



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 22. Juni 2023 (720 22 290 / 148)

Invalidenversicherung

Würdigung eines verwaltungsexternen Gutachtens mit den Disziplinen Rheumatologie und Psychiatrie; Prüfung eines leidensbedingten Abzugs vom Tabellenlohn

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichterin Susanne Afheldt, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Robin Eschbach, Rechtsanwalt, Advokatur am Fischmarkt, Fischmarkt 12, 4410 Liestal

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.1 Der 1972 geborene A.____ arbeitete zuletzt vom 21. Juni 1999 bis 21. August 2003 als Lagerangestellter beim B.____ in X.____. Am 13. Mai 2004 meldete er sich erstmals unter Hinweis auf chronische Rückenschmerzen und eine Bandscheibenoperation im Mai 2001 zum Leistungsbezug bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an, wobei er sich in erster Linie

berufliche Massnahmen wünschte. Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, vom 21. Februar 2005 lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Verfügung vom 10. März 2005 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen ab. Am 23. März 2007 reichte der Versicherte erneut ein Gesuch für berufliche Massnahmen ein. Auf dieses Gesuch trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. Mai 2007 mangels Einreichens von Unterlagen für die Glaubhaftmachung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ein.

A.2 Nachdem der behandelnde Arzt des Versicherten, Dr. med. D.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, der IV-Stelle am 4. April 2007 mitgeteilt hatte, dass sich die Rückenbeschwerden des Versicherten verstärkt hätten, prüfte die IV-Stelle erneut den Anspruch des Versicherten auf berufliche Massnahmen. Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. E.____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, vom 5. Oktober 2007 bejahte sie am 14. November 2007 einen Anspruch auf Arbeitsvermittlung und leistete Kostengutsprache für ein Arbeitstraining. Da eine Arbeitsvermittlung letztlich nicht möglich war, wurde diese mit Mitteilung vom 26. Mai 2008 abgeschlossen. In der Folge gab die IV-Stelle ein Gutachten mit den Disziplinen Psychiatrie und Orthopädie bei der Ärztlichen Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) in Auftrag. Das ABI-Gutachterteam attestierte dem Versicherten in seinem Gutachten vom 11. August 2010 aufgrund der somatischen Beeinträchtigungen eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit. Eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde nicht gestellt. Mit Verfügung vom 18. Mai 2011 lehnte die IV-Stelle einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 28 % ab. Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft.

A.3 Im Rahmen eines Revisionsverfahrens machte der Versicherte am 11. November 2016 erneut eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend. Nach Einholung von Berichten der behandelnden Ärzteschaft teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 2. Juni 2017 mit, dass sie auf sein Leistungsgesuch mangels Glaubhaftmachens einer anspruchserheblichen Verschlechterung nicht eintrete. Auch diese Verfügung ist rechtskräftig.

A.4 Ein weiteres Leistungsgesuch des Versicherten erfolgte am 24. September 2020 (Eingang bei der IV-Stelle). Dabei wies der Versicherte auf seine seit 2003 bestehenden chronischen Rückenschmerzen und die damit einhergehenden psychischen Probleme hin. Darauf gab die IV-Stelle ein bidisziplinäres Gutachten bei Dr. med. F.____, FHM Innere Medizin und Rheumatologie, und bei Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag. In ihrem Gutachten vom 24. September 2021/22. Januar 2022 kamen die beiden Experten zum Schluss, dass der Versicherte aufgrund seiner psychischen und somatischen Beeinträchtigungen bei der Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit zu 25 % eingeschränkt sei. Gestützt auf diese Zumutbarkeitsbeurteilung nahm die IV-Stelle einen Einkommensvergleich vor und lehnte gestützt auf ihre Ergebnisse mit Verfügung vom 20. September 2022 einen Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 25 % ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokat Robin Eschbach, am 20. Oktober 2022 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen; alles unter o/e-Kostenfolge, wobei ihm die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen sei. In der Begründung beanstandete er im Wesentlichen die Beweistauglichkeit des bidisziplinären Gutachtens der Dres. F.____ und G.____ vom 24. September 2021/22. Januar 2022. Zudem sei bei der Ermittlung des Invalideneinkommens nicht nachvollziehbar, weshalb dem Versicherten – im Gegensatz zur Verfügung vom 18. Mai 2011 – kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn gewährt worden sei. Aufgrund seiner deutlich verminderten Leistungsfähigkeit sei ein Abzug von mindestens 20 % vorzunehmen.

C. Mit Verfügung vom 1. November 2022 bewilligte der Instruktionsrichter des Kantonsgerichts dem Versicherten die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 7. Dezember 2022 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, wobei sie ihren Ausführungen eine Beurteilung von Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 3. November 2022 beilegte.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde des Versicherten vom 20. Oktober 2022 ist demnach einzutreten.

2.1 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie diejenigen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der Fassung gültig ab 1. Januar 2022 Anwendung (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9100). Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, begründet diese aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022, sind hingegen die Bestimmungen des IVG und der IVV sowie diejenigen des ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung massgebend.

(KSIR, Rz. 9101; vgl. auch Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 1009).

2.2 Vorliegend datiert die angefochtene Verfügung vom 20. September 2022. Da der Anspruch auf eine Rente der IV gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (hier: 24. September 2020) begründet wird, entsteht ein solcher frühestens ab 1. März 2021 (Art. 29 Abs. 3 IVG). Somit ist die Angelegenheit in Anwendung der Bestimmungen des IVG und der IVV sowie derjenigen des ATSG in der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung zu beurteilen. Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

3.1 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).

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

3.3 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).

4.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende Invalidenrenten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. 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.

4.2 Vorliegend liegt keine Rentenrevision nach Art. 17 ATSG, sondern eine Neuanschuldung vor. Eine Neuanschuldung zielt aber wie die Revision auf eine erneute Prüfung des Leistungsanspruchs aufgrund veränderter Verhältnisse ab. Im Falle eines Eintretens auf eine Neuanschuldung 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).

4.3.1 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).

