätten sich nicht in signifikanter Art und Weise verändert. Einzig die Beweglichkeit der LWS sei etwas schlechter ausgefallen, was aber dadurch erklärt sein könnte, dass der Explorand anlässlich der heutigen Exploration sehr lange haben sitzen müssen. Bildgebend habe sich eine Spur mehr degenerative Veränderungen auf L3/4 gezeigt. Dies sei ein möglicher Hinweis auf eine Anschlussdegeneration. Die Bandscheibe selber sei jedoch nicht beeinträchtigt. Es bestehe der Eindruck, dass die Deck- und Bodenplatten etwas mehr betont seien als gegenüber den Voraufnahmen vom 3. April 2017, dies allerdings nicht in signifikanter Art und Weise. Es sei ein Verdacht auf eine Anschlussdegeneration zu stellen. Dieser Befund allein stelle indessen keinen Grund dar, das Profil weiter zu erniedrigen. Da keine Berufsausbildung bestehe, erfolge die Beurteilung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Es kämen keine dauernd schweren oder mittelschweren, sondern nur leichte Arbeiten in Frage. In Bezug auf eine leichte rückschonende Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Die Beurteilung habe sich gegenüber der Vorbegutachtung vom 29. April 2014 nicht geändert.

Im psychiatrischen Fachgutachten verneinte PD Dr. D. \_\_\_\_\_ zunächst anhand der Diskussion der innerpsychischen Struktur des Versicherten die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. In Bezug auf die Affektpathologie stellte der Gutachter Inkonsistenzen zwischen den subjektiven Angaben des Exploranden und den objektiven Untersuchungsbefunden fest. Der Explorand habe sich als niedergeschlagen beschrieben und mitgeteilt, dass er keinerlei Freude, Interesse oder Lust mehr erlebe, sein Antrieb daniederliege und er ständig müde sei, sodass die Eingangskriterien gemäss ICD-10 für eine depressive Episode grundsätzlich erfüllt seien. Nun sei aber in der hiesigen Begutachtung aufgefallen, dass der Explorand sich in sämtlichen Lebensbereichen, zu denen er befragt worden sei, als vollständig dysfunktional beschrieben habe. Es habe eine höchst defizitorientierte Erzählweise seitens des Exploranden bestanden. Dabei hätten sich einzelne Inkonsistenzen ergeben. So habe der Explorand mitgeteilt, dass er aus Angst, Rückenblockaden zu erleiden, im Haushalt gar nichts unternehme und auch keine Einkäufe tätige. Demgegenüber sei er aber offenbar mühelos in der Lage, Auto zu fahren. Ebenso habe er mitgeteilt, dass er ausserhalb der Ursprungsfamilie keinerlei Kontakte habe, während er berichtet habe, dass er nach der hiesigen Begutachtung entweder durch seine Ehefrau oder seinen Schwager abgeholt werde. Es sei aber auch darauf hinzuweisen, dass der Explorand im objektiven Psychostatus zwar in mehreren objektiven Parametern eine leichte pathologische Auslenkung gezeigt habe, nie aber eine

mittelgradige oder schwere Auslenkung. So habe er leichte pathologische Auslenkungen in einzelnen affektiven Parametern ebenso wie in einzelnen Parametern, die sehr gut die innerpsychische Vitalität objektiv abzubilden vermöchten (äusseres Erscheinungsbild, Psycho- und Sprachmotorik, Mimik und Gestik, Denktempo, kognitive Leistungen, Affektverarmung sowie affektive Schwingungsfähigkeit) gezeigt. Die sei auch nicht ein Artefakt einer Momentaufnahme. Würde tatsächlich eine mittelgradige oder schwere depressive Episode vorliegen, so müsste diese Störung obligat gerade in diesen spezifischen objektiven Parametern zur innerpsychischen Vitalität dauerhaft Spuren hinterlassen, was bei diesem Exploranden nicht der Fall sei. Aufgrund der zahlreichen Inkonsistenzen seien die objektiven Untersuchungsbefunde prioritär zu würdigen. Gestützt darauf könne eine leichte depressive Episode diagnostiziert werden. In der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit.

