



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 23. Januar 2025 (720 24 145)

Invalidenversicherung

Prüfung des medizinischen Sachverhalts nach Neuanschuldung; überzeugendes externes MEDAS-Gutachten

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Andreas Blattner, Gerichtsschreiberin Margit Campell

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.1 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 Kantonsgesetz, 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.____ durch die B.____ GmbH (B.____) untersuchen. Unter Berücksichtigung dieser Abklärungsergebnisse 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.2 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.3 Am 28. Januar 2016 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an. Im Rahmen der Abklärung des medizinischen Sachverhalts holte die IV-Stelle bei Dr. med. C.____, FMH Neurologie, und Dr. med. D.____, 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. Die dagegen durch den Versicherten, vertreten durch Advokatin E.____, 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 Nachachtung des Urteils des Kantonsgerichts ein Verlaufsgutachten bei den Dres. C.____ und D.____ 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. Der Versicherte, weiterhin vertreten durch Advokatin E.____, erhob gegen diesen Entscheid am 3. Juli 2020 Beschwerde, welche das Kantonsgericht mit Urteil vom 21. Januar 2021 rechtskräftig abwies.

A.4 Der Versicherte meldete sich am 20. Mai 2021 erneut zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle untersuchte den rechtserheblichen Sachverhalt und holte bei der MEDAS Interlaken Unterseen GmbH (MEDAS Interlaken) ein polydisziplinäres Gutachten ein, welches am 13. Juni 2023 erstattet wurde. Gestützt auf ihre Abklärungsergebnisse lehnte die IV-Stelle den Rentenanspruch des Versicherten – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren – bei einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 33 % mit Verfügung vom 30. April 2024 erneut ab.

B. Gegen diesen Entscheid richtet sich vorliegende Beschwerde, welche der Versicherte am 23. Mai 2024 beim Kantonsgericht erhob. Er beantragte, dass die angefochtene Verfügung vom 30. April 2024 aufzuheben und ihm ab 1. November 2021 eine ganze Rente auszurichten sei. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese aufzufordern, ein unabhängiges pharmakologische sowie ein unabhängiges neuropsychologisches Gutachten erstellen zu lassen und gestützt darauf neu zu verfügen. Zur Begründung brachte er sinngemäss vor, dass die IV-Stelle den angefochtenen Entscheid auf unzureichende medizinische Unterlagen abstütze. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte der Versicherte die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung.

C. Mit Verfügung vom 27. Mai 2024 bewilligte das Kantonsgericht dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung.

D. Die IV-Stelle liess sich am 12. August 2024 zur Beschwerde vernehmen und beantragte deren Abweisung.

Das Kantonsgericht zieht i n E r w ä g u n g :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde des Versicherten vom 23. Mai 2024 ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG (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 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 gültig gewesenen 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). Vorliegend erging die angefochtene Verfügung nach dem 1. Januar 2022; zur Diskussion steht jedoch ein ab dem 1. November 2021 und damit vor dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch. Nach dem Gesagten ist die Angelegenheit deshalb 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.

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

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

2.3 Gemäss Art. 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.

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

3. Zu berücksichtigen ist, dass es sich vorliegend nicht um eine erstmalige Anmeldung zum Leistungsbezug handelt, sondern um eine Neuanschuldung nach Ablehnung des

Leistungsanspruchs. Wenn die Beschwerdegegnerin auf eine Neuanschuldung eintritt, so steht die Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen noch nicht fest, sondern ist erst einmal glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin, und im Beschwerdefall das Gericht, haben danach in Anwendung von Art. 87 Abs. 3 IVV i.V.m. Abs. 2 IVV und Art. 17 Abs. 1 ATSG analog zu einer Rentenrevidierung zu prüfen, ob sich seit der letzten Verfügung eine tatsächliche Veränderung in einer für den Anspruch erheblichen Weise effektiv nachweisen lässt. Massgebend ist damit vorliegend, ob in der Zeit zwischen der Verfügung vom 8. Juni 2020 bzw. dem Urteil des Kantonsgerichts vom 21. Januar 2021 und der Verfügung vom 30. April 2024 eine erhebliche Änderung des Sachverhalts eingetreten ist.

4.1 Für die Beurteilung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand bzw. das Ausmass der (Rest-)Arbeitsfähigkeit des Versicherten seit der letztmaligen Beurteilung in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat, ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig 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).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft

zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Demgegenüber kommt Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

5.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche für den Entscheid zentral sind.

