



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 21. Januar 2021 (720 20 257 / 18)

Invalidenversicherung

Neuanmeldung nach Aufhebung des Rentenanspruchs. Ablehnung des Leistungsanspruches infolge fehlender wesentlicher Verschlechterung des Gesundheitszustands. Bei Vorliegen eines neurologischen und psychiatrischen Gutachtens erübrigt sich ein neuropsychologisches Gutachten, sofern keine kognitiven Limitierungen vorhanden sind.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger,
Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin i.V. Jeannine Gass

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Elisabeth Maier, Advokatin,
Hauptstrasse 104, Postfach, 4102 Binningen

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.a Der 1964 geborene A._____ meldete sich erstmals am 12. Dezember 2000 zum Leistungsbezug bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte den rechtserheblichen Sachverhalt ab und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 22. Januar 2003 eine halbe Rente mit Wirkung ab 1. November 2000 zu. Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherung (Kantonsgericht), mit Urteil vom 24. März 2004 gut und wies die Angelegenheit zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts und zur Neuverfügung an die IV-Stelle zurück. Diese liess A._____ in der Folge durch die Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) untersuchen. Unter Berücksichtigung dieser Untersuchungsergebnisse sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 1. September 2005 bei einem Invaliditätsgrad von 63 % ab dem 1. November 2000 eine halbe und ab dem 1. Januar 2004 eine Dreiviertelsrente zu.

A.b Gestützt auf die Schlussbestimmungen der am 18. März 2011 beschlossenen Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket [SchlB IVG]) leitete die IV-Stelle am 29. März 2012 eine Revision des Rentenanspruchs von Amtes wegen ein. Dabei klärte sie den erwerblichen und medizinischen Sachverhalt ab und verfügte am 2. Januar 2014 bei einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad vom 30 % die Aufhebung der Dreiviertelsrente per 1. März 2014. Gleichzeitig sprach sie dem Versicherten Massnahmen zur Wiedereingliederung im Sinne von Art. 8a IVG in Form eines Belastbarkeitstrainings und – begrenzt auf maximal zwei Jahre – eine Dreiviertelsrente für die Dauer der Wiedereingliederungsmassnahmen zu. Nachdem die beruflichen Massnahmen scheiterten, wurde die Invalidenrente – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren – mit Verfügung vom 13. März 2015 aufgehoben.

A.c Am 28. Januar 2016 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Im Rahmen der Abklärung des medizinischen Sachverhalts holte die IV-Stelle bei Dr. med. B._____, FMH Neurologie, und Dr. med. C._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein bidisziplinäres Gutachten ein, welches am 28. März 2017 erging. Mit Verfügung vom 13. Dezember 2017 lehnte sie den Anspruch auf eine Rente bei einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 32 % ab.

A.d Die dagegen durch den Versicherten, vertreten durch Advokatin Elisabeth Maier, am 31. Januar 2018 erhobene Beschwerde hiess das Kantonsgericht mit Urteil vom 25. Oktober 2018 (KGSV 720 18 38) dahingehend gut, als es die angefochtene Verfügung vom 13. Dezember 2017 aufhob und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückwies. Diese holte in der Folge ein Verlaufsgutachten bei den Dres. B.____ und C.____ ein, welches am 7. April 2019 erstattet wurde. Gestützt auf die Ergebnisse dieser ergänzenden Abklärung lehnte die IV-Stelle den Rentenanspruch des Beschwerdeführers infolge eines rentenausschliessenden Invaliditätsgrads von 38 % bzw. von 29 % ab 1. April 2019 mit Verfügung vom 8. Juni 2020 erneut ab.

B. Dagegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Advokatin Elisabeth Maier, am 3. Juli 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei zur

weiteren Abklärung des Sachverhalts ein Gerichtsgutachten anzuordnen; unter o/e-Kostenfolge. Zudem beantragte er, es sei ihm die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung zu bewilligen. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, die Verfügung der IV-Stelle würde sich auf unzureichende medizinische Berichte stützen. Für das Valideneinkommen sei zudem auf einen Wert von Fr. 70'493.- abzustellen, angepasst an die seitherige Nominallohnentwicklung.

C. Mit Vernehmlassung vom 17. Juli 2020 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Sie begründete ihren Antrag im Wesentlichen damit, dass sich das neurologische und psychiatrische Gutachten als beweiskräftig erweise und ein Rentenanspruch demzufolge zu Recht abgelehnt worden sei.

D. Mit Verfügung vom 20. August 2020 bewilligte das Kantonsgericht dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokatin Elisabeth Maier als Rechtsvertreterin.

E. Mit Replik vom 17. September 2020 hielt der Beschwerdeführer an sämtlichen Rechtsbehelfen und Ausführungen aus der Beschwerde vollumfänglich fest. Zudem machte er geltend, dass in Bezug auf sein Leistungsgesuch vom 28. Januar 2016 nicht von einer Neuanmeldung, sondern von einer Meldung einer Gesundheitsverschlechterung auszugehen sei. Sodann reichte er zu den bisher eingereichten Unterlagen ein Mini-ICF-App vom 9. Juli 2020 und eine neue Beurteilung im Rahmen eines neurologischen Konsiliums vom 13. August 2020 ein.

F. Mit Duplik vom 25. September 2020 hielt die IV-Stelle am Abweisungsantrag fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG 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, so dass 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 frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 3. Juli 2020 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist, ob die IV-Stelle den Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 8. Juni 2020 zu Recht abgelehnt hat. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. Juni 2020 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 4 E. 1.2).

3.1 Anspruch auf eine IV-Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) gewesen (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.3 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. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 30 E. 1).

3.4. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 % auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

4.1 Gemäss Art. 17 ATSG sind laufende IV-Renten 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. Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (vgl. BGE 130 V 349 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen alleine führt

nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen deshalb 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 (vgl. dazu BGE 137 V 253 E. 3.4.2.3) zurückzuführen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/210, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (vgl. BGE 133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 ff. E. 3.2.3).

4.2 Bei der am 1. Februar 2016 erfolgten Anmeldung zum Leistungsbezug handelt es sich zwar nicht um eine Rentenrevision nach Art. 17 ATSG, sondern um eine Neuanmeldung, nachdem die IV-Stelle den Rentenanspruch des Versicherten mit Verfügung vom 2. Januar 2014 rechtskräftig abgelehnt hatte. Soweit der Beschwerdeführer in seiner Replik vom 17. September 2020 geltend macht, er habe sich nicht neu angemeldet, sondern eine Verschlechterung des Gesundheitszustands gemeldet, kann ihm demnach nicht gefolgt werden. Die Neuanmeldung zielt auf eine erneute Prüfung des Leistungsanspruchs aufgrund veränderter Verhältnisse ab (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961 in Verbindung mit Art. 87 Abs. 2 IVV; zur Prüfung der Eintretensfrage vgl. auch BGE 117 V 198 E. 3a; 109 V 114 E. 2b; 109 V 264 f. E. 3; für die materiellen Voraussetzungen: BGE 130 V 64). Die Gemeinsamkeiten sowohl bei einer Rentenrevision als auch bei einer Neuanmeldung legen es deshalb nahe, die entscheidende Frage nach einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads nach denselben Grundsätzen zu prüfen. Diesem Zweck kann nur wirksam Rechnung getragen werden, wenn sich die versicherte Person das Ergebnis der letztmaligen materiellen Überprüfung des Rentenanspruchs – mit rechtsgenügender Abklärung des Gesundheitszustands und gesetzeskonformer Ermittlung des Invaliditätsgrads – auch im Rahmen eines erneuten Leistungsgesuchs entgegenhalten lassen muss, wobei der relevante Vergleichszeitraum hinsichtlich der materiellen Anspruchsprüfung im Neuanmeldungsverfahren analog zu einer Rentenrevision nach Art. 17 ATSG zu bestimmen ist (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2). Mit Blick auf die angefochtene Verfügung vom 8. Juni 2020 stellt sich vorliegend deshalb die Frage, ob diese Grundsätze auch im vorliegenden Fall eingehalten worden sind.

