



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 23. Januar 2025 (720 24 52)

Invalidenversicherung

Prüfung des Rentenanspruchs einer versicherten Person, welche an eine Long-Covid-Symptomatik leidet

Besetzung	Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Andreas Blattner, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler
Parteien	A. ____, Beschwerdeführer, vertreten durch François Schmid, Rechtsanwalt, Schmid & Hermann Rechtsanwälte, Lange Gasse 90, 4052 Basel
	gegen
	IV-Stelle Basel-Landschaft , Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin
Betreff	IV-Rente

A.1 Der 1970 geborene A.____ war vom 30. März 2000 bis 31. Dezember 2016 als Plattenleger für die B.____ AG tätig und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 10. April 2006 zog er sich bei einem Arbeitsunfall eine Radiusköpfchenfraktur zu. Etwas mehr als

zwei Monate nach dem Unfall arbeitete er wieder zu 100 % in seiner angestammten Tätigkeit. Die Suva anerkannte für dieses Unfallereignis ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen. In den Jahren 2007 und 2009 kam es zu Rückfällen. Mit Verfügung vom 19. August 2015 sprach die Suva dem Versicherten für die verbliebenen Beeinträchtigungen am rechten Ellbogen eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 10 % zu.

A.2 Am 22. Februar 2016 meldete A.____ der Suva erneut einen Rückfall mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit. Nach erneuten medizinischen Abklärungen, namentlich nach Einholung der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, bejahte die Suva mit Einspracheentscheid vom 30. Mai 2018 einen Anspruch auf eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 13 %. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 27. Juni 2018 wies das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 29. November 2018 ab. Dieses Urteil ist in Rechtskraft erwachsen.

A.3 Mit Gesuch vom 16. Juni 2016 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf die Unfallfolgen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) veranlasste in der Folge medizinische Abklärungen. Dabei holte sie ein bidisziplinäres Gutachten bei Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und FMH für Innere Medizin, und Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein, welches am 4. Juni 2018 erstattet wurde. Ausserdem zog sie die Akten der Suva bei. Mit Verfügung vom 18. September 2018 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch von A.____ bei einem Invaliditätsgrad von 31 %. Gegen diese Verfügung reichte der Versicherte Beschwerde beim Kantonsgericht ein. Mit Urteil vom 21. März 2019 wurde die Beschwerde rechtskräftig abgewiesen.

A.4 Am 25. Januar 2023 ersuchte der Versicherte unter Hinweis auf Beschwerden am Ellbogen, am Rücken, an der Lunge nach Covid-19-Infektion im April 2021 und psychischen Stress erneut um Ausrichtung von IV-Leistungen. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse sowie durchgeführtem Vorbescheidverfahren lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. Januar 2024 gestützt auf die Beurteilungen ihrer Ärzte des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), prakt. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 1. November 2023 und 3. November 2023 einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Advokat François Schmid, mit Eingabe vom 26. Februar 2024 Beschwerde ans Kantonsgericht. Er beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die IV-Stelle anzuweisen, ihm mit Wirkung ab dem 1. Juli 2023 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Streitsache an die IV-Stelle zur Vornahme weiterer Abklärungen, insbesondere zur Einholung eines polydisziplinären medizinischen Gutachtens gemäss Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, zurückzuweisen, um anschliessend

neu über seinen Leistungsanspruch zu entscheiden; alles unter o/e-Kostenfolge, wobei um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Verbeiständung ersucht werde. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass die IV-Stelle bzw. der RAD seinen gesundheitlichen Zustand nicht ausreichend abgeklärt habe. Zudem machte er eine Verschlechterung der somatischen und psychischen Beeinträchtigungen geltend. Im Rahmen des Einkommensvergleichs sei das im Urteil des Kantonsgerichts vom 21. März 2019 verbindlich festgesetzte Valideneinkommen in Höhe von Fr. 87'021.-- massgebend und nicht dasjenige in Höhe von Fr. 67'874.--, welches die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung eingesetzt habe.

C. Mit Verfügung der instruierenden Präsidentin der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts vom 29. Februar 2024 wurde das Gesuch des Versicherten um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Verbeiständung abgewiesen.

D. Mit Vernehmlassung vom 8. Mai 2024 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

E. In der Replik vom 11. Juni 2024 hielt der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter an seinen Anträgen und seiner Begründung fest. Die IV-Stelle verzichtete mit Eingabe vom 14. Juni 2024 auf die Einreichung einer Duplik.

F. Am 14. August 2024 wurde der Fall dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 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 26. Februar 2024 ist demnach 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 angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 in der ab dem 1. Januar 2022 geltenden Fassung Anwendung. Vorliegend meldete sich der Versicherte im Januar 2023 zum Leistungsbezug an. Demzufolge kann ein Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von 6 Monaten per 1. Juli 2023 entstehen

(vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Demnach sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV sowie des ATSG in der ab 1. Januar 2022 geltenden Fassung anwendbar.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG versicherte Personen, 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).