6.3.4 Im Rahmen des Einwandverfahrens gegen einen weiteren ablehnenden Vorbescheid vom 21. August 2019 legte der Versicherte einen Bericht des Spitals E.\_\_\_\_ vom 24. Juni 2019 vor. Darin wurden eine Schmerzexazerbation tieflumbal linksseitig mit intermittierend ausstrahlender Schmerzsymptomatik in die linke untere Extremität, eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) (gemäss Abklärung psychiatrische Dienste G.\_\_\_\_ 2018) diagnostiziert. Am 19. Juni 2019 war eine 3-Phasen-Skelett-Szintigraphie und ein SPECT-CT erfolgt. Gegenüber der Voraufnahme zeige sich eine leichte Zunahme der Spondylophyten an den Vorderkanten, insbesondere Deckplatte LWK4, sowie ein stationäres Erscheinungsbild der übrigen Wirbel und Intervertebrälräume. In den Funktionsaufnahmen liege fraglich eine leichte Retrolisthesis des LWK3 zu LKW4 vor. Die Untersuchung zeige eine reizlose Schraubenlage. Resorptionsräume oder eine vermehrte metabolische Anreicherung würden sich perifokal nicht nachweisen lassen. Es zeige sich auch eine regelrechte Stellung der Wirbelkörper mit normalem Alignment. Es bestehe ferner eine leichte Arthrose der Facettengelenke, im Anschluss etwas ausgeprägt LWK3/4 links und LWK5/SWK1, jedoch ohne metabolische Anreicherung, insgesamt geringgradig ausgebildet. Aufgrund der leichten Zunahme der Spondylophyten an den Vorderkanten sowie der fraglichen Retrolisthesis sei der Patient zusätzlich wirbelsäulen-chirurgisch nochmals vorzustellen.

6.3.5 Mit Bericht vom 23. September 2019 des Spitals F.\_\_\_\_, Spinale Chirurgie, wurde aufgrund des komplexen Symptombilds eine stationäre Abklärung durch das disziplinäre Wirbelsäulenzentrum des gleichen Spitals empfohlen.

6.3.6 Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_, Spinale Chirurgie, vom 18. Dezember 2019, wurde das bekannte chronische Lumboischialgie-Syndrom linksseitig betont mit intermittierend ausstrahlender Schmerzsymptomatik diagnostiziert. In Bezug auf ein weiteres MRI vom 27. November 2019 wurde ausgeführt, dass sich in der Bildgebung eine kraniale und kaudale Anschlusssegmentdegeneration mit jeweils leichten Spinalkanalstenosen zeige. Interessanterweise sei ein im Vergleich zu den Vorbefunden von 2012 regredientes Diskusbulging bei L3/4 mit jedoch etwas verstärkter Facettenarthrose auszumachen. Zusammengefasst ergebe sich klinisch-radiologisch kein Hinweis für eine akute Radikulopathie. Die Ischialgie links lasse sich nicht klar einer S1-Radikulopathie zuordnen. Der Patient habe ein chronisches Schmerzproblem und sei diesbezüglich 2017 für fünf Wochen in stationärer Schmerztherapie gewesen. Heute komme

klar zum Ausdruck, dass er wegen rezidivierenden Blockaden grosse Angst vor Bewegungen und Belastungen habe. Gesamthaft scheinere der Patient differenziert mit dem Problem umzugehen und sei bemüht, den Schmerz, soweit es ihm möglich ist, zu verarbeiten und zu bewältigen. Leider bestehe bis dato kein klares rekonditionierendes Rezept.

6.3.7 Mit Austrittsbericht des Spitals F.\_\_\_\_, Rheumatologie, vom 1. März 2020 (Hospitalisation vom 18. bis 19. Februar 2020) wurde neben den bekannten Diagnosen ein Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom rechts (ED 18. Februar 2020) diagnostiziert. Aktuell berichte der Patient über Schmerzen in der LWS mit einem Ziehen in den Oberschenkel links lateral bis ventral. Die Beschwerden würden bei langem Sitzen oder Stehen exazerbieren. Beim Nachvornebeugen fühle er sich blockiert und spüre eine akute Exazerbation, wenn er versuche, sich aufzurichten. Im Liegen sei er praktisch beschwerdefrei. Zusätzlich habe er seit zwei Monaten Schmerzen im Ellenbogen rechts mit Ausstrahlung distal und proximal, zusammen mit Parästhesien zwischen Dig. I und II. Er habe keine Ausfälle in den unteren Extremitäten. Er versuche noch aktiv zu bleiben und mache die ihm gezeigten physiotherapeutischen Übungen zu Hause.