4.3 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrads verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Demnach hat die Verwaltung auf ein Revisionsgesuch oder eine Neuanmeldung nach rechtskräftiger Verneinung eines Rentenanspruchs nur einzutreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 IVV). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten

(SVR 2014 IV Nr. 33 E. 2). Nach Eingang einer Neuansmeldung ist die IV-Stelle zunächst verpflichtet zu prüfen, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf ein Revisionsgesuch oder eine Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist (SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2; BGE 117 V 198 E. 4b). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1; BGE 117 V 198 E. 3a).

4.4 Eine einlässliche materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit einer vertieften Abklärung des medizinischen Sachverhalts erfolgte letztmals im Rahmen der im Juni 2012 eingeleiteten Leistungsüberprüfung, in deren Verlauf die IV-Stelle ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und ein rheumatologisches Gutachten bei Dr. med. E.____, FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, die am 26. März 2013 bzw. 8. April 2013 erstattet wurden, eingeholt hat. Gestützt auf deren Ergebnisse eröffnete die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 2. Januar 2014, dass die bisherige Rente aufgehoben würde, weil keine rentenbegründende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 8. Juni 2020 eine erhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die in Analogie zu Art. 17 ATSG eine Leistungszusprache rechtfertigen würde, bildet demnach die Situation, wie sie im Zeitpunkt der Verfügung der IV-Stelle vom 2. Januar 2014 bestanden hatte.

5.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.2 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

6. Das Kantonsgericht besitzt in Sozialversicherungssachen die vollständige Überprüfungsbefugnis und ist in der Beweiswürdigung frei (§ 57 VPO in Verbindung mit Art. 61 Satz 1 ATSG; Art. 61 lit. c ATSG). Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (vgl. RENÉ RHINOW/HEINRICH KOLLER/CHRISTINA KISS/DANIELA THURN-HERR/DENISE BRÜHLMOSER, Öffentliches Prozessrecht, 3. Auflage, Basel 2014, N 999). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. CRISTINA SCHIAVI, in: Basler Kommentar ATSG, Frésard-Fellay/Klett/Leuzinger [Hrsg.], Basel 2020, Art. 43 N 11; BGE 144 V 427 E. 3.2). Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die das Gericht von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6, 126 V 353 E. 5b). Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind.

7. Für die Beurteilung des vorliegenden Falls sind im Wesentlichen nachfolgende medizinische Unterlagen zu berücksichtigen:

7.1.1 Im Zusammenhang mit dem Erlass der Verfügung vom 2. Januar 2014 wurde der Beschwerdeführer im Januar 2010 von der Academy of Swiss Insurance Medicine (asim; Dr. B.____, Dr. C.____ und Dr. med. F.____, FMH Innere Medizin) polydisziplinär begutachtet. Als relevante Diagnosen wurden eine rezidivierende, gegenwärtig leichtgradige, depressive Störung, eine anamnestisch anhaltend somatoforme Schmerzstörung, ein chronisch lumbovertebrales Schmerzsyndrom aktuell leicht ausgeprägt und ein leicht ausgeprägtes Cervicalsyndrom diagnostiziert. In angepasster Tätigkeit sei eine 30%ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit als begründet zu erachten.

7.1.2 Die IV-Stelle holte sodann bei den Dres. D.____ und E.____ ein bidisziplinäres Gutachten ein. Dr. D.____ diagnostizierte im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. März 2013 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und zwanghafte Persönlichkeitszüge. Zum Zeitpunkt der Untersuchung hätten nur leichte

depressive Verstimmungen festgestellt werden können und die Stimmung sei herabgesetzt gewesen. Er hätte sich lebhaft mit der Dolmetscherin und dem Untersucher unterhalten sowie eine ausgeprägte Mimik und Gestik gezeigt. Zudem sei festgestellt worden, dass der Versicherte zwanghafte Persönlichkeitszüge zeige. So verlange er von den Personen in seiner Umgebung, dass sie sich seinen Vorstellungen unterwerfen würden und keine Fehler machen dürften. Eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung habe aber nicht diagnostiziert werden können. Der Versicherte sei auch während Jahren in der Lage gewesen, an verschiedenen Arbeitsstellen zu arbeiten, ohne dabei durch psychopathologische Symptome beeinträchtigt gewesen zu sein. Aus psychiatrischer Sicht liesse es sich nicht begründen, wieso er sich vollständig arbeitsunfähig fühle. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung habe wesentliche krankheitsfremde Gründe. Insgesamt sei von einer Leistungseinschränkung von 20 % auszugehen.

Dr. E.____ nannte im rheumatologischen Teilgutachten vom 8. April 2013 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organische Ursache, ein Panvertebralsyndrom mit freier Beweglichkeit des ganzen Achsenorgans mit Angabe von ubiquitär bestehenden Schmerzen sowie eine radiomorphologisch mediane Diskushernie C3/4, eine paramediane Diskushernie C5/6, eine Protrusion C6/7 und altersentsprechende degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit läge eine Nabelhernie vor. Bei der Untersuchung seien überall bestehende Schmerzen angegeben worden, d.h. zervikal, thorakal, lumbal, an Armen und Beinen. Die Schmerzintensität betrage in Ruhe den Wert von 6-7 der Visuellen Analogskala (VAS). Der Versicherte habe beim Gang von der Wartzone ins Untersuchungszimmer keine Beeinträchtigung gezeigt. Zudem sei die Kopfbeweglichkeit normal gewesen. Beim Ausziehen sei er auch nicht beeinträchtigt gewesen und habe sich auch im Einbeinstand völlig problemlos an- und ausziehen können. Das Achsenorgan zeige einen leichten Rundrücken. Die gesamte Wirbelsäule sei bei leichten Endphasenschmerzen aber frei beweglich gewesen und es hätte keinerlei muskuläre Verspannung bestanden. Insgesamt habe sich ein kräftiger muskulärer Habitus gezeigt. Zusammenfassend bestünde somit ein Ganzkörperschmerzsyndrom, für welches bisher keine organische Ursache gefunden worden sei. Es bestünden keine übermässigen Arthrosen, keine Anhaltspunkte für ein entzündliches Krankheitsbild und keinerlei Schonungszeichen. Rein deskriptiv läge auch kein Zerviko- oder Lumbalvertebralsyndrom vor, da gemäss Definition für diese Pathologien eine Einschränkung der Beweglichkeit und nicht nur die Angabe von Schmerzen gefunden werden müsse. Im Bereich der HWS würden sich diskrete altersentsprechende degenerative Veränderungen zeigen. Die beschriebenen Befunde einer Diskushernie C3/4 wie auch C5/6 seien äusserst diskret und würden nicht kompressiv wirken und eine radikuläre Reizsituation könne klinisch klar ausgeschlossen werden. Unübersehbar seien Zeichen einer psychogenen Schmerzfehlerverarbeitung vorhanden, dafür spreche die lange Schmerzdauer, das Vorkommen von ubiquitären Schmerzen, das Fehlen einer Schmerzmodulation und das fehlende Ansprechen auf jegliche Therapiemassnahmen. Zusammengefasst bestehe aus rheumatologischer Sicht ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organische Ursache. Aufgrund der degenerativen Veränderungen der HWS sei eine körperliche Schwerarbeit als ungünstig einzustufen. Jegliche körperliche leichte bis mittelschwere Tätigkeit, bei welcher der Versicherte nicht dauernd mit inklinierter oder dauernd reklinierter HWS-Stellung arbeiten müsse, sei ihm vollumfänglich zumutbar. Für eine derartige Tätigkeit bestehe daher eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit.