2.2 Nach Art. 6 ATSG 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 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).

2.3 Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 % – 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten spezifische prozentuale Anteile (Abs. 4).

2.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.1 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. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleichbleibenden Gesundheitszustandes (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen) oder der Grundlagen für die Wahl der Invaliditätsbemessungsmethode (BGE 117 V 198 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2011, 9C_223/2011, E. 3.1) revidierbar.

3.2 Vorliegend liegt keine Rentenrevision nach Art. 17 ATSG, sondern eine Neuansmeldung vor. Eine Neuansmeldung zielt aber wie die Revision auf eine erneute Prüfung des Leistungsanspruchs aufgrund veränderter Verhältnisse ab. Im Falle eines Eintretens auf eine Neuansmeldung ist nach Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV in Verbindung mit Art. 17 Abs. 1 ATSG analog zu einer Rentenrevision zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit dem Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert haben (BGE 117 V 198 E. 4b; SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2).

3.3.1 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 108 E. 5.4, 130 V 71 E. 3.2.3).

3.3.2 Vorliegend lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 18. September 2018 einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente ab. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht mit rechtskräftigem Urteil vom 21. März 2019 ab. Nachdem sich der Versicherte am 25. Januar 2023 erneut zum Leistungsbezug angemeldet hatte, verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. Januar 2024 einen Rentenanspruch mangels rentenbegründenden Invaliditätsgrades. Demgemäss beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine Invalidenrente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Verfügung vom 18. September 2018 bzw. des kantonsgerichtlichen Urteils vom 21. März 2019 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2024.

4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese 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 davon, 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.2 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 465 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 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen hingegen kommt nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3). Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2021, 8C_750/2020, E. 4 mit Hinweisen).

5.1.1 Die IV-Stelle stützte sich in der Verfügung vom 18. September 2018 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Versicherten im Wesentlichen auf die Ergebnisse, zu denen Dr. D.____ und Dr. E.____ in ihrem Gutachten vom 4. Juni 2018 gelangt sind. Gestützt auf diese fachärztlichen Beurteilungen ging sie davon aus, dass dem Versicherten die Ausübung der angestammten Arbeit als Plattenleger zu 0 % und einer leidensadaptierten Tätigkeit im Umfang von 100 % zumutbar sei.

5.1.2 Dr. D.____ diagnostizierte in seinem rheumatologischen Teilgutachten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine beginnende Ellbogenarthrose rechts bei Status nach konservativer Therapie einer Radiusköpfchenfraktur rechts am 10. April 2006, bei Status nach Ellbogenarthroskopie rechts mit arthroskopischem Shaving und Gelenkdébridement mit beginnender Ellbogenarthrose rechts am 8. September 2016 und sensibler Irritation des Nervus ulnaris im Ellbogenbereich und (2) ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung rechts bei Chondrose L4/5 mit initial grosser mediolateraler rechtsgelegener Diskushernie mit

wahrscheinlich radikulärer Reizung L5 rechts und bei Regredienz der medioateralen Diskushernie L4/5 rechts ohne Wurzelkompression. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gebe es keine rheumatologische Diagnose. Klinisch bestehe heute keine radikuläre Problematik mehr. Es gebe Hinweise, dass die Schmerzgenese zumindest teilweise psychogen bedingt sei. Zwischen den Angaben des Versicherten, der von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgehe, und den objektiv erhobenen Befunden gebe es Diskrepanzen. So sei die angegebene Schmerzintensität von lumbal VAS 7 – 8 und von VAS 7 im rechten Bein nicht erklärbar, zumal der Versicherte nicht leidend wirke. Nicht nachvollziehbar sei auch, dass seit zwei Jahren eine unveränderte Schmerzsituation angegeben werde, obwohl bildgebend ein rückläufiger Befund der Diskopathie L4/5 dokumentiert sei. In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Plattenleger wie auch in allen körperlich mittelschweren bis schweren Arbeiten sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. In einer leidensangepassten Tätigkeit mit nur leichten bis gelegentlich mittelschweren Rückenbelastungen und einer Belastung des rechten Armes mit maximal 5 kg bestehe bezogen auf ein Ganztagespensum seit dem 25. Februar 2017 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, sofern Arbeiten mit repetitiven Bewegungen, mit nur sitzenden und stehenden Positionen, mit Zwangshaltungen (wie dauernd in der Vorhalte arbeiten), mit repetitivem Vornüberbeugen und dauernden Tätigkeiten über Kopf vermieden würden.