6.3.8 In einem Bericht der psychiatrischen Dienste G.\_\_\_\_ vom 22. September 2020 wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, ohne somatisches Syndrom (F33.10), ein Satus nach Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete wahnhafte Störung (F20.9), weiterhin unter Neuroleptika remittiert, sowie ein Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.1) diagnostiziert. Der Patient sei seit dem 24. Februar 2017 bis auf weiteres im psychiatrischen Ambulatorium in Behandlung. Hinsichtlich der objektiven Befunde wurde festgehalten, dass der Patient wach, bewusstseinsklar, räumlich, zeitlich zur Person und situativ orientiert sei. Im Kontakt sei er freundlich und kooperativ. Die Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit seien nicht eingeschränkt. Die Konzentration sei weiterhin reduziert. Er sei formalgedanklich verlangsamt und umständlich. Die Grundstimmung sei gedrückt und misstrauisch den Menschen und den Ärzten gegenüber. Er sei psychomotorisch ruhig. Der Antrieb sei etwas gebessert, aber nicht remittiert. Ferner konnten keine Hinweise auf Wahrnehmungsstörungen oder Ich-Störungen sowie Zwangshandlungen ausgemacht werden. Der Appetit sei normal und er habe keine Schlafstörungen. Von Suizidalität und Fremdgefährdung könne sich der Patient glaubhaft distanzieren. Der Patient leide an einer verminderten Stressresistenz als Folge einer hartnäckigen Depression. Die Menschenkontakte könne er nicht ertragen. In Bezug auf die angestammte Tätigkeit wird ausgeführt, dass der Versicherte weiterhin keiner Arbeitstätigkeit nachgehen könne. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit müsste in einem Belastbarkeitstraining evaluiert werden.

6.3.9 In einem weiteren Bericht des Spitals F.\_\_\_\_, Spinale Chirurgie, vom 20. Januar 2021 wurde die Diagnose eines radikulären Schmerzsyndroms C6 rechts bei intraforaminaler Diskushernie C5/6 rechts gestellt. Es liege ein typisches radikuläres Schmerzsyndrom C6 rechts vor. Sensomotorische Defizite bestünden jedoch nicht. Der erste Schritt sei eine Wurzelinfiltration C6 rechts. Der Patient lehne dies jedoch aktuell ab und möchte primär die noch nicht durchgeführte Physiotherapie abwarten. Falls der Patient sich für eine Infiltration entscheide und die Beschwerden dadurch nicht bessern würden, sei eine ventrale Dekompression und Stabilisation zu erwägen. Der Patient scheinere aktuell aber nicht zu schmerzgeplagt zu sein.

6.3.10 Mit Stellungnahme vom 30. April 2021 äusserte sich Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, eingehend zum Einwand des Versicherten und den neu eingegangenen Berichten. Sie gelangte zum Schluss, dass nach wie vor auf das Gutachten von PD Dr. D.\_\_\_\_ vom 9. Januar 2019 abgestellt werden könne (vgl. hierzu ausführlich die RAD-Stellungnahme vom 30. April 2021, IV-act. 282).

6.3.11 Am 19. Mai 2021 nahm Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Physikalische und Rehabilitative Medizin, RAD, zum Einwand des Versicherten sowie zur Aktenlage aus somatischer Sicht Stellung. Dabei gelangte er zur Auffassung, dass sich aus somatischer Sicht keine objektiv belastbaren Befunde ergeben würden, die eine weitere Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit von 50% in einer leidensangepassten Tätigkeit begründen könnten. Damit verbleibe es nach gemeinsamer somatischer und psychiatrischer Würdigung bei der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 50%.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der Frage, ob seit der Verfügung vom 6. September 2011 eine anspruchserhebliche Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen eingetreten ist, auf die vorstehend zitierten Gutachten, namentlich auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. B.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2018 bzw. 9. Januar 2019. Anhand dieser Grundlagen und eines Vergleichs zwischen der aktuellen Beurteilung und der Beurteilung im Zeitpunkt der Verfügung vom 6. September 2011 hat sie erwogen, dass keine wesentliche Veränderung ausgewiesen sei. Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass die Gutachten in verschiedener Hinsicht nicht beweiskräftig seien und macht eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend.

7.2 Wie oben ausgeführt (vgl. E. 5.3 hiervor), 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. Solche Indizien liegen keine vor. Die vorstehend zitierten Gutachten sind insgesamt umfassend und die dargelegten medizinischen Zusammenhänge sowie die vorgenommenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und überzeugend. Die Gutachter haben den Versicherten persönlich untersucht, eine umfassende Anamnese erhoben und gehen einlässlich auf seine Angaben und Beschwerden ein. Sie setzen sich zudem fundiert mit den bei den Akten liegenden medizinischen Berichten auseinander und begründen abweichende Einschätzungen in überzeugender Weise. Überdies wird nachvollziehbar dargelegt, dass sich der Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 6. September 2011 nicht wesentlich verschlechtert hat.