Gemäss der Konsensbesprechung zwischen Dr. E.____ und Dr. D.____ vom 22. März 2013 sei bezogen auf die Tätigkeit als Hilfsmaler unter anderem auch aufgrund der zum Teil ungünstigen Körperhaltungen eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 20 % auf ein Ganztagspensum anzunehmen.

7.2.1 Im Zusammenhang mit der Neuanschuldung vom 1. Februar 2016 ist zunächst darauf hinzuweisen, dass sich der Versicherte vom 10. Januar 2015 bis 26. Januar 2015 und vom 7. Oktober 2015 bis 5. November 2015 in stationärer Behandlung in der Klinik G.____ befand. Im Austrittsbericht vom 17. Februar 2015 wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradiger Episode, Zervikalneuralgie und Rückenschmerzen diagnostiziert. Der Versicherte habe niedergestimmt und besorgt sowie unterschwellig leicht aggressiv gewirkt. Der Antrieb sei zwar leicht vermindert gewesen, von Suizidalität habe er sich aber glaubhaft und deutlich distanziert. Im Rahmen der zweiten stationären Behandlung in der Klinik G.____ wurden die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome sowie sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen erhoben (vgl. Austrittsbericht vom 2. Dezember 2015). Der Versicherte habe berichtet, dass er an Müdigkeit leide, keine Nerven für ein Gespräch habe und lieber ruhen wolle. Er habe sichtlich genervt gewirkt und hätte nicht verstanden, dass es wichtig sei zu wissen, was zur erneuten Zuweisung geführt habe. Er habe angegeben, er nehme an Arbeitsintegrationsmassnahmen teil, wolle und könne aber nicht mehr dorthin gehen, da die Frauen dort – wie auch bei ihm Zuhause – zu viel reden würden. Dadurch würde er sich leicht aufregen. Er käme in die Klinik, um sich zu schützen, alleine zu bleiben und ruhig zu werden. Insgesamt habe er niedergestimmt gewirkt und geäussert, dass er bereits seit 2003 an einer Depression leide. Zudem mache er sich finanzielle und familiäre Sorgen und habe Bedenken bezüglich seiner Impulskontrolle, insbesondere gegenüber seiner Ehefrau. Er habe einen wachen und bewusstseinsklaren Eindruck gemacht und sei allseits orientiert gewesen. Psychomotorisch sei er verlangsamt gewesen und habe während der Aufnahme mit halbgeschlossenen Augen schlaff im Sessel gelehnt. Affektiv sei er motorisch, dysphorisch, genervt und verärgert gewesen bei reduzierter Modulationsfähigkeit. Das formale Denken sei auf seine körperlichen Beschwerden und darauf, in Ruhe gelassen zu werden, fokussiert gewesen. Anhaltspunkte für inhaltliche Denk-, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen sowie passive und wohl auch aktive Suizidgedanken seien nicht ersichtlich gewesen. Im Gespräch sei der Versicherte als bedürftig erlebt worden. Durch die stationäre Massnahme sei dennoch eine Stabilisierung erreicht worden. Die depressive Symptomatik sei zum Ende nur noch milde ausgeprägt gewesen.

7.2.2 Die IV-Stelle holte sodann bei den Dres. B.____ und C.____ ein neurologisches und psychiatrisches Gutachten ein, welches am 28. März 2017 fertiggestellt wurde. Dr. B.____ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Zustand nach Diskektomie C5/6 und Cage-Implantation am 13. Juni 2016 bei Diskushernie C5/6 und C6-Radikulopathie rechts mit heute noch leicht bis höchstens mässig ausgeprägtem rechtsbetontem Cervicalsyndrom, ohne Hinweise auf eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik, mit leicht ausgeprägtem Lumbovertebralsyndrom. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden im Gutachten eine Symptomausweitung sowie eine Verdeutlichungstendenz bei organisch nicht zuordenbaren Befunden sowie

eine klinisch leicht ausgeprägte Polyneuropathie aufgeführt. Die erhobenen Untersuchungsergebnisse seien in etwa vergleichbar mit jenen von Dr. E.____ im Rahmen seines rheumatologischen Gutachtens vom 8. April 2013 sowie jenen des polydisziplinären Gutachtens der asim aus dem Jahr 2010 und seien als leicht bis höchstens mässig zu qualifizieren. Bei der Abklärung habe der Versicherte über seine Beschwerden und deren Verlauf geordnet berichtet und betont, dass seine körperlichen Beschwerden für ihn im Hintergrund stünden. Die psychischen Probleme würden ihn wesentlich in Form einer Lustlosigkeit, eines verminderten Antriebes und Mühe, sich zu Tätigkeiten aufzuraffen, beeinträchtigen. Er sei auch der Ansicht, nicht arbeitsfähig zu sein. Körperlich habe er Schmerzen im Bereich des Genicks und der LWS. Zudem habe er eine Gefühllosigkeit im Bereich des linken Arms beklagt. Infolge der neurologischen Begutachtung sei seit der Vorbegutachtung durch Dr. E.____ in angepassten Tätigkeiten weiterhin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Einzig in der Zeit von Frühling 2016 bis über den operativen Eingriff vom 13. Juni 2016 hinausgehend (ca. 1. Oktober 2016) sei der Beschwerdeführer zu 100% in einer mittelstark belastenden Tätigkeit und zu 50 % in einer leicht belastenden Tätigkeit in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen.

Im psychiatrischen Gutachten diagnostizierte Dr. C.____ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende depressive Episoden, zurzeit leichten Grads, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Der Versicherte sei bei der Untersuchung allseits orientiert gewesen, ohne mnestischen Probleme. Sein Denken sei formal unauffällig, kohärent, ohne Gedankenabreissen oder Gedankendrängen. Die Kooperation sei schwerfällig verlaufen und er habe den Eindruck hinterlassen, jegliche Anstrengung vermeiden zu wollen. Seine Angaben seien stets oberflächlich, wenig ausführlich, vage und unpräzise gewesen. Die Untersuchung habe ergeben, dass auch in Bezug auf die Aktenlage die depressive Episode des Versicherten ausgesprochen schwankend verlaufe. Im Vergleich zur Begutachtung bei der asim im Jahre 2010 und jener bei Dr. D.____ im Jahre 2013 lägen vergleichbare Befunde und Beschwerden vor, weshalb weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung anzunehmen sei. Die beklagten Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme hätten sich während der Untersuchung nicht abgebildet. Suizidgedanken und ausgeprägte Schlafstörungen lägen keine vor. Insgesamt sei die Symptomatik des Versicherten aufgrund der erhobenen Befunde als leicht ausgeprägt einzustufen. Zudem sei eine somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren, da die Schmerzen des Versicherten nicht mit körperlichen Befunden allein zu erklären seien und im Zusammenhang mit einer gleichzeitigen affektiven Störung stehen würden. Hinsichtlich der rezidivierend depressiven Störung und der anhaltenden somatoformen Schmerzen seien keine Divergenzen zu anderen Gutachten ersichtlich. Aus psychiatrischer Sicht läge beim Versicherten eine rezidivierend depressive Episode, derzeit leichten Grads, vor, begleitet durch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Gemittelt müsste von einer 30%igen Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Im Rahmen der im Gutachten vom 28. März 2017 aufgeführten Konsensbesprechung zwischen Dr. B.____ und Dr. C.____ wurde die psychiatrische Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit als massgebend erachtet.