5.1.3 Dr. E.____ stellte in seinem Gutachten vom 4. Juni 2018 als Diagnose eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), die keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Im psychiatrischen Befund hielt er fest, dass die Stimmung des Versicherten etwas herabgesetzt und bedrückt sei. Der Antrieb sei dagegen nicht vermindert. Es gebe keine Anhaltspunkte für Veränderungen der Stimmung und des Antriebes im Laufe des Tages. Die Psychomotorik sei unauffällig. Der Versicherte äussere Minderwertigkeitsgefühle und einen gewissen Lebensüberdruß, distanzierte sich aber von Suizidgedanken. Er mache einen wachen Eindruck und sei bewusstseinsklar. Zeitlich, örtlich, situativ und zu eigener Person sei er gut orientiert. Er drücke sich differenziert aus. Zeichen von Konzentrationsschwäche seien nicht feststellbar; der Versicherte gehe gut auf die gestellten Fragen ein. Die Merkfähigkeit sowie die Gedächtnisleistungen seien intakt und das Denken sei nicht eingeengt. Es zeigten sich weder Gedankenabreissen noch Neologismen noch eine Gedankenleere. Ebenso wenig seien wahnhaftes Denken oder Wahnvorstellungen vorhanden. Der Versicherte habe einen klaren, guten Bezug zur Realität und zu seiner Person. Hinweise auf eine mittel- oder schwergradige depressive Störung liessen sich nicht finden. Der Versicherte fühle sich kaum arbeitsfähig. Er sei auch nicht in der Lage gewesen, einer einfachen Beschäftigung im Rahmen eines Sozialhilfeprogrammes nachzugehen. Das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung könnten durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Es fänden sich keine Anhaltspunkte für langanhaltende, vorbestehende psychosoziale Belastungen. Der Versicherte leide lediglich unter leichten, schmerzbedingten Schlafstörungen. Er habe am Morgen aber keine Mühe aufzustehen. Tagsüber unternehme er Spaziergänge, schone sich, lege sich meistens auf dem Sofa hin, da er im Liegen weniger Schmerzen habe. Die Beziehung zu seiner Ehefrau und den Söhnen sei gut. Er treffe sich gelegentlich mit Bekannten auf der Strasse und habe regelmässigen Kontakt mit seinen Familienangehörigen. Er berichte von einem gewissen Lebensüberdruß, distanzieren sich aber klar von Suizidgedanken. Er sei auch in der Lage, Auto zu fahren. Zur

Untersuchung nach X.____ sei er alleine mit den öffentlichen Verkehrsmitteln gefahren. Im letzten Jahr sei er mit dem Flugzeug in seine Heimat gereist. Alle diese Aktivitäten wären bei einer mittel- bis schwergradigen Episode nicht möglich, zumal er noch nie psychiatrisch stationär behandelt worden sei. Eine eigenständige depressive Erkrankung liege nicht vor. Diagnostisch handle es sich deshalb um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die gelegentlich auftretenden leichten depressiven Verstimmungen seien im Rahmen der Schmerzstörung einzuordnen. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. E.____ fest, dass dem Versicherten die zuletzt ausgeübte Tätigkeit und jede andere Tätigkeit zu 100 % zugemutet werden könne. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit im Verlauf nie eingeschränkt gewesen.

5.1.4 Dr. E.____ und Dr. D.____ gelangten im Rahmen ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung in Bezug auf die funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen zur Auffassung, dass der Versicherte im Alltag durch die psychischen Beschwerden nicht beeinträchtigt sei. Es gelte daher die rheumatologische Beurteilung.

5.2 Nach der bidisziplinären Begutachtung erkrankte der Versicherte im April 2021 an Covid-19. Infolge unklarer Thoraxschmerzen wurde er kardiologisch untersucht. Es ergaben sich keine Hinweise auf eine strukturelle Kardiopathie oder eine pathologische Langzeitfolge des Herzens nach Covid-19-Infektion. So zeigte sich echokardiographisch eine normale systolische Funktion. Es gab auch keine Zeichen für eine pulmonale Druckerhöhung oder eine kardiale Ischämie. Ergometrisch war die Leistungsfähigkeit knapp altersentsprechend. (vgl. Bericht von Dr. med. H.____, FMH Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 2. August 2021). Im Mai 2021 diagnostizierte die Ärzteschaft des Spitals I.____ ein Lungenemphysem. Dem Bericht des Spitals I.____ vom 21. September 2021 ist zu entnehmen, dass sich anlässlich der pneumologischen Verlaufskontrolle vom 10. September 2021 lungenfunktionell normale statische und dynamische Lungenvolumina zeigten. Demgegenüber bestehe eine mittelschwere CO-Diffusionsstörung, welche im Rahmen des Emphysems zu werten sei. Auf der Computertomographie (CT) des Thorax vom 27. Mai 2021 seien ein ausgeprägtes, zentrilobuläres und teils subpleurales Lungenemphysem in den oberen und mittleren Lungengeldern und auf der SPECT-CT des Thorax vom 29. Juni 2021 eine kombinierte Ventilations- und Perfusionsstörung beidseits mit zentrilobulärem und paraseptalen Lungenemphysem zu erkennen. Die Gehstrecke betrage 510 m (84 % der Norm). Der Versicherte klagte noch über eine gewisse Belastungsdyspnoe, welche sich jedoch weiter verbessere. Als Diagnosen wurde ein Verdacht auf eine organisierende Pneumonie bei Status nach Covid-19-Infektion bei anhaltender Belastungsdyspnoe, ein Lungenemphysem, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei Lumboischialgie rechts und Ellbogenschmerzen sowie eine arterielle Hypertonie festgehalten.