4.3.2 Die IV-Stelle lehnte mit Verfügung vom 18. Mai 2011 erstmals einen Rentenanspruch des Versicherten ab. Auf die Neuanschuldung vom 9. November 2016 trat sie ohne eingehende materielle Prüfung des Leistungsanspruchs mangels Glaubhaftmachens einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation nicht ein. Nachdem sie auf das Gesuch des Versicherten um Rentenausrichtung vom 23. September 2020 eingetreten war, lehnte sie nach Durchführung der erforderlichen materiellen Abklärungen mit Verfügung vom 20. September 2022 einen Rentenanspruch ab. Demgemäss beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine Invalidenrente rechtfertigt, durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Verfügung der IV-Stelle vom 18. Mai 2011 bestand, mit demjenigen im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 20. September 2022.

5.1 Für die Beurteilung der strittigen Frage, ob sich der Gesundheitszustand bzw. das Ausmass der (Rest-) Arbeitsfähigkeit des Versicherten seit der Ablehnung des Rentenanspruchs im Mai 2011 in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat, ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

5.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und

pfllichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

5.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 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 (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

6.1 Die IV-Stelle stützte sich in der rentenablehnenden Verfügung vom 18. Mai 2011 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf das interdisziplinäre Gutachten der ABI vom 12. August 2010. Darin wurden als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik bei Status nach mikrotechnischer Fenestration und Diskektomie L4/5 links am 29. Mai 2001, nach radikulärem Reiz- und sensomotorischem Ausfallsyndrom L5 links und nach Diskopathie L4/5 und L5/S1 ohne klaren Hinweis auf eine Neurokompression festgehalten. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), die arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) und der Status nach Nikotinabusus (ICD-10 Z86.4) beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht. Aufgrund des chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms seien dem Versicherten schwere und mittelschwere Arbeiten seit der Diskushernienoperation im Mai 2001 nicht mehr zumutbar. Aus diesem Grund könne er der früher in seinem Heimatland ausgeübten Arbeit als Gipser und der zuletzt in der Schweiz ausgeführten Tätigkeit als Lagerist nicht mehr nachgehen. Demgegenüber sei es ihm seit Januar 2007 möglich, eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit im Umfang von 80 % auszuüben.

6.2 Am 5. Oktober 2016 stellte med. pract. I. _____, Praxisgemeinschaft Rufsteinweg, ein Revisionsgesuch. Er führte aus, dass beim Versicherten ein chronisch depressives Zustandsbild mit meist niedergestimmtem Affekt und massivem sozialem Rückzug, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten sowie ein insuffizientes Selbstbild beständen. Das Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und

Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-Rating) zeige mittelgradige Beeinträchtigungen bei der Anpassung an Regeln und Routinen, der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Urteils-, Durchhalte-, Selbstbehauptungs-, Gruppen- und Beziehungsfähigkeit sowie der Spontanaktivität. Die Flexibilität, die Umstellungsfähigkeit die Anwendung fachlicher Kompetenzen und die Kontaktfähigkeit zu Dritten seien schwer beeinträchtigt. Es bestehe ein chronischer Krankheitsverlauf mit unverändertem Beschwerdebild. Die Konfliktbewältigung erscheine dysfunktional bei verfestigten Verhaltensmustern. Trotz unterschiedlicher therapeutischer Bemühungen seien die Behandlungsergebnisse unbefriedigend. Heute seien die Foerster-Kriterien hinsichtlich der somatoformen Schmerzstörung erfüllt. Folglich hielt er im Bericht vom 10. Januar 2017 als Diagnose eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) fest, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflusse. Er schrieb den Versicherten vollständig arbeitsunfähig. Die IV-Stelle trat am 2. Juni 2017 auf das Revisionsgesuch nicht ein. Zur Begründung verwies sie auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. H.____ vom 4. April 2017, der darauf hinwies, dass sich die Medikation seit der ABI-Begutachtung nur geringfügig verändert habe und der Gesundheitszustand des Versicherten weitgehend gleich beschrieben werde.

6.3 Dem Bericht der Klinik J.____ vom 15. Juni 2020 ist zu entnehmen, dass sich der Versicherte dort wegen einer verstärkten depressiven Symptomatik bei chronifizierter Schmerzstörung vom 15. April 2020 bis 30. Mai 2020 stationär aufhielt. Die behandelnde Ärzteschaft hielt als psychiatrische Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und aktenanamnestisch eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom fest. In der Beurteilung stellte sie fest, dass während des Aufenthalts die psychotherapeutische Behandlung der depressiven Störung mit anhaltender Schmerzstörung im Vordergrund gestanden habe. Im Gesamtverlauf habe eine leichtgradige psychische Zustandsstabilisierung erreicht werden können. Trotz dieser Verbesserung beständen weiterhin psychische Symptome (Deprimiertheit, innere Unruhe, Gereiztheit und Schlafstörungen), welche die psychophysische Belastbarkeit reduzierten. Sie bescheinigte dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Klinikeintritt bis 13. Juni 2020.

6.4 Am 8. August 2020 bestätigten Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und med. pract. I.____ das Vorliegen einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80). Der Versicherte zeige eine eindeutige und andauernde Veränderung in der Wahrnehmung, im Verhalten und im Denken bezüglich der Umwelt sowie der eigenen Person. Er fühle sich stigmatisiert und die Fähigkeit, enge und vertrauensvolle Beziehungen zu führen, sei deutlich eingeschränkt, was sich in einer weitgehenden sozialen Isolation niederschlage. Weiter beständen eine ausgeprägte Passivität, eine Vernachlässigung der Freizeitbeschäftigungen und ein Interessensverlust. In der Fremdbeobachtung sei er auf die Schmerzsymptomatik und die damit verbundenen Auswirkungen auf sein Leben mit Verlust der Familie fixiert. Damit seien die Foerster-Kriterien hinsichtlich einer somatoformen Schmerzstörung erfüllt. Die mittelgradig depressive Symptomatik bestehe weiterhin, sei doch diese nach dem Klinikaustritt im Wesentlichen unverändert geblieben. Von ähnlichen Symptomen berichtete auch Dr. med. univ. L.____, FMH Praxislabor, in seinem Bericht vom 18. September 2020. Zusätzlich stellte er die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung mit intrusiven Erinnerungen,

Alb- und Tagträumen. Er erachtete den Versicherten als vollständig arbeitsunfähig. Im Arztbericht vom 11. Februar 2021 führte er als psychiatrische Diagnosen eine Angststörung, eine Depression, eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom, eine Wahrnehmungs- und eine posttraumatische Belastungsstörung auf.