5.2 Im Zusammenhang mit dem Erlass der Verfügung vom 8. Juni 2020 stützte sich die IV-Stelle insbesondere auf die Ergebnisse, zu denen die Gutachter Dres. C.____ und D.____ in ihrem Verlaufsgutachten vom 7. April 2019 gelangten. Im neurologischen Gutachten teil diagnostizierte Dr. C.____ 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 können. Klinisch-neurologisch ergäben sich Hinweise auf ein leicht bis maximal mässig ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom und ein leicht bis mässig ausgeprägtes Cervicalsyndrom; Provokationsmanöver der Halswirbelsäule (HWS) für radikuläre Beschwerden seien negativ. Klinisch ergäben sich aktuell lumbal keine aktuellen Hinweise auf eine radikuläre Reizsymptomatik. Ein Hustenpressschmerz sei zu verneinen und der Lasègue sei negativ. Möglicherweise sei es interkurierend, gemäss undatiertem Bericht des behandelnden Neurologen Dr. med. F.____, FMH Neurologie, zu einer zentralen Fazialis-Parese links gekommen. Dr. F.____ habe zudem eine multisegmentale Radikulopathie sowie eine ältere neurogene Veränderung im C7-Myotom rechts erwähnt. 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 Hilfsmaier 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. D.____ erhob im psychiatrischen Gutachtensteil keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und nannte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. In seiner Beurteilung hielt Dr. D.____ fest, dass keine Hinweise für eine Depression im Sinne von ICD-10 bestünden. Aus objektiver Sicht fände sich keine durchgehend gedrückte Stimmung, sondern eine affektive Schwingungsfähigkeit. Es seien kein Interessensverlust und keine Freudlosigkeit sowie 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 er 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 X.____) 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 Versicherte 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 affektiven Störung, den

rezidivierenden depressiven Episoden, immer wieder 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 Versicherten 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.

5.3.1 Nach Eingang des Leistungsgesuchs vom 20. Mai 2021 liess die IV-Stelle den Beschwerdeführer bei der MEDAS Interlaken polydisziplinär in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie, Rheumatologie, Neuropsychologie, Neurologie und Psychiatrie begutachten. Das Gutachten wurde am 13. Juni 2023 erstattet.

5.3.2 Der Gesamtbeurteilung ist mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches cervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts mit/bei Status nach degenerativ bedingter Diskushernie C6 rechts mit nachfolgender Diskektomie C5/C6 und Cage-Implantation am 13. Juni 2016, aktuell ohne Hinweise auf eine Radikulopathie, residuell pseudoradikulär anmutender Schmerzausstrahlung in den rechten Arm und nicht organisch erklärbarer Symptomausweitung zu entnehmen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein obstruktives Schlaf-Apnoesyndrom mit CPAP-Maskenintoleranz, nicht-authentische kognitive Einschränkungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der Exekutivfunktionen, der Sprache, der Zahlenverarbeitung und der Visuokonstruktion mit/bei problematischem Leistungsverhalten (am wahrscheinlichsten Aggravation), leichtgradigem Lumbovertebralsyndrom mit myofaszialer Ausprägung (ICD-10 M53.96/97) mit/bei Haltungsinsuffizienz mit muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung, eine Adipositas Grad I (ICD-10 E66.00), asymptomatische Knick-Senk-Spreizfüsse beidseits (ICD-10 M21.67), ein Verdacht auf eine Meralgia paraesthetica links (ICD-10 G57.1), aktenanamnestisch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig allenfalls leichtgradig (ICD-10 F33.0, DD: Dysthymie, ICD-10 F34) und eine leichtgradige restriktive Ventilationsstörung (DD: mitarbeitsbedingt). Gemäss neurologischer und rheumatologischer Einschätzung läge aufgrund des postoperativen Zustands bei monosegmentaler Diskusdegeneration im unteren HWS-Bereich eine Minderbelastbarkeit für körperlich anstrengende Tätigkeiten vor. Die bisherige Tätigkeit als Hilfsmaier könne daher aus rheumatologischer und neurologischer Sicht nicht mehr ausgeübt werden. In einer angepassten Tätigkeit werde sowohl von Seiten der neurologischen als auch der rheumatologischen Begutachtung keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Allerdings erscheine eine 100%ige Arbeitsfähigkeit im Gesamtkontext in Annahme einer somatoformen Schmerzstörung bzw. einer anderweitigen nicht-organisch bedingten Schmerzerkrankung mit langjährigem Bestehen als unrealistisch, was jedoch gutachterlich nicht festgelegt werden könne. In diesem Zusammenhang sei zu beachten, dass die Leistungsfähigkeit auch aufgrund der invaliden resp. nicht verwertbaren neuropsychologischen Testergebnisse nicht beurteilt werden könne. Aufgrund der eher wenigen gezeigten klinischen Auffälligkeiten (u.a. punktuell vage Angaben, punktuell

langsameres Sprechen) wäre die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (in der Regel verlängerte Einarbeitungszeiten, mehr Zeit zur Verfügung) nicht wesentlich herabgesetzt. Im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens sei jedoch eine Leistungseinschränkung von 20 % ausgesprochen worden, welche sich auf die mit der langen Absenz vom Arbeitsmarkt einhergehenden Einschränkung der Anpassungs-, Flexibilitäts-, Umstellungs- und Durchhaltefähigkeit begründe. Eine weitgehend, aber nicht vollständig remittierte depressive Störung könne sich zudem ungünstig auf die Belastbarkeit auswirken und eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingen.