5.3 Im Bericht des Spitals I.____ vom 12. September 2022 wurde dargelegt, dass die Lungenfunktionsprüfung nach wie vor normale statische und dynamische Lungenvolumina und eine mittelschwer eingeschränkte Diffusion zeige. Die Gehstrecke habe sich auf 85 % der Norm belaufen. Auf der CT vom 31. August 2022 seien das ausgeprägte apikal betonte Lungenemphysem sowie diffuse Ground Glass Opazitäten (= Milchglasstrübungen) ersichtlich, was an eine

respiratorische Bronchiolitis mit interstitieller Lungenerkrankung (RBILD) erinnern würde. Die wichtigste Massnahme sei ein konsequenter Nikotinverzicht.

5.4 Der Hausarzt, Dr. med. J.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, führte am 18. Februar 2023 aus, dass der Versicherte seit der Covid-19-Infektion über Kurzatmigkeit bereits bei alltäglichen Belastungen klage. Die Situation in Bezug auf die chronischen Schmerzen bei Lumboischialgie rechts und die Arthrose im rechten Ellbogen seien seit Jahren unverändert.

5.5 Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 20. Februar 2023, dass sich der Versicherte seit dem 15. Mai 2017 bei ihm in psychiatrisch-psychotherapeutischer sowie medikamentöser antidepressiver Behandlung befinde. Im Verlauf habe sich der psychische Gesundheitszustand massgeblich verändert. Aus psychiatrischer Sicht leide der Versicherte an einer mittelgradigen depressiven Störung ohne somatisches Syndrom sowie an einer Long-Covid-Symptomatik seit 30. Juni 2021. Diese gesundheitlichen Einschränkungen führten zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der Chronifizierung der Depression und der Long-Covid-Symptomatik könne er im Haushalt kaum mehr tätig sein. In seinem Bericht vom 27. Juni 2023 hielt Dr. K.____ daran fest, dass beim Versicherten eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom mit chronischem Charakter (ICD-10 F32.10) und eine Long-Covid-Symptomatik bestehe. Zudem beständen seit Jahren Rückenschmerzen. In psychischer Hinsicht sei der Versicherte im Affekt deprimiert, habe keinen Antrieb mehr, weise eine gedrückte Stimmung auf und habe Zukunftsängste. Zudem würde das Krankheitsbild von Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit begleitet. Ausserdem beständen Schlafstörungen und Müdigkeit bei bestehender Long-Covid-Symptomatik. Inhaltliche und formale Denkstörungen sowie ein psychotisches Geschehen seien nicht feststellbar. Die Suizidalität sei immer wieder latent vorhanden; es gebe jedoch keine konkreten suizidalen Äusserungen und Vorstellungen. Aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen, der körperlichen Beschwerden mit chronischem arthrotischem Verlauf sowie der Long-Covid-Symptomatik sei der Versicherte bei fehlenden Ressourcen funktionell eingeschränkt. Durch die Chronifizierung der Depression sei weder eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft noch eine solche im geschützten Rahmen möglich.