6.5 Dr. K.____ und med. pract. I.____ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 28. April 2021 eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) und neu eine rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). In der Beurteilung wiesen sie auf die aktuellen Ergebnisse des Mini-ICF-Ratings hin. Im Vergleich zum Mini-ICF-Rating Ende 2016 bestanden bei der Anpassung an Regeln und Routinen und bei familiären Beziehungen nur noch leichte Einschränkungen. Desgleichen seien Spontanaktivitäten und die Verkehrsfähigkeit nur leicht beeinträchtigt. Weiterhin zeigten sich mittelgradige Einschränkungen in der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität sowie der Umstellungs-, Entscheidungs-, Urteils-, Durchhalte- und Gruppenfähigkeit. Auch die Selbstpflege sei mittelgradig beeinträchtigt. Wie bisher sei der Versicherte bei der Anwendung fachlicher Kompetenzen und neu in der Selbstbehauptungs- und Kontaktfähigkeit schwer eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit sei wegen des deutlich erhöhten Zeit- und Pausenbedarfs sowie des beträchtlich verminderten Antriebs reduziert. Aufgrund seines psychischen Leidens sei dem Versicherten die Ausübung der bisherigen Arbeit als Lagermitarbeiter nicht mehr möglich. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit, vergleichbar mit derjenigen in der M.____ GmbH, welche er dort im Rahmen einer Integrationsmassnahme durch den Sozialdienst Mitte 2018/Anfang 2019 ausgeübt habe, sei ihm 2 bis maximal 3 Stunden täglich zumutbar.

6.6 In somatischer Hinsicht liegen die MRT-Befunde der Lendenwirbelsäule (LWS) und des Iliosakralgelenks (ISG) vom 28. April 2017 und vom 16. Dezember 2020 vor. Im Bericht des N.____ vom 28. April 2017 wurde in der Beurteilung auf eine subakute Osteochondrose L5/S1 mit Zeichen einer geringen Aktivierung, einen subakuten Schmorl'schen Knoten auf den Bodenplatten von L4, eine leichte neuroforaminale Enge der Nervenwurzeln L4 und L5 sowie eine geringe rezessale Enge der Nervenwurzel L5 hingewiesen. Eine rezessale, foraminale Bedrängung der Nervenwurzeln L4 und L5 und eine rezessale, moderate neuroforaminale Enge L5/S1 wurden auch im Bericht des N.____ vom 16. Dezember 2020 beschrieben. Weiter wurde darin eine Osteochondrose, Stadium I – II nach Modic sowie eine leichte Degeneration L3/4 ohne hochgradige Bedrängung neuraler Strukturen aufgeführt. Weiter lässt sich der Sprechstundenbericht des Kantonsspitals P.____ vom 13. Januar 2021 in den Akten finden. Darin wurde als Diagnose ein chronisches lumbospondylogenes Symptom bei Diskusprotrusion L5/S1 festgehalten. Gemäss den Akten wurde die im Januar 2021 in Aussicht gestellte Infiltration nicht durchgeführt. Es erfolgten danach auch keine weiteren invasiven Massnahmen. In seinem Bericht vom 11. Februar 2021 stellte der Hausarzt, Dr. L.____, auch somatische Diagnosen, und zwar eine neuroforaminale Bedrängung der Nervenwurzeln L4 – 5, eine Osteochondrose I/II nach Modic sowie eine Degeneration L3/4 (neuroforaminale Enge L5/S1) fest.

6.7.1 Im Auftrag der IV-Stelle begutachteten Dr. G.____ und Dr. F.____ den Versicherten. In ihrer Konsensbeurteilung vom 24. September 2021/22. Januar 2022 hielten sie als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte

bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/33.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom fest. Die geltend gemachten funktionellen Einschränkungen liessen sich aus rheumatologischer Sicht nicht vollständig plausibilisieren. Es beständen zwar degenerative Veränderungen der unteren Segmente der LWS und diffuse myotendinotische Verspannungen diverser Muskulaturen, welche die Entstehung lokaler Schmerzen verursachen und dadurch die Ausübung einer körperlich schweren bis mittelschweren Tätigkeit verunmöglichen könnten. Die Belastbarkeit des Rückens sei durch diese Veränderungen relevant eingeschränkt. Es lägen allerdings keine neuropathischen Schmerzen vor, sei doch seit Jahren keine lumbale Radikulopathie von anhaltendem Charakter festzustellen. Es lasse sich zudem eine unspezifische Schmerzausstrahlung über die linke untere Extremität bis zur Ferse finden. Kernspintomographisch zeigten sich lediglich unvollständige Einengungen der Neuroforamina, aber keine relevante Kompression neuraler Struktur. Der Versicherte habe während der Untersuchung über eine Stunde ruhig sitzen bleiben können, ohne dabei schmerzbedingte Beeinträchtigungen zu zeigen. Es bestehe auch kein Hinken und es seien keine motorischen Ausfälle der unteren Extremitäten festzustellen. Der therapierefraktäre Charakter der subjektiv beklagten Beschwerden und die subjektiv ausgeprägte Schmerzwahrnehmung, welche trotz einer hochdosierten Opiattherapie nicht zu einer Besserung führten, liessen sich nicht in Einklang mit den objektivierbaren Befunden der LWS und der Beine bringen. Aus rheumatologischer Sicht könne der Versicherte funktionell keine Tätigkeiten mehr mit Heben, Tragen oder Stossen von Lasten über 10 kg oder wiederholtem Bücken ausführen. Eine Arbeit mit der Möglichkeit, nach einer Stunde die Sitz- bzw. die Stehposition zu wechseln, sei ideal. In einer solchen, körperlich leichten Tätigkeit sei der Versicherte zu 25 % eingeschränkt.