7.3.1 Der Beschwerdeführer beanstandet zunächst, dass sich die vorliegenden Abklärungen auf rheumatologische und psychiatrische Aspekte beschränken würden. Er würde an Erkrankungen der LWS mit Nervenwurzelaffektion und radikulären Beschwerden leiden. Hierfür sei ein Wirbelsäulenspezialist in den Gebieten Orthopädie/Neurologie heranzuziehen.

Dieser Auffassung kann nicht beigespflichtet werden. Zunächst gilt es darauf hinzuweisen, dass ein ausgebildeter und erfahrener Rheumatologe degenerative und entzündliche Krankheiten der Gelenke und der Wirbelsäule sowie akute und chronische Schmerzkrankheiten sowie Krankheiten der inneren Organe und des Nervensystems, insofern sie miteinander zusammenhängen, zuverlässig zu beurteilen vermag. Periphere neurologische Befunde können von verschiedenen medizinischen Fachgebieten untersucht werden, da dies zu den Basisuntersuchungstechniken vieler medizinischer Disziplinen gehört. Dessen ungeachtet konnten eine Nervenwurzelaffektion nicht mit Sicherheit erhoben bzw. zumindest damit einhergehende radikuläre Beschwerden oder sensomotorische Ausfälle bisher nicht ausgemacht werden. Wie sogleich darzulegen sein wird, sind vorliegend sodann keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich, denen zufolge Dr. B.\_\_\_\_ nicht in der Lage gewesen wäre, die gesundheitlichen Beschwerden und die damit einhergehende Arbeits(un)fähigkeit des Versicherten kompetent zu beurteilen. Ferner finden sich keine wesentlichen Aspekte, welche bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, zumal Dr. B.\_\_\_\_ sich mit einer möglichen radikulären Problematik eingehend befasst hat (vgl. E. 7.4.2 hiernach).

7.3.2 Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer ferner, wenn er geltend macht, dass Revisionsgutachten gemäss BGE 137 V 210 zwingend bei der schon früher beauftragten Gutachterstelle zu erfolgen hätten, weshalb das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ bereits aus diesem Grund nicht verwertbar sei. Das Bundesgericht hat sich im besagten Urteil weder in diese Richtung geäußert noch lässt sich eine solche Interpretation aus dem Urteil herauslesen. In Bezug auf Revisionsfälle zu berücksichtigen gilt, dass ein Sachverständiger (sofern er nicht schon als Vorgutachter tätig gewesen ist) die betreffende Entwicklung regelmässig nicht aus eigener Wahrnehmung beschreiben kann. Daher ist es erforderlich, dass er sich, soweit verfügbar, mit den Fakten fundiert auseinandersetzt, wie sie sich aus den für den früheren Entscheid massgebenden medizinischen Vorakten ergeben (vgl. E. 4.5 hiervor). Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt.

7.3.3 Hinsichtlich einer weiteren formellen Rüge des Beschwerdeführers ist darauf hinzuweisen, dass nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Tatsache einer regelmässigen Gutachtertätigkeit für sich allein die Unabhängigkeit der Gutachterperson nicht in Frage zu stellen vermag, selbst wenn eine medizinische Fachperson ihr Einkommen ausschliesslich durch Gutachteraufträge erzielen sollte (vgl. BGE 122 V 157 E. 1c; 123 V 175 E. 3d). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 122 V 157 E. 1c; 123 V 175 E. 3d). Solche Gründe werden seitens des Beschwerdeführers in Bezug auf die Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ indessen nicht geltend gemacht.

7.4.1 Der Beschwerdeführer zweifelt ferner den Beweiswert des rheumatologischen Fachgutachtens in inhaltlicher Hinsicht an. Er beanstandet, dass Dr. B.\_\_\_\_ keine MRI-Aufnahmen, sondern bloss Röntgenbilder veranlasst habe. Ferner sei eine radikuläre Problematik vom Gutachter nicht adäquat geprüft worden.