5.6.1 Zum Krankheitsverlauf seit der Begutachtung durch die Dres. D.____ und E.____ im Jahr 2018 nahmen die RAD-Ärzte Dr. G.____ und Dr. F.____ Stellung. Dr. G.____ hielt fest, dass die unklaren Thoraxschmerzen im August 2021 kardiologisch umfassend abgeklärt worden seien. Aus den Ergebnissen (normale systolische Funktion, keine pulmonale Druckerhöhung, knapp altersentsprechende Leistungsfähigkeit) ergäben sich keine relevanten Veränderungen oder Funktionseinschränkungen, welche zu einer limitierten Arbeitsfähigkeit in einer körperlich angepassten, leichten Tätigkeit führen könnten. In Bezug auf das diagnostizierte Lungenemphysem und die mittelschwer eingeschränkte CO-Diffusionskapazität sei festzuhalten, dass die Lungenfunktionsprüfung im Juli 2021 normale statische und dynamische Lungenvolumina und eine Gehstrecke von 510 m, was 84 % der Norm entspreche, gezeigt habe. Daraus liessen sich für eine körperlich leichte Tätigkeit keine massgeblichen Einschränkungen ableiten, auch wenn der Versicherte bereits bei Alltagsbelastungen Kurzatmigkeit verspüre. Es sei zwar grundsätzlich möglich, dass eine Covid-19-Infektion mit Long-Covid-Symptomen die Leistungsfähigkeit des Versicherten beeinträchtigen könnte. Die kardio-pulmonalen Ergebnisse würden jedoch nicht auf relevante

Einschränkungen hinweisen. Es sei deshalb aus somatischer Sicht nicht davon auszugehen, dass in einer körperlich leichten Tätigkeit eine bedeutsame Limitierung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Es lasse sich somit in somatischer Hinsicht keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten seit der interdisziplinären Begutachtung im Jahr 2018 feststellen.

5.6.2 Dr. F.____ wies in psychiatrischer Hinsicht darauf hin, dass die von Dr. G.____ gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode bereits zum Begutachtungszeitpunkt bei Dr. E.____ zur Diskussion gestanden habe. Der Gutachter habe diese Diagnose damals nicht bestätigen können. Wegweisende psychiatrische Befunde, welche eine von Dr. E.____ abweichende Beurteilung rechtfertigen würden, seien von Dr. K.____ nicht dokumentiert worden. So würden sowohl Dr. E.____ als auch Dr. K.____ eine bedrückte Stimmung beschreiben. Beide Psychiater stellten fest, dass der Versicherte bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen sei. Ebenfalls unverändert sei eine latente Suizidalität vorhanden, jedoch ohne konkrete suizidale Absichten. Es sei zu beachten, dass der Versicherte bis anhin noch nie stationär behandelt worden sei, was aufgrund des präsentierten Leidensdrucks aber zu erwarten wäre. Zudem habe die Behandlungsfrequenz abgenommen. So habe Dr. K.____ zu Beginn alle zwei Wochen eine Gesprächstherapie mit dem Versicherten durchgeführt. Inzwischen erfolge eine solche "meist monatlich", was bei der angegebenen Affektminderung und des fehlenden Antriebs nicht nachvollziehbar sei. Es sei deshalb nicht nachgewiesen, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Versicherten seit der Begutachtung durch Dr. E.____ im Jahr 2018 verändert habe.

5.6.3 In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit kamen die beiden RAD-Ärzte zum Schluss, dass der Versicherte unverändert in der angestammten Arbeit als Plattenleger zu 100 % arbeitsunfähig sei. In einer leidensangepassten Tätigkeit liege dagegen unter Beachtung des von Dr. D.____ formulierten Zumutbarkeitsprofils eine vollständige Arbeitsfähigkeit vor.

5.7 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahmen Dr. F.____ am 1. November 2023 und Dr. G.____ am 3. November 2023 Stellung zu den Einwänden des Versicherten. Dr. F.____ erklärte, dass – entgegen der Ansicht des Versicherten – zwischen den Begriffen der latenten Suizidalität und des Lebensüberdresses kein wesentlicher Unterschied bestehe, stelle doch eine latente Suizidalität keine psychische Zustandsverschlechterung gegenüber einem Lebensüberdross dar. Was die vom Versicherten geltend gemachte Medikation mit Quetiapin anbelange, sei darauf hinzuweisen, dass die gewählte Dosierung zu tief sei, um eine depressive Symptomatik genügend behandeln zu können. Dr. F.____ betonte, dass der Versicherte seit 2017 bei Dr. K.____ in Behandlung stehe. Falls sich bei dieser jahrelangen Behandlungsdauer tatsächlich eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes abgezeichnet hätte, hätte bei einer leitlinienorientierten Behandlung eine Intensivierung der medizinischen Massnahmen stattfinden müssen, was hier aber nicht erfolgt sei. Vorliegend stimme insbesondere das Medikamentenmanagement von Dr. K.____ nicht mit den Leitlinien überein. Gründe für ein Abweichen von einer leitlinienorientierten Behandlung lägen nicht vor. Aus somatischer Sicht hielt Dr. G.____ daran fest, dass sich keine wegweisenden medizinischen Befunde finden liessen, welche auf eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten hindeuten würden.