6.7.2 Im psychiatrischen Befund des Teilgutachtens vom 24. September 2021 hielt Dr. G. ____ fest, dass der Versicherte Albträume erwähnt habe, die er seit dem Kriegseinsatz habe und aus denen er schweissgebadet erwache. Er habe über einen Lebensverleider berichtet, habe sich aber klar von Suizidgedanken und –impulsen distanziert. Bei der Untersuchung seien eine herabgesetzte Stimmung und ein leichtgradig verminderter Antrieb festzustellen gewesen. Der Versicherte sei klagsam und habe gelegentlich auch etwas depressiv gewirkt. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei beeinträchtigt, aber nicht aufgehoben gewesen. Wiederholt habe er gelächelt, wenn er über etwas Erfreuliches gesprochen habe. Während der Untersuchung habe er nie eine Konzentrationsschwäche gezeigt. Überwertige Ideen, wahnhaftes Denken oder Wahnvorstellungen seien nicht erkennbar gewesen. Es ergäben sich auch keine Hinweise, dass sich Stimmung und Antrieb im Laufe des Tages veränderten. Zur depressiven Störung führte Dr. G. ____ aus, dass der Versicherte gemäss seinen eigenen Angaben bis 2008 keine psychischen Probleme gehabt habe. Im Jahr 2004 habe er seine Arbeit aus gesundheitlichen Gründen verloren. Da er keine seinem Leiden angepasste Tätigkeit mehr gefunden habe, sei er zum Sozialhilfeempfänger geworden, was zu massiven Spannungen mit seiner Ehefrau geführt habe. Er fühle sich aufgrund der somatischen Beschwerden nicht mehr arbeitsfähig. Auf Anraten eines Freundes habe er sich in die O. ____ in Y. ____ begeben; seither befinde er sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Seit der Trennung von seiner Ehefrau sei er einsam. Er habe jedoch regelmässig Kontakt mit seiner Tochter und mit zwei bis drei Kollegen, mit denen er immer wieder einen türkischen

Club besuche. Daheim siehe er TV und spiele auf dem Handy. Den Haushalt führe er selbstständig und koche mehr oder weniger regelmässig. Er unternehme auch immer wieder Spaziergänge. Dr. G._____ kam zum Schluss, dass der Versicherte aufgrund der depressiven Verstimmungen, der Antriebsverminderung, der Minderwertigkeitsgefühle und der fehlenden Perspektiven beeinträchtigt sei. Es sei eine leichte bis mittelgradige Episode bei einer rezidivierenden depressiven Störung zu diagnostizieren. Hinsichtlich der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wies Dr. G._____ darauf hin, dass das Ausmass der geklagten somatischen Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend zu objektivieren seien, weshalb von einer psychischen Überlagerung auszugehen sei. Der Versicherte befinde sich seit Jahren in finanziellen Schwierigkeiten. Da er sich dadurch nichts leisten könne und kaum Deutsch spreche, sei er sozial isoliert. Er habe zudem keine Perspektiven, da er sich als vollständig arbeitsunfähig betrachte. Dieses Krankheitsbild entspreche einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, welche jedoch eher geringgradig ausgeprägt sei. Trotz dieser Beeinträchtigung sei es dem Versicherten zuzumuten, sowohl in seiner zuletzt ausgeübten Arbeit als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit seit Juni 2020 sieben bis acht Stunden pro Tag anwesend zu sein. Die entspreche einer 80%igen Arbeitsfähigkeit.

6.7.3 Interdisziplinär kamen die beiden Gutachter zum Schluss, dass die Einschränkungen aus psychiatrischer und somatischer Sicht nicht zu addieren seien. Bei einem reduzierten Pensum habe der Versicherte die Möglichkeit, sich vermehrt zu schonen, was seinen gesundheitlichen Beeinträchtigungen Rechnung trage. Es bestehe daher eine 75%ige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit seit April 2017.

7.1 In Würdigung der medizinischen Akten ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. F._____ und Dr. G._____ vom 24. September 2021/22. Januar 2022 abgestellt hat. Das Gutachten genügt den Anforderungen, die rechtsprechungsgemäss an den Beweiswert eines Arztberichts zur Beurteilung von Leistungsansprüchen im Sozialversicherungsrecht gestellt werden. Die Experten sichteten die ihnen zur Verfügung gestellten Akten, listeten sie im Gutachten auf und erhoben in allen Bereichen eine vollständige Anamnese (Familie, Kindheit, Schule, Lehre und Beruf). Sie untersuchten den Versicherten persönlich und berücksichtigten die von ihm geltend gemachten Beschwerden. Schliesslich erweisen sich die Beurteilungen der medizinischen Situation der beiden Gutachter und die Schlussfolgerungen in ihren Teilgutachten sowie in der Konsensbeurteilung als plausibel. Die gutachterliche Konsenseinschätzung, wonach der Versicherte aus somatischer und psychiatrischer Sicht zu 75 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, kann in der Gesamtbetrachtung gut nachvollzogen werden. Damit bildet das bidisziplinäre Gutachten der Dres. F._____ und G._____ eine rechtsgenügende Grundlage, um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zuverlässig beurteilen zu können.

7.2.1 An der ausschlaggebenden Beweiskraft des bidisziplinären Gutachtens vermögen die Einwände des Versicherten nichts zu ändern. Er führt an, dass Dr. G._____ vorbefasst sei, weil dieser ihn bereits im Rahmen der Begutachtung im ABI im 2010 untersucht habe. Ausstands- und

Befangenheitsgründe sind umgehend geltend zu machen, d.h. grundsätzlich sobald die betroffene Person Kenntnis von den entsprechenden Tatsachen erhält. Wer den Mangel nicht unverzüglich vorbringt, wenn er davon Kenntnis erhält, sondern sich stillschweigend auf ein Verfahren einlässt, verwirkt den Anspruch auf spätere Anrufung der vermeintlich verletzten Ausstandsbestimmung (BGE 143 V 66 E. 4.3, 138 I 1 E. 2.2, 132 II 485 E. 4.3). Unverzüglich bedeutet ein Geltendmachen binnen maximal sechs bis sieben Tagen; ein zwei- bis dreiwöchiges Zuwarten ist bereits unzulässig (Urteil des Bundesgerichts vom 9. Februar 2022, 8C_663/2021, E. 4.2 mit Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts, vom 9. Mai 2019, 8C_41/2019, E. 4.2; vgl. auch FRANZISKA M. BETSCHART, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Basel 2020, N. 9 ff., 26 zu Art. 36 ATSG).