7.2.3 Dr. med. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, Universitätsspital Basel, erhob am 29. Juni 2017 im Rahmen der klinisch-radiologischen Einjahreskontrolle die Diagnosen eines Status nach anteriorer zervikaler Diskektomie und Fusion

C5/6 rechts mit einem PINA-Cage am 13. Juni 2016, ein vorbekanntes chronisches pseudoradikuläres Zervikobrachial-Syndrom, ein chronisches Lumbalsyndrom und eine bekannte Depression. Der Versicherte habe von den Operationen in punkto Verbesserung der C6-Radikulopathie klar profitiert. Unverändert und limitierend – insbesondere was die allgemeine Arbeitsfähigkeit anbelange – sei die depressive Störung und die vorbekannte chronische Schmerzstörung. Im Bericht vom 26. September 2017 wurden die aufgeführten Beschwerden durch eine subjektive Kraftlosigkeit, Nackenbeschwerden sowie die depressive Störung, die sich gegenseitig verstärken würden, ergänzt. Aufgrund der Untersuchung sei sicher, dass der Versicherte für eine reguläre körperliche Tätigkeit schon aus psychiatrischer Sicht nicht vollumfänglich arbeitsfähig sei. Was die spinale Problematik anbelange sei er allenfalls für leichte und angepasste körperliche Tätigkeiten arbeitsfähig, wobei auf lange statische Belastungen, also auch auf langes Sitzen, verzichtet werden sollte.

7.2.4 Dr. med. I.____, FMH Neurologie, erhob in seinem undatierten Gutachten aufgrund eines neurologischen Konsiliums und Nachkontrollen vom 19. Januar 2018 bis 16. Februar 2018 die Diagnose einer zentralen Fazialisparese links, ischämisch-bedingt von älterem Charakter, mit punktförmigen subkortikalen T2-Flair-Hyperintensitäten im Gyrus frontalis superior links, am Übergang von der Basis zum Tegmentum pontis links sowie punktförmige Signalanhebung in der Region des N. fazialis-Kerngebietes, ohne Kontrastmittelanreicherung oder Diffusionsstörung (gemäss MRT vom 26. Januar 2018), anhand kognitiver Screeningtests vom 16. Februar 2018 eine kognitive Dysfunktion, DD vaskulär, neurodegenerativ, beidseitig multisegmentale Radikulopathie zervikal und lumbosakral mit neurogenen Veränderungen entsprechend einem rechtsseitigem S1-Myotom, linksseitigem L4/L5/S1-Myotom, wobei akute Denervationszeichen in L5 linksseitig nachweisbar seien. Ebenso lägen zervikale neurogene Veränderungen von älterem Charakter, entsprechend einem C7-Myotom rechts, sowie ein Status nach Operation bei C6-Radikulopathie rechts im Juni 2016 vor. Zudem sei ein klinischer Verdacht auf ein Obstruktives Schlafapnoe Syndrom (OSAS) mit exzessiver Tagesmüdigkeit sowie Schnarchen festgestellt worden. Weiter wurde ein mehrjähriges Schmerzsyndrom sowie eine rezidivierende depressive Episode mit Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Bei der Untersuchung, welche auf Türkisch stattgefunden habe, sei eine Verlangsamung mit reduziertem Wortfluss beim Versicherten aufgefallen. Da der Versicherte nicht sicher gewesen sei, weshalb er zu Dr. I.____ überwiesen worden sei, sei ihm erklärt worden, dass sein Hausarzt, Dr. med. J.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, eine Asymmetrie im Gesicht festgestellt und ihn deswegen für weitere Abklärungen zugewiesen habe. Die durchgeführte Hirnnerven-Untersuchung sei mit Ausnahme einer partiellen zentralen Fazialisparese links unauffällig. Es sei ein posturaler Tremor bei Armvorhalteversuch ohne Pronation oder Senkung der Arme feststellbar. Der Finger-Nasen- und Knie-Hacken-Versuch sei ebenfalls unauffällig mit Ausnahme von gewissen Schwierigkeiten mit dem linken Bein (radikulärer Schmerz, benötigte mehr Zeit für die Ausführung). Die klinisch-neurologische Untersuchung weise ebenfalls eine zentrale partielle Fazialisparese linksseitig auf, mit einer Gangunsicherheit vor allem beim Zehengang am linken Bein. Dort sei auch eine Schwäche bei der Kraftuntersuchung notiert worden. Klinisch bestünde eine rechtsseitige C7- sowie eine linksseitige L5-Symptomatologie. Aufgrund der zentralen Fazialisparese sei eine MRT des Neurokraniums durchgeführt worden, welche pathologisch ausgefallen sei. Zusammenfassend sei bei der Ver-

änderung eher von einer zerebrovaskulären Läsion von älterem Datum auszugehen, was anamnestisch gut stimmen würde. Des Weiteren sei eine kognitive Störung mit Problemen in der Alltagsbewältigung in den letzten zwei bis drei Jahren aufgetreten. Sämtliche Screeningtests würden pathologische Resultate aufzeigen und ergäben somit den Verdacht auf eine dementielle Entwicklung. Differentialdiagnostisch könnte entweder ein neurodegenerativer Zustand oder vaskulär bedingte Veränderungen oder eine Kombination von beiden von ätiologischer Bedeutung sein. Eine depressive pseudodementielle Entwicklung sei unwahrscheinlich, da die Screening-Untersuchung dagegensprechen würde. Aufgrund der Gangunsicherheit sowie der radikulären schmerzhaften Parästhesien im linken Bein sei eine Elektroneurographie (ENG)/Elektromyographie (EMG)-Untersuchung durchgeführt worden, welche multisegmentale Radikulopathien aufweise, entsprechend einem S1-Myotom rechts und einem L4-S1-Myotom links, wobei akute Denervationszeichen entsprechend einem L5-Myotom nachweisbar seien. Hingegen zeige die MRT-Untersuchung der LWS keine Diskushernie oder Zeichen einer neuralen Kompromittierung. Eine zentral-neurogene Ursache der Gangunsicherheit könne bei den oben beschriebenen MRT-Befunden im Hirnstamm nicht ausgeschlossen werden. Eine am 17. April 2018 durchgeführte EEG-Untersuchung habe keine elektrographischen Hinweise auf einen neurodegenerativen Zustand ausgewiesen.