5.8 Am 26. Februar 2024 berichtete Dr. K.____ von einer zunehmenden Verschlechterung der depressiven Symptomatik seit Ende Juni 2023. Die antidepressive Behandlung mit Duloxetin sei Anfang 2024 auf die Höchstdosis von 120 mg erhöht worden. Eine Chronifizierung der prolongierten Depression sei sehr belastend und erschwerend für einen Patienten. Je länger die Depression anhalte, desto grösser werde die Suizidalität des Betroffenen. Zurzeit liege beim Versicherten nur eine latente Suizidalität mit lebensüberdrüssigen Gedanken vor. In letzter Zeit habe er suizidale Äusserungen wie Erschiessen oder Springen von der Autobahnbrücke gemacht.

5.9 RAD-Arzt F.____ stellte sich in seiner Stellungnahme vom 19. März 2024 auf den Standpunkt, dass die Dosiserhöhung von Duloxetin auf die maximal empfohlene Dosis von 120 mg pro Tag ein längst überfälliger Schritt gewesen sei. Es sei unklar, weshalb Dr. K.____ bis Februar 2024 nicht die volle Dosis therapeutisch verschrieben habe, zumal vorliegend eine prolongierte Depression ohne klare, therapeutische Besserungssituation vorliege. Die medikamentöse Behandlungsoptimierung dürfe aber nicht als Indiz für eine gesundheitliche Verschlechterung interpretiert werden. Bei einer unmittelbar drohenden Suizidalität sei gemäss psychiatrischen Fachauffassungen eine stationäre psychiatrische Behandlungsindikation gegeben; jegliche ambulanten Behandlungen seien kontraindiziert. Da Dr. K.____ einen stationären Aufenthalt nicht vorschlage, sei eine akute Suizidalität nicht nachvollziehbar. In Ergänzung der Einschätzung von Dr. F.____ führte Dr. G.____ am 20. März 2024 aus, dass in somatischer Hinsicht auch keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei.

6.1.1 Gestützt auf die Beurteilungen der RAD-Ärzte Dr. G.____ und Dr. F.____ ging die IV-Stelle davon aus, dass sich der gesundheitliche Zustand des Versicherten seit der Begutachtung durch die Dres. D.____ und E.____ Ende Mai/Anfang Juni 2018 nicht wesentlich verschlechtert habe. Demgemäss sei es ihm nach wie vor zumutbar, einer leidensangepassten Tätigkeit im Umfang von 100 % nachzugehen. Diese Beurteilung ist nicht zu beanstanden. Wie in Erwägung 4.2 hiervor erwähnt, sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1). Solche Zweifel liegen hier nicht vor. Die Auffassung der RAD-Ärzte, wonach es keine Hinweise für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gebe, ist nachvollziehbar und beruht auf einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Akten.

6.1.2 Dr. G.____ befasste sich umfassend mit den seit der Begutachtung durch die Dres. D.____ und E.____ im Jahr 2018 neu eingetretenen gesundheitlichen körperlichen Beeinträchtigungen. So berücksichtigte er, dass der Versicherte im April 2021 an Covid-19 mit Lungenbeteiligung erkrankte und seither an Long-Covid-Symptomen (wie z.B. an Kurzatmigkeit und thorakalen Rückenschmerzen) leidet. Er setzte sich mit den vom Versicherten geklagten unklaren Thoraxschmerzen auseinander und legte gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzteschaft des Spitals I.____ und von Dr. H.____ dar, dass die umfassenden Abklärungen mittels Echokardiogramm (EKG), Ergometrie und transthorakale Echokardiographie (TTE) keine Hinweise auf eine relevante strukturelle Kardiopathie oder eine Langzeitfolge des Herzens nach Covid-10-Infektion ergeben hätten. Ebenso bezog Dr. G.____ das im Mai 2021 diagnostizierte