7.2.2 Vorliegend teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 26. Mai 2021 mit, dass sie vorsehe, die Dres. F.____ und G.____ für eine bidisziplinäre Begutachtung zu beauftragen. Trifftige Einwendungen gegen die Art der Begutachtung, die vorgesehenen Fachdisziplinen und die begutachtenden Personen könne er bis 8. Juni 2021 geltend machen. Nachdem der Versicherte mit Schreiben vom 4. Juni 2021 die IV-Stelle gefragt hatte, ob er die Gutachter selber auswählen könne und er eine Liste mit allem medizinischen Gutachterpersonen zugestellt erhalte, informierte die IV-Stelle den Versicherten mit eingeschriebenem Schreiben vom 15. Juni 2021, dass sie die vorgesehenen Gutachter, Dres. F.____ und G.____, für die Begutachtung seines Gesundheitszustandes als geeignet betrachte. Sollte er damit nicht einverstanden sein, so habe er die Möglichkeit, bis Ende Juni 2021 Ausstandsgründe geltend zu machen. Der Versicherte reichte innert Frist kein Ausstandsbegehren ein. Er rügte erst mit der vorliegenden Beschwerde vom 20. Oktober 2022 und somit verspätet die Befangenheit von Dr. G.____. Selbst wenn das Ausstandsbegehren rechtzeitig geltend gemacht worden wäre, erweist sich sein Einwand als nicht stichhaltig. Denn der Umstand, dass ein Arzt bzw. eine Ärztin wiederholt von einem Sozialversicherungsträger als Gutachter beigezogen wird, stellt nach ständiger Rechtsprechung für sich allein noch keinen Ausstandsgrund dar (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 mit weiteren Hinweisen). Eine unzulässige Vorbefassung liegt auch nicht vor, wenn der Gutachter bzw. die Gutachterin im Rahmen einer früheren Begutachtung zu einer für eine der Parteien ungünstigen Schlussfolgerung gelangt ist. Entscheidend ist, dass das Ergebnis der Begutachtung nach wie vor als offen und nicht vorbestimmt erscheint (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Juni 2016, 8C_276/2016, E. 5.3.2 mit weiteren Hinweisen; REGINA KIENER/MELANIE KRÜSI, Die Unabhängigkeit von Gerichtssachverständigen, in: ZSR 2006 S. 506). Der Anschein der Befangenheit oder die Gefahr der Voreingenommenheit ist erst zu bejahen, wenn weitere Umstände hinzutreten, etwa, wenn das erste Gutachten nicht objektiv und sachlich gehalten ist (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 mit weiteren Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts vom 22. August 2013, 8C_227/2013 und vom 20. Juni 2013, 8C_978/2012, E. 5.3.2). Solche Umstände liegen hier nicht vor.

7.3.1 Weiter bringt der Versicherte vor, dass bei ihm neurologische Diagnosen gestellt worden seien, weshalb er nicht nur in den Disziplinen Psychiatrie und Rheumatologie, sondern auch neurologisch hätte begutachtet werden müssen. Die IV-Stelle habe absichtlich keine polydisziplinäre Begutachtung veranlasst, um sich der Auftragsvergabe nach Zufallsprinzip gemäss Art. 72^{bis} IVV entziehen zu können. Da die IV-Stelle auf eine solche umfassende Untersuchung verzichtet habe,

sei der relevante medizinische Sachverhalt nicht hinreichend abgeklärt worden. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Sowohl der orthopädische Gutachter der ABI als auch Dr. F._____ prüften den neurologischen Status des Versicherten (vgl. ABI-Gutachten, S. 18 und rheumatologisches Gutachten von Dr. F._____ vom 22. Januar 2022, S. 19). Der ABI-Gutachter konnte im Jahr 2010 weder die vom Versicherten demonstrierte Kraftminderung reproduzieren noch die linksseitige Hypästhesie verifizieren. Dr. F._____ hielt rund 11 Jahre später in seiner Beurteilung fest, dass keine neuropathischen Schmerzen (vgl. S. 35) oder eine relevante Kompression neuraler Strukturen L5/S1 (vgl. S. 36) beständen. Sowohl der ABI-Gutachter als auch Dr. F._____ diagnostizierten gestützt auf ihre Befunde ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom, ohne auf eine relevante radikuläre Symptomatik hinzuweisen. Bis auf Dr. L._____ stellte auch keine der anderen beteiligten medizinischen Fachpersonen neurologische Diagnosen oder wesentliche neurologische Beeinträchtigungen fest. Der unmittelbar nach der LWS-Bandscheibenoperation vom 29. Mai 2001 betreuende Hausarzt, Dr. D._____, und die begutachtenden Ärzte, Dr. C._____ (Gutachten vom 21. Februar 2005) und Dr. E._____ (Gutachten vom 5. Oktober 2007), diagnostizierten ebenfalls entweder ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom (Dr. E._____ und Dr. D._____) oder ein chronisches Lumbovertebralsyndrom (Dr. C._____). Neurologische Auffälligkeiten wurden nicht vermerkt.

7.3.2 Die von Dr. L._____ im Bericht vom 11. Februar 2021 gestellten Diagnosen einer neuroforaminalen Bedrängung der Nervenwurzeln L4/5 und einer neuroforaminalen Enge L5/S1 beruhen auf dem MRT-Befund vom 16. Dezember 2020. Weitere Ausführungen zu diesem Befund fehlen. Bei MRT-Befunden darf nicht übersehen werden, dass bildgebend nachgewiesene (pathologische) Befunde in der Regel für sich allein nicht den Schluss auf eine Arbeitsunfähigkeit zulassen resp. gerade keine Korrelation zwischen ärztlich gestellter Diagnose (auch bei somatisch dominierenden Leiden) und Arbeitsunfähigkeit besteht (BGE 140 V 193 E. 3.1). Bildgebend pathologisch dokumentierte Befunde sind immer nur unter Berücksichtigung der Beschwerdeschilderung und der klinischen Befunde zu interpretieren. Dr. F._____ nahm eine solche Interpretation vor. Auf Seite 34 des rheumatologischen Gutachtens vom 22. Januar 2022 führte er unter Verweis auf die MRT-Befunde vom 28. April 2017 und 16. Dezember 2020 aus, dass er bei der klinischen Untersuchung keine Hinweise auf eine rezidivierende bzw. persistierende lumbale Radikulopathie haben feststellen können. Es lasse sich eine unspezifische Schmerzausstrahlung in das linke Bein finden, die vertikal von der Gesässregion bis an die Ferse verlaufe, ohne dabei ein eindeutiges dermatomales Verteilungsmuster darzustellen. Das Ausmass der neuroforaminalen Enge L5/S1 sei derart moderat, dass eine konstante Wurzelkompression mit daraus resultierender chronischer Radikulopathie ausgeschlossen werden könne. Es beständen kernspintomographisch keine Anhaltspunkte für eine entzündliche Aktivierung der beginnenden Degeneration der Facettengelenke L4/5 und L5/S1 (vgl. rheumatologisches Gutachten vom 22. Januar 2022, S. 25 f.). Die Beurteilung leuchtet ein. Unter diesen Umständen durfte die IV-Stelle zu Recht davon ausgehen, dass keine neurologischen Auffälligkeiten bestehen, welche eine neurologische Begutachtung erforderlich gemacht hätten. Eine mangelhafte Sachverhaltsabklärung liegt in dieser Hinsicht nicht vor. Damit erweist sich auch der Vorwurf, wonach die IV-Stelle die Wahl der Gutachter nach dem Zufallsprinzip umgehen wollte, als nicht stichhaltig.