Was die Wahl von bildgebenden Verfahren anbelangt, so ist diese grundsätzlich von der Fragestellung abhängig. Einschränkungen im quantitativen und qualitativen Leistungsbild lassen sich zuverlässig aus dem klinischen und radiologischen Befund ableiten. Die Veranlassung einer MRT ist hierfür nicht zwingend erforderlich. Neben einer fehlenden (konkreten) medizinischen Fragestellung lassen sich den Akten keine Hinweise entnehmen, die zusätzlich eine Veranlassung einer MRT erfordern würden. Entgegen den Darlegungen in der Beschwerde hat sich Dr. B.\_\_\_\_ der Thematik einer möglichen radikulären Problematik ausführlich angenommen. Dabei konnte er eine Nervenwurzelkompression nicht nur anhand der aktuellen Bildgebungen, sondern namentlich auch aufgrund der klinischen Untersuchung nachvollziehbar ausschliessen. Der negative Lasègue (Dehnungstest für Nervenwurzel) ergab keine Hinweise für sensomotorische Defizite. Ferner sprechen gemäss Gutachter die fehlenden Schonungszeichen der Muskulatur für einen regelmässigen Einsatz derselben und damit gegen eine radikuläre Problematik. Entgegen dem Dafürhalten in der Beschwerde trifft es sodann gerade nicht zu, dass Dr. B.\_\_\_\_ mit seiner Auffassung allein dasteht. Vielmehr zeigt ein Blick auf die Aktenlage, dass eine Nervenwurzelkompression nicht bestätigt werden konnte (vgl. auch E. 7.4.3 hiernach). Bereits anlässlich einer MRI-Untersuchung vom 19. März 2012 konnten keine sichtbare Wurzelkompression und keine Hinweise auf eine radikulär bedingte sensomotorische Ausfallsymptomatik erhoben werden (vgl. IV-act. 79). Auch im weiteren Verlauf wurden sensomotorische Ausfälle verneint (vgl. bspw. Berichte des Spitals F.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2012 und des Spitals J.\_\_\_\_ vom 19. November 2013, IV-act. 88 und 93; ferner Bericht des Spitals F.\_\_\_\_, Spinale Chirurgie, vom 18. Dezember 2019, IV-act. 257, S. 9). Eine Wurzelkompression wurde von Dr. B.\_\_\_\_ auch in seinem ersten Gutachten vom 29. April 2014 nachvollziehbar ausgeschlossen. Diesem Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 29. April 2014 ist im Übrigen ebenso volle Beweiskraft beizumessen, nachdem das Gutachten – entgegen einem weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers – nicht in Verletzung der Partizipationsrechte erging.

7.4.2 Ein Vergleich der aktuellen Erhebungen von Dr. B.\_\_\_\_ mit den Ergebnissen des Gutachtens vom 18. Mai 2010, welches Grundlage für die Reduktion der Leistungen auf eine halbe Rente gebildet hatte, zeigt ein weitgehend unverändertes Beschwerdebild. Auch die jeweils gestellten Diagnosen fallen nahezu identisch aus. Ferner ist auch eine Zunahme von Ausmass und Schwere der Beschwerden aus objektiver Sicht zu verneinen. Zusätzlich zu den bereits bekannten Diagnosen diagnostizierte Dr. B.\_\_\_\_ aufgrund aktueller Bildgebungen einen Verdacht auf eine radiologisch beginnende Anschlussdegeneration L3/4 (Röntgen LWS vom 19. Dezember 2018). Diesbezüglich gelangte er aber nachvollziehbar zum Ergebnis, dass diesem Befund keine über das attestierte Leistungsprofil hinausgehende Einschränkung beigemessen werden könne, zumal er keine typische Instabilitätsklinik erheben konnte (vgl. E. 6.3.3 hiervor). Dessen ungeachtet sind bei der Frage, ob eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands vorliegt, ohnehin nicht die Diagnosen an sich, sondern die Auswirkungen derselben auf die Leistungsfähigkeit massgebend. In dieser Hinsicht bleibt die Einschätzung der involvierten Fachpersonen seit 2010 ebenfalls unverändert (vgl. statt vieler Berichte von Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 10. April 2012, 19. November 2013 und 3. April 2017, IV-act. 79, 93 und 189), was von Seiten des Gutachters im Einklang mit der medizinischen Aktenlage bestätigt wird. Der Gutachter gelangt nach einer umfassenden Prüfung nachvollziehbar zum Ergebnis,

dass hinsichtlich einer leidensadaptierten Tätigkeit bezogen auf ein Vollpensum eine Leistungseinschränkung von 50% gegeben sei, wie dies auch schon im Jahr 2010 attestiert worden war.