Lungenemphysem und die mittelschwer eingeschränkte CO-Diffusionskapazität in seine Beurteilung ein. Diese Beeinträchtigungen scheinen trotz der vom Versicherten gelten gemachten Belastungsdyspnoe keine wesentlichen Auswirkungen auf die körperliche Leistungsfähigkeit des Versicherten zu haben, zeigten doch die Lungenfunktionsprüfungen vom 16. Juli 2021 und vom 9. September 2021 normale statische und dynamische Lungenvolumina. Der Versicherte erreichte im 6-Minuten-Gehtest einen Wert, der 84 % bzw. 85 % der Norm entspricht (vgl. Berichte des Spitals I.____ vom 21. September 2021 und 12. September 2022). Die Schlussfolgerung von Dr. G.____, wonach sich aus dem Lungenemphysem und der mittelschwer eingeschränkten CO-Diffusionskapazität keine relevanten Einschränkungen bei der Ausübung einer körperlich leichten Tätigkeit ableiten liessen, ist bei diesen Ergebnissen nachvollziehbar. Daran ändert auch die Verdachtsdiagnose einer RBILD nichts, geht doch aus den Ausführungen des behandelnden Arztes des Spitals I.____ nicht hervor, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten dadurch zusätzlich beeinflusst wird. Er empfahl als Massnahme auch lediglich einen absoluten Nikotinverzicht. Dr. G.____ befasste sich auch mit den Long-Covid-Symptomen, wie z.B. die vom Versicherten beschriebene Kurzatmigkeit. Da trotz umfassenden Abklärungen keine objektiven Befunde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit erhoben werden konnten, leuchtet es ein, dass er zum Schluss kam, es liege keine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten vor. Es ist zudem nicht zu bemängeln, dass sich Dr. G.____ mit den übrigen somatischen Diagnosen wie der chronischen Schmerzen bei Lumboschialgie rechts und der Arthrose im rechten Ellbogen nicht auseinandersetzte, bestätigte doch der Hausarzt Dr. J.____, dass die Situation diesbezüglich seit Jahren unverändert sei (vgl. Bericht vom 18. Februar 2023).

6.1.3 In psychischer Hinsicht würdigte Dr. F.____ sämtliche Berichte von Dr. K.____ und widerlegte überzeugend, weshalb sich der psychische Zustand des Versicherten seit der Begutachtung im Jahr 2018 nicht verschlechtert habe. Er wies korrekt darauf hin, dass sich Dr. E.____ bereits mit der von Dr. K.____ schon damals gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit daraus resultierender vollständiger Arbeitsunfähigkeit auseinandergesetzt habe und zum Schluss gekommen sei, dass er die Einschätzung des behandelnden Psychiaters aufgrund der psychopathologischen Befunde nicht bestätigen könne. Aus den von Dr. K.____ beschriebenen Symptomen im Bericht vom 27. Juni 2023 könne nicht auf eine erhebliche depressive Störung geschlossen werden, welche die Arbeitsfähigkeit des Versicherten wesentlich einschränken würde. Sie wichen auch nicht massgeblich von denjenigen von Dr. E.____ ab. Die von Dr. K.____ erstmals in seinem Bericht vom 26. Februar 2024 dokumentierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist nicht überzeugend. Zur Begründung wies er auf die jahrelang bestehende Depression hin, ohne entsprechende objektive Befunde anzuführen. Damit kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Versicherte an einer depressiven Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit leide. Daran ändert auch eine allfällige Chronifizierung des Zustandsbildes nichts. Aus der Tatsache, wonach die Medikation Anfang 2024 auf die Maximaldosis erhöht worden ist, ist kein genügender Anhaltspunkt, um von einer verschlechterten gesundheitlichen Situation des Versicherten auszugehen. Hierzu erklärte Dr. F.____ einleuchtend, dass eine solche Massnahme beim geschilderten Beschwerdebild schon längstens indiziert gewesen wäre. Was die vermehrt geäusserten Suizidabsichten anbelangt, ist festzustellen, dass die Ausführungen von Dr. K.____ widersprüchlich sind. Zuerst stellte er fest,

dass der Versicherte "zum Glück" nur latente Suizidgedanken habe, welche "sich schnell und überraschend in akute Suizidgedanken umwandeln" könnten. Später erklärte er, dass der Versicherte kürzlich konkrete suizidale Äusserungen gemacht habe. Es ist damit nicht klar, ob beim Versicherten eine latente oder eine konkrete Suizidabsicht besteht. Immerhin gibt es Hinweise, am Vorliegen einer akuten Suizidalität zu zweifeln. Denn bei einer tatsächlich bestehenden akuten Suizidalität hätte Dr. K._____ eine Hospitalisation des Versicherten in einer psychiatrischen Klinik als dringend indiziert betrachten müssen, was aber nicht geschehen ist. Es liegen somit nicht genügend objektive Befunde vor, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten belegen würden. Die Beurteilungen von Dr. K._____ sind somit nicht geeignet, geringe Zweifel an der RAD-ärztlichen psychiatrischen Einschätzung zu erwecken.