7.2.5 Nachdem das Kantonsgericht die Angelegenheit in Gutheissung der Beschwerde vom 31. Januar 2018 an die IV-Stelle zur weiteren Abklärung zurückgewiesen hatte, wurde ein Verlaufsgutachten bei den Dres. B.____ und C.____ in Auftrag gegeben, welches am 7. April 2019 fertiggestellt wurde. Im neurologischen Gutachtensteil diagnostizierte Dr. B.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Zustand nach Diskektomie C5/6 und Cage-Implantation am 13. Juni 2016 bei Diskushernie C5/6 und C6 Radikulopathie rechts mit heute noch leicht bis höchstens mässig ausgeprägtem rechtsbetontem Cervicalsyndrom ohne aktuelle Hinweise auf eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsystematik und leicht bis mässig ausgeprägtem Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine Symptomausweitung und eine Verdeutlichungstendenz bei organisch nicht zuordenbaren Befunden sowie eine Hemihypästhesie links mit scharfer Mittellinienbegrenzung. Ausgesprochen auffällig sei eine Fehlinnervation mit Giving-Way im Bereich der oberen wie unteren Extremitäten. Ebenso sei die Beurteilung des Schweregrads der Beeinträchtigung ausgesprochen erschwert worden durch ein Untersuchungsverhalten mit jeweils ausgeprägter Verdeutlichungstendenz bis hin zur Aggravation. Die verhaltensneurologische Untersuchung sei daher als nicht valide einzustufen. Im Rahmen der neurologischen Begutachtung habe der Versicherte über Kraftlosigkeit in den Armen sowie starke Schmerzen im ganzen Rücken, in beiden Beinen (im linken Bein mit Gefühlsstörung) und im Genick geklagt, wobei derartige Schmerzen begleitende vegetative Phänomene wie ein vermehrtes Schwitzen oder Erblassen, ein Pulsanstieg oder eine motorische Unruhe nicht hätten beobachtet werden konnten. Der Finger-Boden-Abstand betrage 25 cm. Im Gegensatz dazu fände sich ein Langsitz von 5 cm ohne Angabe von Schmerzen oder Abkippen des Beckens nach hinten. Es bestehe ein Pseudolasègue bei 45°, ebenfalls ohne Blockierung des Beckens. Beim Prüfen des Rombergs sei es zu einem erheblichen Schwanken gekommen, wobei ein Sturz jeweils durch einen Ausfallschritt habe verhindert werden können. Der Gang sei stark unterschiedlich, einerseits teils hinkend, das linke Bein nachziehend, andererseits unauffällig bei guten Mitbewegungen. Klinisch-neurologisch ergäben sich Hinweise auf

ein leicht bis maximal mässig ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom, und ein leicht bis mässig ausgeprägtes Cervicalsyndrom. HWS-Provokationsmanöver für radikuläre Beschwerden seien negativ. Klinisch ergäben sich auch lumbal keine aktuellen Hinweise auf eine radikuläre Reizsymptomatik. Ein Hustenpressschmerz sei zu verneinen und der Lasègue sei negativ. Möglicherweise sei es interkurierend, gemäss Bericht des behandelnden Neurologen Dr. I.____, zu einer zentralen Fazialis-Parese links gekommen. Dr. I.____ habe zudem eine multisegmentale Radikulopathie cervical und lumbosacral gemäss EEG vom 31. Januar 2018 im rechtsseitigen S1-Myotom, linksseitigem L4/L5/S1-Myotom mit Denervationszeichen L5 linksseitig sowie eine ältere neurogene Veränderung im C7-Myotom rechts erwähnt. Inwiefern diese Veränderungen älteren oder neueren Charakters seien, sei unklar. Die Quantifizierung der Ausfallsymptomatik wie auch einer allfälligen kognitiven Beeinträchtigung sei aber im Rahmen der Untersuchungsschritte durch das Verhalten des Versicherten verunmöglicht worden. Wenn entsprechende Ausfallerscheinungen bestehen würden, wie vom Versicherten demonstriert, wäre dieser weder steh- noch gehfähig, was aber offensichtlich nicht der Fall sei. Er könnte auch keine Gegenstände in seinen Händen halten. Die demonstrierten kognitiven Defizite seien derartig, dass – sollten sie tatsächlich vorliegen – eine selbstständige Lebensführung nicht mehr möglich sei, geschweige denn die Fähigkeit ein Motorfahrzeug zu führen. Unter Berücksichtigung dieser Elemente sei von einer aktuell möglichen intermittierenden Radikulopathie rechts sowie einem leicht bis höchstens mässig ausgeprägten rechtsbetonten Cervicalsyndrom auszugehen. Dasselbe gelte auch für das Lumbovertebralsyndrom, welches aktuell höchstens leicht bis maximal mässig imponiert sei. Verhaltensneurologisch sei die Sprache gemäss dem bei der Untersuchung anwesenden Übersetzer unauffällig. Der Versicherte hätte keine Wortfindungsprobleme, sei aufmerksam und nicht vermehrt abgelenkt. Kognitive Defizite lägen aufgrund der geschilderten Alltagsaktivitäten des Exploranden (zwei bis dreimal die Woche spazieren und tagsüber in ein Vereinslokal gehen, Beschäftigung mit den sozialen Medien oder dem aktuellen Fernsehprogramm) allerhöchstens im Sinne einer leichten Beeinträchtigung vor. Insgesamt sei aktuell höchstens von einer leichten bis mässigen Beeinträchtigung des Versicherten auszugehen. In der ursprünglich ausgeübten Tätigkeit als Hilfsmaler bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, zumindest seit dem Zeitpunkt der Diskushernien-Operation. In einer angepassten Tätigkeit mit der Möglichkeit in wechselnd sitzender und stehender Körperhaltung ohne Kopfwangshaltungen und ohne mehr als geringem Anteil an Überkopfarbeiten mit leichter bis höchstens zwischenzeitlich mässiger Belastung zu arbeiten, habe beim Versicherten mit Ausnahme einer kurzen Zeitphase nach der Diskushernien-Operation immer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden.

Dr. C.____ erhob im psychiatrischen Gutachtensteil keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und nannte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung habe der Versicherte geschildert, er wolle nicht mehr leben, sei vergesslich, unkonzentriert und habe keine Hoffnungen mehr. Er fühle sich kraftlos und habe keine Interessen. Träume für die Zukunft und Lust, sich im Haushalt zu betätigen, habe er ebenfalls nicht; er habe sich auch von seinen Mitmenschen zurückgezogen. Zudem seien neue Krankheiten, wie das erhöhte Cholesterin und ein Lungenproblem, dazugekommen. Ausserdem leide er an einer Verstopfung einer Gehirnhaut. Die aufgetretene Gesichtslähmung sei mittlerweile mehrheitlich wieder zurückgegangen. Bezüglich seiner Depression habe er in etwa die gleichen Symptome wie seine Frau, welche