7.4.1 Gleichzeitig zeigt die Auseinandersetzung von Dr. F.____ mit den MRT-Befunden, dass er sich – entgegen der Ansicht des Versicherten – durchaus mit der abweichenden Beurteilung von Dr. L.____ befasste. In diesem Zusammenhang stellte er zu Recht fest, dass sich Dr. L.____ nicht detailliert mit den bildgebenden, objektivierbaren Befunden und den daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen auseinandergesetzt habe (vgl. rheumatologischen Gutachten vom 22. Januar 2022, S. 39). Unter diesen Umständen musste Dr. F.____ nicht weiter auf die von Dr. L.____ gestellten Diagnosen eingehen.

7.4.2 Auch Dr. G.____ berücksichtigte bei seiner Beurteilung die psychiatrischen Diagnosen und Berichte der behandelnden Psychiater, Dr. K.____ und med. pract. I.____, der Klinik J.____ und des Hausarztes Dr. L.____. So führte er in seinem Teilgutachten vom 24. September 2021 auf Seite 21 f. ausführlich und überzeugend aus, weshalb die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte depressive Störung mittelgradiger Ausprägung heute nicht mehr bestätigt werden könne. Er begründete seine Schlussfolgerung, wonach lediglich ein leichtes bis mittelgradiges depressives Zustandsbild vorliege, nachvollziehbar mit der recht aktiven Tagesgestaltung des Versicherten (Spaziergänge, selbstständige Versorgung des Haushalts, Pflege von sozialen Kontakten) und den nicht sehr ausgeprägten psychopathologischen Befunden (auf die Beschwerden eingengtes Denken, geringgradige Schlafstörungen, leichtgradige affektive Schwingungsfähigkeit, Niedergestimmtheit, leichtgradige Verminderung des Antriebs, kein ausgeprägter sozialer Rückzug). Desgleichen leuchtet die Auffassung von Dr. G.____ ein, wonach der Alltag nicht durch schwere, invalidisierende Schmerzen eingeschränkt sei und deshalb nicht die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, sondern nur die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung gestellt werden könne. Auch wird mit seinen überzeugenden Ausführungen klar, weshalb die Voraussetzungen für eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom nicht erfüllt sind. So fehle es hierfür an einem schwergradig ausgeprägten, chronischen Schmerzsyndrom, einem ständigen Klagen, einer hochgradigen Abhängigkeit und Anspruchshaltung gegenüber anderen, einer feindlichen Haltung, einem ausgeprägten sozialen Rückzug und einer hohen Nervosität. Zudem sei der Versicherte gemäss seinen Angaben nicht überzeugt, dass er sich wegen der Schmerzen verändert habe oder deswegen stigmatisiert worden sei (vgl. psychiatrisches Gutachten vom 24. September 2021, S. 22).

In Bezug auf die posttraumatische Belastungsstörung wies Dr. G.____ darauf hin, dass der Versicherte anlässlich der ersten Untersuchung in der ABI angegeben habe, er sei während des Militärdienstes von 1990 bis 1992 als Sanitätssoldat nie direkt in Kriegshandlungen verwickelt gewesen und habe bis 2008 nie unter Angstträumen oder Flashbacks gelitten. Damit stehe fest, dass er nie lebensbedrohlichen Situationen ausgesetzt gewesen sei. Erst seit er nicht mehr arbeiten könne, in einer schwierigen Lebenssituation stehe, zuhause herumsitze und den ganzen Tag mit sich selbst beschäftigt sei, erinnere sich der Versicherte vermehrt an belastende Lebensereignisse, wie z.B. an den Kriegsdienst, und habe ein- bis zweimal in der Woche angstbesetzte Träume. Damit seien die Voraussetzungen für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht erfüllt. Ein Blick in die psychiatrische Anamnese des ABI-Gutachtens vom 11. August 2010 zeigt jedoch auf, dass Dr. G.____ nicht alle Schilderungen des Versicherten in seiner Beurteilung wiedergab. So berichtete der Versicherte damals, er sei im Alter von 20 Jahren als Sanitätssoldat an die Front versetzt worden, wo er wiederholt verwundete Soldaten habe pflegen

müssen und einige auch in seiner Anwesenheit gestorben seien (vgl. ABI-Gutachten, S. 12). Daraus lässt sich folgern, dass der Versicherte sehr wohl direkt in den Krieg involviert war. Dennoch ändert diese Feststellung nichts daran, dass die Beurteilung von Dr. G.____, wonach die Voraussetzungen für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht erfüllt seien, plausibel ist. Denn der Versicherte bestätigte bei der ersten Begutachtung, dass er bis 2008 nie unter Angstträumen gelitten und kaum an die Kriegserlebnisse gedacht habe. Diese Ereignisse hätten ihn zwar belastet, er habe aber bis vor wenigen Jahren gut damit umgehen können (vgl. ABI-Gutachten, S. 11 und 12). Zudem sagte er aus, dass er bis zu diesem Zeitpunkt keine Einschränkungen im Alltag aufgewiesen habe und voll arbeitsfähig gewesen sei. Aufgrund dieser Aussagen ist davon auszugehen, dass der Versicherte rund 14 - 15 Jahre seit dem Militärdienst seinen Beruf und seinen Alltag ohne Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung meistern konnte. Bei dieser Sachlage ist es nachvollziehbar, dass Dr. G.____ zum Schluss kam, die heutigen Symptome entsprächen nicht einer posttraumatischen Belastungsstörung, sondern vielmehr einer depressiven Störung. Dass der Versicherte in der aktuellen Untersuchung gegenüber Dr. G.____ ausführte, er habe im Krieg auf andere Menschen schiessen und sich nach dem Militärdienst für sechs Monate zurückziehen müssen, weil er unter Albträumen gelitten habe, erscheint vor dem Hintergrund seiner früheren Aussagen wenig plausibel. So gab er auch gegenüber der behandelnden Ärzteschaft der O.____, wo er vom 1. Dezember 2008 bis 8. Januar 2009 hospitalisiert war, an, dass erst seit kurzem Bilder des Krieges auftauchten (vgl. Bericht der O.____ vom 13. Februar 2009).