6.2 Daran ändert auch der Einwand des Versicherten nichts, wonach an der Beweiskraft des bidisziplinären Gutachtens der Dres. D._____ und E._____, insbesondere an derjenigen des psychiatrischen Fachgutachtens von Dr. E._____, zu zweifeln sei. Das Gericht hat dieses Gutachten in seinem rechtskräftigen Urteil vom 21. März 2019 als beweiskräftig erachtet. Im vorliegenden Verfahren liegen keine Anhaltspunkte vor, um von der damaligen Beurteilung abzuweichen. Der Versicherte legte auch keine konkreten Gründe dar, welche ein solches Vorgehen rechtfertigen würden. Entgegen der Ansicht des Versicherten ist es im vorliegenden Verfahren nicht von wesentlicher Bedeutung, ob das Gutachten von Dr. E._____ aktuell ist. Er übersieht, dass die IV-Stelle bei der Beurteilung der Frage, ob seit der Begutachtung durch die Dres. D._____ und E._____ eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, einzig auf die RAD-Beurteilungen abgestellt hat. Dr. F._____ und Dr. G._____ haben den Krankheitsverlauf gestützt auf die aktuellen medizinischen Berichte seit der Begutachtung durch die Dres. D._____ und E._____ verfolgt und überzeugend dargelegt, weshalb sich die gesundheitliche Situation des Versicherten nicht verschlechtert hat und er in einer Verweistätigkeit weiterhin vollständig arbeitsfähig sei.

7.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 128 V 30 E. 1).

7.2 Im Rahmen der Invaliditätsbemessung hat der Versicherte einzig das Valideneinkommen beanstandet. Er wies zutreffend darauf hin, dass die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom dem kantonsgerichtlichen Urteil vom 21. März 2019 zugrunde gelegten Valideneinkommen von Fr. 87'021.-- für das Jahr 2018 abgewichen ist. Zur Begründung führte die IV-Stelle an, dass dieses Valideneinkommen offensichtlich falsch sei, weil sich die von der ehemaligen

Arbeitgeberin der Ausgleichskasse gemeldeten Jahreseinkommen in den Jahren 2009 – 2014 nur zwischen Fr. 64'000.-- (richtig: Fr. 62'000.--) und Fr. 67'000.-- belaufen hätten (vgl. Auszug aus dem Individuellen Konto [IK-Auszug]). Lohnausweise, welche belegen würden, dass der Versicherte ein massiv höheres Einkommen erzielt habe, existierten nicht. In der Folge legte die IV-Stelle dem Valideneinkommen den von der damaligen Arbeitgeberin der Ausgleichskasse gemeldeten Verdienst im Jahr 2015 von Fr. 65'810.-- (recte: 63'810.--; vgl. IK-Auszug) zugrunde. Nach Anpassung dieses Betrages an die Nominallohnentwicklung von 3 % (Tabelle T1.1.10 Nominallohnindex Männer 2015- 2021, Sektor F [Baugewerbe]: 0,4 % [2016], 0,3 % [2017], 0,5 % [2018], 1,0 % [2019], 0,8 % [2020], 0,0 % [2021]) erhielt sie ein Valideneinkommen in Höhe von Fr. 67'784.-- (vgl. angefochtene Verfügung vom 24. Januar 2024). Dieser Betrag erweist sich insoweit als nicht korrekt, als gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung für jedes Jahr einzeln das (seinerseits bereits indexierte) Vorjahreseinkommen zu indexieren ist (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juni 2013, 8C_193/2013, E. 3.2). Richtigerweise müsste sich das Valideneinkommen deshalb auf Fr. 65'746.-- (Fr. 63'810.-- x 0,4 % x 0,3 % x 0,5 % x 1,0 % x 0,8 % x 0,0 %) belaufen. Die Frage, ob der Invaliditätsbemessung ein Valideneinkommen von Fr. 65'746.-- oder von Fr. 88'594.-- (inkl. Berücksichtigung der bis 2021 erfolgten Nominallohnentwicklung von 1,0 % [2019], 0,8 % [2020] und 0,0 % [2021]) zugrunde zu legen ist, kann vorliegend offengelassen werden. Denn es resultiert selbst bei Berücksichtigung des höheren Valideneinkommens von Fr. 88'594.-- und einem Pauschalabzug von 10 % beim Invalideneinkommen lediglich ein Invaliditätsgrad von gerundet 33 % (Fr. 88'594.-- - Fr. 59'233.-- [= Invalideneinkommen, vgl. Verfügung vom 24. Januar 2024] = Fr. 29'361.-- x 100 : Fr. 88'594.--). Bei einem Invaliditätsgrad von 33 % besteht kein Rentenanspruch.

8. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 24. Januar 2024 richtigerweise festgestellt hat, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands vorliegt. Andere Umstände, welche eine Rentenrevision zur Folge haben könnten, wie eine erhebliche Veränderung der erwerblichen Auswirkungen (vgl. Erwägung 3.1 hiavor) sind weder aktenkundig noch wurden sie vom Versicherten behauptet. Es mangelt somit an einem Revisionsgrund gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG, weshalb die Verfügung vom 21. Januar 2024 im Ergebnis nicht zu beanstanden ist. Demgemäss ist die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 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 Versicherte unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm aufzuerlegen sind.

9.2 Dem Prozessausgang entsprechend hat der Versicherte keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

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. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.