7.4.3 Weiter stellt der Beschwerdeführer die Beweiskraft des Gutachtens insofern in Frage, als er geltend macht, dass sich dieses angesichts der im Laufe des Verfahrens beigebrachten Berichte als unvollständig erweise. Hierbei verweist er namentlich auf die Berichte des Spitals F.\_\_\_\_ vom 1. März 2020 (E. 6.3.6 hiervor) und 22. Dezember 2020 (IV-act. 277, S. 5 ff.) sowie 20. Januar 2021 (E. 6.3.8 hiervor).

In Bezug auf die medizinische Aktenlage im Nachgang an die erfolgte Begutachtung gilt es zunächst darauf hinzuweisen, dass im Rahmen einer 3-Phasen-Skelett-Szintigraphie vom 19. Juni 2019 regelrechte Befunde und die vom Beschwerdeführer geltend gemachte leichte Anschlussdegeneration erhoben werden konnten (vgl. E. 6.3.4 hiervor). Dieser Befund war Dr. B.\_\_\_\_ bekannt und hat bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bereits Berücksichtigung gefunden. Alsdann ist die festgestellte Anschlussdegeneration nicht neu, sondern bereits seit 2012 dokumentiert (vgl. Bericht des Spitals F.\_\_\_\_, Spinale Chirurgie, vom 18. Dezember 2019, IV-act. 257, S. 9). Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_, Spinale Chirurgie, vom 18. Dezember 2019 als auch im vom Beschwerdeführer angerufenen Bericht derselben Institution vom 1. März 2020 konnten sodann im Einklang mit den gutachterlichen Feststellungen keine Hinweise auf eine Radikulopathie ausgemacht werden. Weder diesen noch weiteren im vorliegenden Verfahren beigebrachten Berichten lassen sich Anhaltspunkte für eine zwischenzeitliche Verschlechterung des Gesundheitszustands entnehmen. Das in der Beschwerde geltend gemachte Karpaltunnelsyndrom wurde im Bericht vom 1. März 2020 lediglich als Verdachtsdiagnose aufgeführt. Im Bericht vom 22. Dezember 2020 wurde dieser Befund nicht mehr als Diagnose erwähnt, zumal anlässlich der Untersuchung keine Auffälligkeiten, namentlich keine Hinweise auf eine Affektion des Nervus radialis rechts, ausgemacht werden konnten. Was schliesslich das im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2021 diagnostizierte radikuläre Schmerzsyndrom C6 anbelangt, so konnten diesbezüglich keine sensomotorischen Defizite ausgemacht werden. Gleichermassen verhält es sich in Bezug auf die im nach Verfügungserlass ergangenen Bericht des Spitals L.\_\_\_\_ vom 29. September 2021 erhobene Diagnose einer Nervenwurzelkompression S1. Zwar handelt es sich dabei um einen (abweichenden) radiologischen Befund. Hinweise auf damit verbundene funktionelle Beeinträchtigungen, die eine rentenrelevante Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöchten, lassen sich der dokumentierten klinischen Untersuchung nicht entnehmen. Hinzu kommt, dass sich keiner der Berichte zur Frage der Arbeitsfähigkeit äussert. Eine Verschlechterung lässt sich anhand der vorliegenden Akten nicht verifizieren, weshalb diese Berichte keinen Anlass zu weiteren Sachverhaltsabklärungen geben.

7.5.1 Der Beschwerdeführer stellt ferner auch das Gutachten von PD Dr. D.\_\_\_\_ vom 9. Januar 2019 in Frage. Dabei macht er zunächst geltend, dass der Gutachter ihm gegenüber vorurteilsbehaftet aufgetreten sei. Hinweise hierfür seien die angeblichen Inkonsistenzen, die aufs Äusserste konstruiert wirken würden. Dafür sprächen aber auch die gutachterlichen Mutmassungen, wonach der Beschwerdeführer lediglich aufgrund des IV-Verfahrens eine psychiatrische Behandlung aufgenommen habe.