7.4.3 Für die von Dr. L.____ diagnostizierte Angst- und Wahrnehmungsstörung lassen sich in den Akten keine Anhaltspunkte finden, weshalb auf weitere Ausführungen an dieser Stelle verzichtet werden kann; die Psychiatrie fällt auch nicht in sein Fachgebiet.

7.5.1 Der Versicherte ist weiter der Auffassung, dass die Dres. F.____ und G.____ mit Blick auf die somatoforme Schmerzstörung die Fragen zu den Standardindikatoren im Sinne des IV-Rundschreibens Nr. 339 nicht genügend detailliert beantwortet hätten. Damit könne auf das Gutachten vom 24. September 2021/22. Januar 2022 nicht abgestellt werden. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung hat bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung die Prüfung der Arbeits- resp. Erwerbsfähigkeit anhand von sogenannten Standardindikatoren als objektiverem Massstab zu erfolgen (BGE 143 V 418 E. 7.2 und 141 V 281 E. 3.7.3 und E. 4.1.3). Das Wesen des strukturierten Beweisverfahrens besteht darin, anhand eines Katalogs von Standardindikatoren das unter Berücksichtigung sowohl leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren als auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Februar 2020, 8C_423/2019, E. 3.2.1). Im IV-Rundschreiben Nr. 339 vom 9. September 2015 hat das Bundesamt für Sozialversicherungen einen Fragekatalog erstellt, der die vom Bundesgericht genannten Standardindikatoren abdeckt und für die medizinische Begutachtung in der IV verbindlich ist.

7.5.2 Entgegen dem Vorbringen des Versicherten setzte sich Dr. med. G.____ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 24. September 2021 mit den Standardindikatoren auseinander. So stellte er Diagnosen (Ziffer 6), äusserte sich schlüssig zu Schweregrad und Ausprägung der di-

agnoserelevanten Befunde (Ziffern 4.3 und 6.3), zum sozialen Kontext (Ziffer 3.2) und zur Behandlung und der Eingliederung (Ziffer 7.2), prüfte die Konsistenz (Ziffern 7.3.1 und 7.3.2), legte die persönlichen Ressourcen dar (Ziffer 7.4) und befasste sich schliesslich mit der Arbeitsfähigkeit (Ziffern 8.1 und 8.2). Auch in der Konsensbeurteilung setzten sich die beiden Gutachter mit den Funktionseinschränkungen, der Konsistenz und den Ressourcen auseinander. Wie die bundesgerichtliche Rechtsprechung klarstellt, muss die Handhabung des Katalogs stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden. Es handelt sich dabei nicht um eine "abhakbare Checkliste" (BGE 141 V 281 E. 4.1.1). In Würdigung dieser Rechtsprechung erlauben die Ausführungen im Gutachten eine schlüssige Beurteilung der massgeblichen Indikatoren und tragen damit den Anforderungen an ein strukturiertes Beweisverfahren genügend Rechnung. Daran ändert auch die von Dr. K.____ und med. pract. I.____ vertretene Ansicht, wonach die (hier nicht mehr anwendbaren) Foerster-Kriterien im Hinblick auf die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erfüllt seien, nichts, ist doch ihre knappe Begründung nicht geeignet, Zweifel an der hier massgebenden Beweiskraft der Beurteilung von Dr. G.____ zu erwecken.

7.6 Nichts anderes ergibt sich aus dem Einwand des Versicherten, dass die beiden Gutachter der Tatsache, dass gemäss Verlaufsbericht der M.____ vom 28. März 2019 aktuell keine Vermittelbarkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt bestehe, bei ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keine Rechnung getragen hätten. Auch wenn den Feststellungen der Eingliederungsfachleute bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine gewisse Aussagekraft zukommt (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juli 2008, 9C_833/2007, E. 3.3.2), ist dieser Bericht nicht geeignet, um die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu beurteilen. Zum einen enthält er keine Angaben zu den Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Zum anderen ist die Frage bezüglich der noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch den begutachtenden Arzt bzw. die begutachtende Ärztin und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (Urteile des Bundesgerichts vom 26. November 2014, 9C_401/2014, E. 4.2.2 und vom 25. Juni 2018, 8C_440/2017, E. 5.3).

7.7 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass keiner der vom Versicherten vorgebrachten Einwände, geeignet ist, Zweifel an der Beurteilung der Dres. F.____ und G.____ zu erwecken. Das bidisziplinäre Gutachten vom 24. September 2021/22. Januar 2022 bildet eine rechtsgenügeliche Grundlage, um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zuverlässig beurteilen zu können. Gestützt auf die gutachterliche Zumutbarkeitsbeurteilung ist davon auszugehen, dass der Versicherte in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 75 % arbeitsfähig ist. Im Vergleich zur ABI-Begutachtung im Jahr 2010 haben sich somit die tatsächlichen Verhältnisse seit dem Zeitpunkt der Verfügung vom 18. Mai 2011 bzw. der ABI-Begutachtung im Juni 2010, gemäss welcher es dem Versicherten zuzumuten war, ab Januar 2007 eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit im Umfang von 80 % auszuüben, ein wenig verschlechtert. Damit liegt ein Revisionsgrund vor, weshalb die IV-Stelle zu Recht eine neue Invaliditätsbemessung durchführte.

8.1 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 29 E. 1). Dabei ist in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (hier: 1. März 2021) abzustellen (BGE 129 V 222, 128 V 174).