aufgrund ihrer chronischen Depressionen berentet sei. Auch bekomme er viele Medikamente, dennoch sei er reizbar und aggressiv und mache sich daher Sorgen, dass er jemanden beleidigen oder verletzen könnte. Auf Nachfrage habe der Versicherte angegeben, dass sein Appetit vermindert sei, es allerdings aufgrund der Medikamente zu einer Gewichtszunahme gekommen sei. Seine Verdauung neige zur Verstopfung. Zudem habe er Angst, dass etwas in seinem Kopf nicht stimmen würde. Freude verspüre er nur noch, wenn er im Sommer im Meer schwimmen könne. In seiner Beurteilung hielt Dr. C. ____ fest, dass keine Hinweise für eine Depression im Sinne von ICD-10 festzustellen sei. Aus objektiver Sicht fände sich keine durchgehend gedrückte Stimmung, sondern eine affektive Schwingungsfähigkeit. Es seien kein Interessensverlust und keine Freudlosigkeit, weder Konzentrations- noch Aufmerksamkeitsprobleme ersichtlich gewesen. So hätten sich im Gesicht des Versicherten weder Veraguth'sche Falten noch ein stumpfer getrübler Blick abgezeichnet. Bei der Untersuchung habe der Versicherte sehr aufmerksam zugehört, schnell reagiert, wenn etwas nicht korrekt gewesen sei, und den Gutachter entsprechend korrigiert. Er habe darüber berichtet, was er gerne tue, habe keinen verminderten Antrieb gezeigt und hätte weder müde noch erschöpft gewirkt. Zwar habe er eine negative pessimistische Zukunftsperspektive betreffend seinen Wiedereintritt in den ersten Arbeitsmarkt, jedoch keine Suizidgedanken geäußert. Die berichtete Lebensunlust stehe im Widerspruch zur übrigen Affektivität. Schlafstörungen bestünden keine gravierenden und es läge weder ein Morgentief noch eine psychomotorische Einengung vor. In angenehmer Umgebung (zum Beispiel im Sommer in der Türkei) fühle sich der Versicherte wohl. Die geltend gemachten Beschwerden seien mit keinem klaren Leidensdruck in Verbindung zu bringen. Zudem sei das von ihm angegebene Aktivitätsniveau mit seiner körperlichen Kraft und seiner Aufmerksamkeit im Rahmen der Untersuchung nicht mit den angegebenen Einschränkungen im Alltag vereinbar. Aufgrund der psychiatrischen Untersuchung müsse festgestellt werden, dass der Explorand derzeit keine depressive Symptomatik, sondern eine Remission derselben aufweise. Des Weiteren sei bei ihm in Übereinstimmung mit den früheren Beurteilungen von einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Der Versicherte leide an Schmerzen, die mit körperlichen Befunden alleine nicht zu erklären seien und in Zusammenhang mit einer immer wieder auftretenden affektiven Störung, den rezidivierenden depressiven Episoden, auftreten würden. Aus rein psychiatrischer, medizinisch theoretischer Sicht bestehe aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der derzeit remittierten Depression keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dennoch müsse im Hinblick auf die Aktenlage berücksichtigt werden, dass die in der Intensität schwankenden negativen Auswirkungen der leicht bis mittelgradigen rezidivierenden depressiven Episoden der vergangenen Jahre auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit gemittelt werden müssten. Angesichts dessen, dass beim Exploranden eine leichte Verbesserung stattgefunden habe, müsse die Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Vergleich zur letzten Begutachtung unter Berücksichtigung aller Indikatoren, so den Ressourcen, den funktionellen Fähigkeiten, dem allgemeinen Aktivitätsniveau, den Befunden, den subjektiven Angaben und der Aktenlage als bezüglich der zeitlichen Beanspruchbarkeit bei etwa 20 % angesiedelt werden.

7.2.6 Der Beschwerdeführer reichte am 3. Juli 2020 einen Bericht von Dr. I. ____ vom 10. Januar 2020 ein. Dazu nahm Dr. med. K. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Diensts (RAD), am 15. Juli 2020 Stellung. Dem Vorbringen von Dr. I. ____, wonach die Annahme einer Aggravation anhand eines einzigen Validierungsverfahrens irreführend und nicht

valide sei, hielt sie entgegen, dass die Annahme einer Aggravation nicht nur in einem einzigen Validierungsverfahren, sondern vor allem auch in somatisch erhobenen objektiven Befunden, welche für Aggravation sprechen würden, begründet worden sei. Soweit Dr. I.____ beanstandete, dass während der Anamnesebeschreibung mehr darauf eingegangen worden sei, was der Patient im Haushalt machen könne und weniger darauf, was er nicht machen könne, so brachte sie vor, dass es im Kulturkreis des Versicherten nicht unüblich sei, dass sich die Männer bezüglich der Arbeit im Haushalt wenig einbringen würden. Zudem seien die Angaben gegenüber den Gutachtern inkonsistent gewesen, was dafür spreche, dass der Versicherte sich um eine defizitorientierte Darstellung bemüht habe. Dem Vorwurf, wonach keine fremdanamnestische Angaben bei der Familie des Versicherten eingeholt worden seien, hielt Dr. K.____ entgegen, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung fremdanamnestische Angaben bei psychiatrischen Begutachtungen nicht unverzichtbar seien. Dies entspräche auch den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP). Es sei davon auszugehen, dass diese Vorgaben analog auch für neurologische Gutachten Geltung hätten. Soweit Dr. I.____ vorbringe die Gutachter hätten zur Frage der Bewertung der Wiedereingliederungsmassnahmen im Jahre 2014 lediglich ausgeführt, dass der Explorand seine Wiedereingliederungsmassnahmen wegen anhaltender Beschwerden und auch wegen einer schweren depressiven Episode abgebrochen habe, führte Dr. K.____ aus, dass das Ende der Eingliederungsmassnahmen in eine Phase von vorübergehender Verschlechterung der Depressivität gefallen sei. In der Beschwerde werde sodann den Tatsachen auch nicht widersprochen, dass Dr. C.____ im Gutachten vom 28. März 2017 eine leichtgradige Depressivität und im Gutachten vom 7. April 2019 eine Remission derselben festgestellt habe. Des Weiteren äusserte Dr. K.____ sich dahingehend, dass nicht jedes psychiatrische Gutachten durch eine neuropsychologische Untersuchung zu ergänzen sei. Entscheidend sei der psychopathologische Befund, der vorliegend keinen Anhalt für kognitive Limitierungen oder für die Notwendigkeit neuropsychologischer Zusatzuntersuchungen ergeben habe. Soweit die Aussage, dass sich seit 2010 keine Verschlechterung ergeben habe, vom Beschwerdeführer kritisiert worden sei, wies Dr. K.____ drauf hin, dass die Remission der depressiven Episode im Jahr 2019 nicht in Abrede gestellt worden sei. Wenn Dr. C.____ im Gutachten vom 7. April 2019 äussere, dass es gegenüber 2010 zu keiner Verschlechterung gekommen sei, so sei an dieser Aussage nicht zu zweifeln.

8.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 8. Juni 2020 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf die Ergebnisse, zu denen die Gutachter Dres. B.____ und C.____ in ihrem bidisziplinären Gutachten vom 7. April 2019 gelangt sind. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherte in einer angepassten Tätigkeit mit möglichst wechselnd sitzender und stehender Körperhaltung ohne Kopfwangshaltungen und ohne mehr als geringem Anteil an Überkopfarbeiten mit leichter bis höchstens zwischenzeitlich mässiger Belastung unter Berücksichtigung der Auswirkungen der leicht bis mittelgradigen rezidivierenden depressiven Episoden zu 80 % arbeitsfähig sei. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 5.2 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die

Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das interdisziplinäre Gutachten der Dres. B.____ und C.____ vom 7. April 2019 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 5.1 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation ein, setzt sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander und ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Ebenso nimmt es eine schlüssige Beurteilung der aktuellen Arbeitsfähigkeit der Versicherten vor.

8.2.1 Daran ändern die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts. Zunächst moniert er, das neurologische Gutachten von Dr. B.____ genüge nicht allen strengen Voraussetzungen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung an beweistaugliche Gutachten. Dr. B.____ habe in seiner Stellungnahme vom 17. Juni 2018 darauf aufmerksam gemacht, dass – um Klarheit über den aktuellen Gesundheitszustand zu erhalten – eine erneute gutachterliche Untersuchung mit differenzierter verhaltensneurologisch/neuropsychologischer Abklärung und entsprechender Symptomvalidierung durchgeführt werden müsste. In der Folge habe er im Rahmen seines Teilgutachtens allerdings keine Zusatzuntersuchungen in Form einer neuropsychologischen Testung durchgeführt und keine Angaben von Drittpersonen eingeholt. Es sei einzuwenden, dass die vom Gutachter durchgeführten verhaltensneurologischen/psychometrischen Untersuchungen keinen Ersatz für die neuropsychologischen Untersuchungen darstellen würden. Bei dieser Argumentation verkennt der Beschwerdeführer zunächst, dass Dr. B.____ ein neuropsychologisches Gutachten lediglich aufgrund der zwischenzeitlich komplett remittierten Fazialisparese empfohlen hat. Da sich gemäss Stellungnahme des RAD vom 15. Juli 2020 bei den psychopathologischen Befunden kein Anhalt für kognitive Limitierungen und für die Notwendigkeit von neuropsychologischen Zusatzuntersuchungen ergab, erübrigte sich die Ergänzung des neurologischen und psychiatrischen Gutachtens durch neuropsychologische Untersuchungen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass weder ein neuropsychologisches Gutachten noch Angaben von Drittpersonen eingeholt wurden.