Dem kann nicht gefolgt werden. Zwar können gewisse Äusserungen und das Verhalten von Experten während der Exploration durchaus objektiv den Anschein von Befangenheit erwecken. Zu denken ist etwa an Anmerkungen, welche die Glaubhaftigkeit der Angaben des Exploranden zum Gesundheitszustand und zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit von vornherein mehr oder weniger offen verneinen. Eine Befangenheit kann auch bei abschätzigen und beleidigenden Bemerkungen persönlicher Natur oder unter Umständen in der Art und Weise, wie die Untersuchung durchgeführt wird, vorliegen (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 26. November 2004, U44/04, E. 4.2). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist das Gutachten von PD Dr. D.\_\_\_\_ jedoch objektiv und sachlich gehalten. Es gibt keine Hinweise auf Kommentare unsachlicher Art, die objektiv Zweifel an seiner Unvoreingenommenheit wecken würden. Aufgrund der gutachterlichen Feststellung, wonach ein enger Zusammenhang zwischen der psychiatrischen Behandlungsanamnese und der Rentenkürzung bestehe, kann noch nicht auf eine Voreingenommenheit geschlossen werden. Dies umso weniger, als sich die getätigten gutachterlichen Aussagen anhand der vorliegenden Aktenlage stützen lassen und PD Dr. D.\_\_\_\_ die mit der Rentenkürzung einhergehende Belastung als einschneidendes Erlebnis bezeichnete, welches indessen als invaliditätsfremd zu werten sei. Was die angeführten Inkonsistenzen anbelangt, so wurden entsprechende Diskrepanzen bereits im Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 12. Januar 2017 erhoben (vgl. E. 6.3.2 hiervor). Wenn PD Dr. D.\_\_\_\_ anlässlich der Begutachtung dieselben Beobachtungen gemacht hat, kann ihm das nicht als Befangenheit angelastet werden.

7.5.2 Im Weiteren ist festzuhalten, dass das Gutachten von PD Dr. D.\_\_\_\_ eine ausführliche Diskussion der innerpsychischen Struktur des Versicherten und eine eingehende Würdigung der Affektpathologie enthält. Dabei vermag der Gutachter insbesondere auch die Diagnose einer leichten depressiven Episode nachvollziehbar zu begründen. Was die vom Beschwerdeführer auf Seite 17 bis 19 des Gutachtens angeführten Einschränkungen anbelangt, die seiner Auffassung zufolge für einen höheren Grad einer depressiven Störung sprechen würden, so handelt es sich hierbei um die subjektiven Schilderungen des Versicherten. Diesbezüglich legte der Gutachter ebenso überzeugend dar, dass diese Angaben gerade nicht ausschlaggebend sein können, nachdem sich der Explorand ohne Ausnahme in sämtlichen Lebensbereichen als völlig dysfunktional beschreibe und ferner Inkonsistenzen zu verzeichnen seien. Zwar kann man sich durchaus fragen, ob das u.a. angeführte Beispiel tatsächlich als Inkonsistenz zu werten ist, wonach der Versicherte mitgeteilt habe, dass er ausserhalb der Ursprungsfamilie keinerlei Kontakte habe, während er berichtet habe, dass er nach der Begutachtung entweder durch seine Ehefrau oder seinen Schwager abgeholt werde. Dieses Beispiel allein ändert aber nichts an der schlüssig festgestellten Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben und den objektiven Befunden, die auch schon in früheren Beurteilungen festgestellt worden ist (vgl. E. 7.5.1 hiervor). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gründete primär auf seiner objektiven Befunderhebung, wobei er überzeugend darlegte, dass die objektiven Parameter, welche die innerpsychische Vitalität abbilden würden, nur eine leichte, nie aber eine mittelgradige oder schwere Auslenkung gezeigt hätten. Er erörterte, dass es sich hierbei nicht um ein Artefakt einer Momentaufnahme handle. Würde tatsächlich jene Dysfunktionalität bestehen, wie sie seitens des Exploranden in der hiesigen Begutachtung geschildert werde, so müssten in den spezifischen Parametern obligat relevante pathologische Auslenkungen nachgewiesen werden. Hinsichtlich der Bestandteil der Indikatorenprüfung bildenden

Ressourcen bekräftigte der Gutachter unter Verweis auf die festgestellten Diskrepanzen, dass es an einer aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbaren Erklärung für das passive Verhalten fehle. Nachdem die innerpsychische Vitalität nicht relevant beeinträchtigt sei, könnten keine relevanten Beeinträchtigungen in den qualitativen Funktionsfähigkeiten festgestellt werden, die mit den ICF-Kriterien abgebildet würden. Unter diesen Umständen vermag ferner der Einwand nicht zu überzeugen, wonach keine Abklärungen betreffend die Leistungs- und Funktionsfähigkeit vorgenommen worden seien. Gleichermassen verhält es sich in Bezug auf das Vorbringen, wonach die Kritik an den behandelnden Ärzten konstruiert wirke. PD Dr. D.\_\_\_\_ hat sich sehr ausführlich mit der psychischen Krankheitsentwicklung auseinandergesetzt und eingehend dargelegt, weshalb sich den medizinischen Berichten mit Ausnahme des Gutachtens von Dr. C.\_\_\_\_ keine oder keine ausreichenden Begründungen für die jeweils gestellten Diagnosen finden lassen würden. Vor diesem medizinischen Hintergrund läuft schliesslich auch der Einwand ins Leere, wonach das Gutachten oberflächlich gehalten sei.