8.2.1 Die IV-Stelle nahm in ihrer Verfügung vom 20. September 2022 den erforderlichen Einkommensvergleich vor. Dabei hat sie anhand der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen einen Invaliditätsgrad von 25 % errechnet. Die von der IV-Stelle gestützt auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018 ermittelten Vergleichseinkommen wurden vom Versicherten zu Recht nicht beanstandet. Er macht jedoch einen 20%igen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn geltend, weil es nicht nachvollziehbar sei, weshalb die IV-Stelle im Gegensatz zur Verfügung vom 18. Mai 2011 keinen Abzug gewährt habe.

8.2.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Lohndaten wie namentlich der LSE ermittelt, ist gemäss bisheriger Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6, 126 V 75 E. 3b/bb; Urteil des Bundesgerichts vom 30. Juni 2021, 8C_58/2021, E. 4.1.1). Weiter ist der so erhobene Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2, 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 146 V 16 E. 4.1, 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2, 126 V 75 E. 5b/bb-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit zahlreichen Hinweisen).

8.2.3 Der Versicherte begründet seinen Standpunkt, wonach ihm ein Abzug vom Tabellenlohn von mindestens 20 % zu gewähren sei, mit seinen gesundheitsbedingten Einschränkungen, den schwer kalkulierbaren Absenzen, seinem Ausländerstatus, seiner fehlenden Berufsausbildung,

und seinen geringen Deutschkenntnissen. Mit diesem Vorbringen kann der Versicherte vorliegend jedoch nichts zu seinen Gunsten ableiten. Gemäss Gutachten der Dres. F.____ und G.____ ist ihm aus medizinischer Sicht eine berufliche Tätigkeit mit einer Präsenz von höchstens sechs Stunden in einer körperlich leichten, zwischen Sitzen und Stehen stündlich abwechselnden Tätigkeit ohne wiederholtes Bücken zu 75 % (aufgrund der notwendigen, vermehrten Pausen) zuzumuten. Damit wurden sämtliche vom Versicherten geltend gemachten somatisch und psychisch bedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, namentlich ein Mangel an Selbstbewusstsein, eine Beeinträchtigung der Anpassungsfähigkeit an Regeln, Routinen, Planung, der Strukturierungs-, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie ein vermehrter Pausen- und Erholungsbedarf, berücksichtigt. Beim Abstellen auf Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten) der Tabelle TA1, Privater Sektor, Total, Männer ist weder das Anforderungsprofil hinsichtlich der zumutbaren Tätigkeiten erheblich eingeschränkt noch liegen zusätzliche zu beachtende Faktoren vor. Unter diesen Umständen rechtfertigt sich kein Abzug vom Tabellenlohn, würde dies doch auf eine doppelte Berücksichtigung der bereits in der medizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingeflossenen gesundheitlichen Einschränkungen hinauslaufen. Soweit der Versicherte einen Tabellenlohnabzug wegen schwer kalkulierbarer Absenzen verlangt, wie sich diese anlässlich des Arbeitstrainings in der M.____ gezeigt hätten, kann ihm nicht gefolgt werden. Dem Verlaufsbericht der M.____ vom 28. März 2019 ist zu entnehmen, dass die Absenzen gegen Ende des Arbeitstrainings zugenommen hätten und schliesslich zu einem permanenten Ausfall geführt hätten. Gleichzeitig geht daraus hervor, dass die Absenzen nur zum Teil mit ärztlichen Zeugnissen belegt wurden. Bei dieser Sachlage kann nicht von einem erhöhten Krankheitsrisiko ausgegangen werden, zumal die beiden Gutachter Dr. F.____ und Dr. G.____ sowie die übrigen medizinischen Fachpersonen nie auf ein solches hinwiesen. Die verminderte psychische und die geringe körperliche Belastbarkeit wurden bereits im Rahmen der Zumutbarkeitsbeurteilung berücksichtigt und stellen praxisgemäss keinen Faktor dar, der einen Abzug rechtfertigt (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Januar 2017, 9C_765/2016, E. 5.3) Der Ausländerstatus berechtigt nach ständiger bundesgerichtlicher Praxis zu keinem weiteren Abzug (Urteile des Bundesgerichts vom 6. November 2018, 9C_401/2018, E. 5.2.3 und vom 21. Januar 2009, 9C_389/2008, E. 3.3.3). Die fehlende Ausbildung ist ebenfalls ausser Acht zu lassen, da der Versicherte auf einfache (Hilfs-) Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1 verwiesen wird, die keine berufliche Ausbildung voraussetzen. Auch nicht abzugsrelevant sind sodann die angeführten sprachlichen Schwierigkeiten, da Hilfsarbeitertätigkeiten keine guten Kenntnisse der deutschen Sprache erfordern (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Mai 2018, 9C_266/2017, E. 3.3.4 mit Hinweisen). Im Lichte dieser Rechtsprechung ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle dem Versicherten vorliegend keinen Abzug vom Tabellenlohn gewährt hat.

8.3 Die vorinstanzliche Bemessung des massgebenden Validen- und des zumutbaren Invalideneinkommens erweist sich (auch) in den übrigen Punkten als korrekt. Selbst wenn wie bei der ersten Verfügung vom 18. Mai 2011 ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn von 10 % vorgenommen würde, ändert sich nichts am Ausgang des Verfahrens, ergibt sich doch in diesem Fall bei einem Invaliditätsgrad von 33 % (Fr. 69'461.-- - Fr. 46'886.-- [Fr. 52'096.-- x 90 %] x 100 : Fr. 69'461.--) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Unter diesen Umständen kann hier von weiteren Ausführungen zum vorinstanzlichen Einkommensvergleich abgesehen und stattdessen

vollumfänglich auf die entsprechenden Ausführungen der IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 20. September 2022 verwiesen werden.

8.4 Bei diesem Ergebnis hat die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Versicherten zu Recht abgelehnt. Die gegen die betreffende Verfügung vom 20. September 2022 erhobene Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

9.1 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. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm aufzuerlegen sind. Dem Beschwerdeführer ist nun allerdings mit Verfügung vom 1. November 2022 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

9.2 Dem Prozessausgang entsprechend hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle. Mit Verfügung vom 1. November 2022 wurde ihm auch die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt, weshalb dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Gemäss 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte (TO) vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter des Versicherten hat in seiner Honorarnote vom 5. Januar 2023 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 8,0833 Stunden geltend gemacht, was in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen angemessen ist. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von insgesamt Fr. 85.35. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'833.05 (8,0833 Stunden à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 85.35 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

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.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'833.05 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.