Sofern weiter beanstandet wird, dass im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung keine fremdanamnestic Angaben bei der Familie des Versicherten eingeholt wurden, kann der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Mit Dr. K.____ ist diesbezüglich auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Juni 2006 I 58/06 E. 2.3) hinzuweisen, gemäss welcher fremdanamnestic Angaben bei psychiatrischen Begutachtungen verzichtbar sind. Es ist nicht abwegig, diese Rechtsprechung analog auf neurologische Gutachten anzuwenden. Das Fehlen fremdanamnestic Angaben kann daher den Beweiswert eines Gutachtens somit nicht per se in Frage stellen. Im vorliegenden Fall ist zudem nicht ersichtlich, welchen Erkenntnisgewinn fremdanamnestic Angaben hätten bringen können.

Des Weiteren beanstandet der Beschwerdeführer, dass sämtliche Befunde im Sinne einer „ausgeprägten Verdeutlichungstendenz bis hin zur Aggravation“ gedeutet worden seien, obwohl in den verhaltensneurologischen/psychomotorischen Testungen deutliche vom Normalen abweichende Befunde mit unterdurchschnittlichen Resultaten der Leistungen vorgelegen hätten. Insbesondere sei die Interpretation der verhaltensneurologischen Untersuchungen aufgrund eines unter dem Zufallsniveau liegenden Resultats als nicht valide und irreführend einzustufen. Es sei nicht mit dem empfohlenen klinischen Standard vereinbar, sich auf ein einziges Validierungsverfahren zu beschränken. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers lässt die neurologische Begutachtung keine Lücken offen. Die Behauptung, dass die Annahme einer Aggravation nur in einem einzigen Validierungsverfahren festgestellt werden konnte, geht fehl. Wie nachvollziehbar dargelegt wurde, konnte auch in der klinischen Untersuchung ein aggravatorisches Verhalten beobachtet werden, was sich mit dem Ergebnis der Validierung deckt. Die Beurteilung des Schweregrads der Beeinträchtigung mag für den neurologischen Begutachter zwar aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers erschwert gewesen sein, dennoch konnte er zur Quantifizierung der somatischen Befunde auf die Ergebnisse seiner Untersuchung abstellen. Er konnte insbesondere das Bestehen der demonstrierten Ausfallerscheinungen, mit der Erklärung klar ausschliessen, dass der Beschwerdeführer weder steh- noch gehfähig wäre und auch keine Gegenstände in seinen Händen halten könnte, wenn diese Defizite tatsächlich im geschilderten Ausmass vorliegen würden. Somit liegen objektive klinisch-neurologische Befunde vor, welche für die geäusserte Aggravation sprechen. Insbesondere kann nicht nachvollzogen werden, aus welchem Grund der angewendete Validierungstest den Anforderungen der versicherungsmedizinischen Begutachtung nicht genügen soll, entspricht er doch den bundesgerichtlichen Vorgaben an die Beweistauglichkeit einer verwaltungsexternen Begutachtung (vgl. Erwägungen 5.1 und 5.2 hier vor).

Letztlich vermag auch das Vorbringen des Beschwerdeführers, während der Anamnesebeschreibung sei insgesamt mehr darauf eingegangen worden, was er im Haushalt machen könne und weniger darauf, was er nicht machen könne, nicht zu überzeugen. Diesbezüglich ist mit Dr. K.____ anzumerken, dass es im Kulturkreis und in der Altersgruppe des Beschwerdeführers nicht unüblich ist, dass sich die Männer bezüglich der Arbeit im Haushalt wenig einbringen. Der Beschwerdeführer gab im neurologischen Gutachten denn auch an, dass der Haushalt von seiner Frau und seinen Kindern geführt würde. Er erledige aber kleinere Einkäufe und gehe tagsüber ein bis zwei Stunden in ein kurdisches Vereinslokal. Die Kritik des Beschwerdeführers an der gutachterlichen Anamneseerhebung geht demnach fehl und er vermag auch daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten.

Trotz abweichender Diagnosen im Vergleich zum Gutachten von Dr. E.____ aus dem Jahr 2013 ergibt sich aus somatischer Sicht insgesamt und insbesondere bezüglich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit keine Veränderung. Es besteht in einer leidensangepassten Tätigkeit nach wie vor eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

8.2.2 Bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens macht der Beschwerdeführer sodann geltend, Dr. C.____ habe seine psychiatrische Einschätzung ebenfalls nicht durch eine neuropsychologische Untersuchung ergänzen und absichern lassen. Zusätzlich habe er im psychiatrischen

Gutachten das Thema der Eingliederung nur am Rande behandelt hat. Mit Dr. K.____ ist festzustellen, dass für die Erforderlichkeit der Ergänzung eines psychiatrischen Gutachtens durch eine neuropsychologische Untersuchung der psychopathologische Befund entscheidend ist. Gemäss Gutachten von Dr. C.____ fände sich aber keine durchgehend gedrückte Stimmung, sondern lediglich eine affektive Schwingungsfähigkeit. Zudem verneinte er einen Interessensverlust, eine Freudlosigkeit und Suizidgedanken. Auch konnte er beim Versicherten weder Konzentrations- noch Aufmerksamkeitsprobleme noch eine psychomotorische Einengung erkennen. Unter diesen Umständen ist mit dem RAD festzustellen, dass beim Beschwerdeführer kein Anhalt für kognitive Limitierungen und für die Notwendigkeit neuropsychologischer Zusatzuntersuchungen gegeben war. Die Fähigkeit des Versicherten, das Diktat des Gutachters schnell zu korrigieren, weist zudem auf ein gutes kognitives Funktionsniveau hin. Eine neuropsychologische Untersuchung scheint in Anbetracht des psychiatrischen Gutachtens und der RAD Stellungnahme nicht erforderlich.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass im Gutachten nicht auf die gescheiterten Wiedereingliederungsmassnahmen zwischen 2014 und 2015 eingegangen worden sei, kann ihm nicht gefolgt werden. Dr. C.____ stellte diesbezüglich fest, dass der Beschwerdeführer seine Wiedereingliederungsmassnahmen wegen anhaltenden Beschwerden und auch wegen einer schweren depressiven Episode abgebrochen habe. Im Gutachten vom 28. März 2017 hat er den Verlauf der depressiven Episode als ausgesprochen schwankend bezeichnet. Das Ende der Eingliederungsmassnahmen sei in eine Phase von vorübergehender Verschlechterung der Depressivität gefallen. Seit der letzten Beurteilung hätten keine weiteren Massnahmen stattgefunden. Wiedereingliederungsmassnahmen seien grundsätzlich zumutbar, in Anbetracht des bisherigen Verlaufs aber wenig zielführend. Im Verlaufsgutachten vom 7. April 2019 fand Dr. C.____ sodann keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, da die rezidivierende Episode unbestritten remittiert war und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hatte. Die von ihm attestierte Leistungseinschränkung von 20 % berücksichtigt das negative Wechselspiel zwischen der depressiven Symptomatik und der Schmerzproblematik, was nicht zu beanstanden ist. Insgesamt resultiert gemittelt und unter Einbezug der somatischen Anteile eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. In Bezug auf die Eingliederungsmassnahmen stellte Dr. C.____ zu Recht fest, dass der Versicherte über kein Eingliederungspotential verfügt. Da gemäss Gutachten kein Eingliederungspotential aufgrund der aus subjektiver Sicht des Versicherten getroffenen Entscheidung besteht, ist die Behandlung der Eingliederung als Randthema nachvollziehbar und daher nicht zu beanstanden.