7.5.3 Schliesslich vermögen auch die im Nachgang an das Gutachten von PD Dr. D.\_\_\_\_ ergangenen Beurteilungen die ausschlaggebende Beweiskraft der gutachterlichen Feststellungen nicht in Frage zu stellen. In diesem Zusammenhang verweist der Beschwerdeführer namentlich auf die Berichte der psychiatrischen Dienste G.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2019 und 22. September 2020.

Zunächst ist unter Hinweis auf das in der vorstehenden Erwägung Dargelegte festzuhalten, dass PD Dr. D.\_\_\_\_ überzeugend begründet hat, weshalb kein höherer Schweregrad in Bezug auf die depressive Störung ausgewiesen sei und sich keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen lasse. Ferner hat er auch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nachvollziehbar ausgeschlossen. In Bezug auf die Berichte der psychiatrischen Dienste G.\_\_\_\_ kann sodann auf die überzeugenden Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ vom 15. August 2019 (IV-act. 241) und 30. April 2021 (IV-act. 282) verwiesen werden. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch der Umstand, dass sich die Behandler in ihrem Bericht vom 14. Juni 2019 nicht zur Arbeits(un)fähigkeit äussern bzw. hinsichtlich der funktionellen Einschränkungen u.a. auf die somatischen Beschwerden verweisen und sich auf die subjektiv geklagten Beschwerden des Versicherten stützen. Eine nachvollziehbare Begründung für die im Bericht vom 22. September 2020 aufgeführten Diagnosen lässt sich ferner genauso wenig entnehmen wie für die Feststellung, wonach der Patient keiner Arbeitstätigkeit mehr nachgehen könne. So wird hinsichtlich der objektiven Befunde im Wesentlichen festgestellt, dass die Konzentration weiterhin reduziert, die Grundstimmung gedrückt und der Patient formal gedanklich verlangsamt sei. Ferner bestehe ein Misstrauen gegenüber Menschen, vor allem gegenüber Ärzten. Es ist wenig nachvollziehbar, inwiefern diese Befundlage eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie einen Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen begründen soll. Eine im Anschluss an das Gutachten eingetretene gesundheitliche Verschlechterung lässt sich somit auch in psychiatrischer Hinsicht nicht ausmachen.

7.6 Soweit der Beschwerdeführer die Beweistauglichkeit des Gutachtens der Dres. B.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ auch insofern in Frage stellt, als er geltend macht, dass dieses mit Blick auf das Erstellungsdatum nicht mehr aktuell sei, kann er nach dem Dargelegten ebenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 18. Januar 2017, 9C\_643/2016, E. 4.2

und vom 6. November 2009, 9C\_575/2009, E. 3.1 und 3.2.2.2). Hierbei gilt es im Weiteren zu beachten, dass die Beschwerdegegnerin die RAD-Stellungnahmen jeweils zeitnah an neu beigebrachte medizinische Beurteilungen und nicht erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingeholt hat. Die gegenteiligen Behauptungen des Beschwerdeführers laufen damit ins Leere.

8. Nach dem Gesagten ist gestützt auf die überzeugenden Gutachten der Dres. B.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass seit der Verfügung vom 6. September 2011 keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten ist. Entgegen den Darlegungen der Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 9. Juli 2021 erübrigt sich bei diesem Ergebnis eine erneute Durchführung eines Einkommensvergleichs, nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast bleibt es vielmehr beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Juni 2014, 9C\_273/2014, E. 3.1.1 mit Hinweis) – mithin einem Invaliditätsgrad von 57%. Damit besteht weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente. Die gegen die Verfügung vom 9. Juli 2021 erhobene Beschwerde ist damit abzuweisen.

9. Laut Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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 werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm aufzuerlegen und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zu verrechnen sind. Es wird keine Parteientschädigungen zugesprochen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
  3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

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