Auch der mit Replik eingereichte Mini-ICF App vermag keine Zweifel am überzeugenden Teilgutachten von Dr. C.____ zu wecken. Mit der RAD-Psychiaterin Dr. K.____ ist diesbezüglich davon auszugehen, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit beim Ausfüllen des Ratingbogens die subjektiven Klagen des Beschwerdeführers zu stark gewertet wurden, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Zusammen mit der gutachterlich festgestellten Verdeutlichungstendenz im Antwortverhalten des Beschwerdeführers sind darum die Beeinträchtigungen, die sich gestützt auf den Ratingbogen ergeben, nicht geeignet, das psychiatrische Teilgutachten in Frage zu stellen. Immerhin ist festzustellen, dass die Ursache der im März 2020 einmalig aufgetretenen Bewusstlosigkeit nicht eruiert werden konnte. Insoweit weist Dr. K.____ wohl zu Recht darauf hin, dass das

Profil einer leidensangepassten Tätigkeit auch Arbeiten mit erhöhter Unfallgefahr, also Bedienen gefährlicher Maschinen oder Arbeiten mit Absturzgefahr, ausschliessen müsste. Allerdings ist seither weder eine Bewusstlosigkeit aufgetreten noch hat der Versicherte seit März 2020 einen Anlass gesehen, das Autofahren aufzugeben, was beides gegen eine zusätzliche Einschränkung im Erwerb spricht.

8.2.3 Insgesamt bestand demnach gemäss Dr. B.____ und Dr. C.____ kein Anlass, das neurologische bzw. psychiatrische Gutachten durch eine neuropsychologische Untersuchung zu ergänzen. Unklar ist einzig, ob aufgrund der festgestellten remittierten depressiven Episode überhaupt von einer Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden kann. Diese Frage kann allerdings offenbleiben. Denn aufgrund des bidisziplinären Verlaufsgutachtens ergibt sich auch im Vergleich mit der medizinischen Ausgangslage bei Einstellung der Rente im Jahr 2014 in psychiatrischer Sicht die gleiche Einschränkung von (maximal) 20 %, wobei Dr. D.____ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 26. März 2013 noch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, diagnostizierte. Auch in somatischer Hinsicht ist eine Verschlechterung aufgrund der nachvollziehbaren gutachterlichen Stellungnahmen von Dr. B.____ aus den Jahren 2017 und 2019 im Vergleich zu den durch Dr. E.____ am 8. April 2013 erhobenen Befunden auszuschliessen.

9. Zusammenfassend ergibt sich, dass dem neurologischen und psychiatrischen Gutachten der Dres. B.____ und C.____ vom 7. April 2019 voller Beweiswert zukommt, weshalb sich weitere medizinische Abklärungen, wie sie der Beschwerdeführer verlangt, nicht aufdrängen. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 141 I 60 E. 3.3, 122 V 157 E. 1d). Demnach ist der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maler zu 100 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. In einer adaptierten Verweistätigkeit mit leichten bis mittelschweren Arbeiten besteht dagegen grundsätzlich keine Einschränkung. Gestützt auf die medizinische Aktenlage ist eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands im Vergleich zu den Befunden im rheumatologischen Fachgutachten von Dr. E.____ vom 8. April 2013 sowie im psychiatrischen Gutachten von Dr. D.____ vom 26. März 2013 nicht ausgewiesen.

10.1 Soweit der Beschwerdeführer schliesslich vorbringt, die dreijährige Auffangregelung gemäss Art. 32 Abs. 1 lit. c IVG sei vorliegend anwendbar, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Er verkennt dabei, dass gemäss lit. a Ziff. 2 SchlB IVG ein Anspruch auf eine Übergangsleistung nach Art. 32 Abs. lit. c IVG nicht entsteht, wenn dem Bezüger ein Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG zugesprochen wird, nachdem die Rente – wie vorliegende - herabgesetzt oder aufgehoben wurde. Zudem geht der Beschwerdeführer fehl, wenn er behauptet, dass eine Begrenzung der Rente während den Eingliederungsmassnahmen auf zwei Jahre gesetzlich nicht vorgesehen sei. Gemäss lit. a Ziff. 3 SchlB IVG ist die Rente bei Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG nach Aufhebung oder Herabsetzung bis zum Abschluss der Massnahmen weiter auszurichten, längstens aber während zwei Jahren ab Aufhebung oder Herabsetzung. Die Argumentation des Beschwerdeführers, dass nach der Rentenaufhebung vom 2. Januar 2014 wieder eine unbefristete Rente zugesprochen worden sei, die unab-

hängig von beruflichen Eingliederungsmassnahmen ausgerichtet worden sei, ist zudem klar tatsachenwidrig. Die ursprüngliche Rente wurde mit Verfügung vom 2. Januar 2014 aufgehoben und die nachfolgenden Rentenzahlungen wurden mit Verfügung vom 3. Januar 2014 akzessorisch zu den Wiedereingliederungsmassnahmen zugesprochen.

10.2 Schliesslich ist festzustellen, dass es sich bei der vorliegenden Streitsache – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – um eine Neuanmeldung nach Aufhebung der Rente handelt (vgl. oben E. 4.2). Ein Rentenanspruch hätte unter diesen Umständen nur bejaht werden können, falls eine anspruchserhebliche Tatsachenveränderung im Sinne von Art. 17 ATSG nachgewiesen worden wäre. Da dies gemäss den vorbestehend gemachten Ausführungen nicht der Fall ist und aufgrund des Gutachtens der Dres. B.____ und C.____ eher eine Verbesserung des Gesundheitszustands nachvollziehbar ist, erübrigt sich unter diesen Umständen eine neue Invaliditätsbemessung. Unter diesen Umständen hätte die IV-Stelle den Invaliditätsgrad nicht neu berechnen müssen. Die Frage, auf welches Invalideneinkommen die IV-Stelle bei der Berechnung des Invaliditätsgrades abzustellen hat, kann somit offenbleiben.

11. Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die Beschwerde aus diesen Gründen als unbegründet erweist, weshalb sie abzuweisen ist.

12.1 Abschliessend bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Dem Prozessausgang zufolge hat deshalb die Beschwerdeführerin als unterliegende Partei die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- zu tragen. Vorliegend unterliegt der Beschwerdeführer, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Dem Beschwerdeführer ist nun allerdings mit Verfügung vom 11. August 2020 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen werden.

12.2 Eine Parteienschädigung wird bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht zugesprochen. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 11. August 2020 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit seiner Rechtsvertreterin bewilligt worden ist, ist diese für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat in ihrer Honorarnote vom 15. Oktober 2020 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 13 Stunden geltend gemacht. Dieser Aufwand erweist sich – auch unter Berücksichtigung des doppelten Schriftenwechsels – im Quervergleich zu ähnlich gelagerten Fällen als angemessen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.--. Nicht zu beanstanden sind die ausgewiesenen Auslagen im Betrag von 199.20. Der Rechtsvertreterin ist demnach ein Honorar in Höhe

von Fr. 3'014.75 ([13 Stunden x Fr. 200.--] + Auslagen von Fr. 199.20 inkl. 7.7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

12.3 Der Beschwerdeführer wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
 3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'014.75 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.