Zusammenfassend wurde in der Gesamtbeurteilung bestätigt, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsmaler nicht mehr arbeitsfähig sei. Eine angepasste, rücken-schonende mittelschwere Tätigkeit, welche in möglichst wechselbelastenden Arbeitspositionen und unter Vermeidung von Nacken belastenden Haltungen (kniende oder gebeugte Haltung, Zwangshaltungen sowie Tätigkeiten, welche verbunden seien mit Schlägen und Vibrationen oder ruckartigen Bewegungen oder Verdrehen des Oberkörpers sowie mit nass-kalter Witterungsexposition) ausgeübt werden könne sowie das Heben von Lasten bis maximal 10 kg beinhalte, sei dem Versicherte während 8,4 Stunden pro Tag zumutbar, wobei eine Leistungseinschränkung von 20 % bestehe. Insgesamt sei der Versicherte zu 80 % arbeitsfähig.

5.3.3 Dem psychiatrischen Teilgutachten sind keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde aktenanamnestisch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig allenfalls leichtgradig (ICD-10 F33.0), differentialdiagnostisch eine Dysthymie (ICD-10 F34), genannt. Davon liessen sich Funktionseinschränkungen bei der Anpassung an Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben und Fähigkeit zur Organisation ableiten. Die Flexibilität- und Umstellungsfähigkeit sowie die Fähigkeit, sich Veränderungen anzupassen, leide natürlich auch nach 20-jähriger Absenz vom Arbeitsmarkt. Dies sei aber nicht bedingt durch eine eigenständige psychiatrische Krankheit, denn der Versicherte sei bei der Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Merk- und Gedächtnisfähigkeiten sowie betreffend die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit nicht grundsätzlich eingeschränkt. Hingen dürften die Durchhalte-, die Konzentrations- und die Aufmerksamkeitsfähigkeit wegen der Dekonditionierung – möglicherweise auch wegen Motivationsdefiziten – beschränkt sein. Keine Einschränkungen bestünden in der Interaktions-, der Kommunikations- und der Gruppenfähigkeit, bei den familiären bzw. intimen Beziehungen, den Spontan-Aktivitäten, der Selbstversorgung, der Mobilität und der Verkehrsfähigkeit. In Bezug auf die Konsistenz und Plausibilität wurde ausgeführt, dass beim Versicherten keine Bereitschaft für eine Veränderung und keine Leistungsmotivation erkennbar seien. Der Leidensdruck sei wenig spürbar und kaum objektivierbar. Zur kritische Würdigung eventuell vorhandener Inkonsistenzen wurde erwähnt, der Versicherte habe formuliert, dass er keine Seele mehr habe, kraftlos sei und langsam sterbe. Diese Angaben stünden im Widerspruch zu den Angaben, Auto zu fahren, finanziell unabhängig werden zu wollen oder mehrmonatige Aufenthalte in der X. _____ organisieren zu können. Es fehle daher an der Diskussionsmöglichkeit zu einer Verweistätigkeit, weil die Schilderung der Beschwerden wechselhaft und unpräzise seien. Bei der Annahme invalidisierender Beschwerden müsste auch von einer fehlenden angemessenen Therapie-Massnahme ausgegangen werden. Eine Simulation (absichtliches Vortäuschen einer krankhaften Störung mit dem Zweck materieller oder anderer Vorteile) und eine Dissimulation (bewusst verringern, herunterspielende

Darstellung von Beschwerden) lägen aber nicht vor. Ebenso sei eine Aggravation im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung nicht nachweisbar. In Bezug auf auffällige Antworttendenzen hinsichtlich der Beschwerden und Beeinträchtigungen seien vergleichsweise undifferenzierte Angaben gemacht worden. Zusammenfassend wurde festgestellt, dass die 20-jährige Absenz vom Arbeitsmarkt und das völlige Unvermögen, einen Beitrag im Haushalt zu leisten, nicht durch eine psychiatrische Krankheit plausibel erklärt werden könnten. Der Therapieverlauf auf psychiatrischem Gebiet beschränke sich denn auch auf die Einnahme eines Antidepressivums sowie mehrmals pro Jahr stattfindende Gespräche bei einem muttersprachlichen Psychiater. Seine Kooperation bei bisher erfolgten Therapien auf psychiatrischem Gebiet könne daher nicht beurteilt werden. Zusammengefasst kam der psychiatrische Gutachter zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine qualitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % bestehe.

5.3.4 Dem neuropsychologischen Teilgutachten ist sodann zu entnehmen, dass der Versicherte Leistungen gezeigt habe, welche rein testdiagnostisch einer mittelschweren bis schweren kognitiven Störung entsprechen würden. Allerdings sei dieses Bild keineswegs mit den bisherigen Angaben in den Unterlagen, den bisherigen Diagnosen und dem gezeigten klinischen Bild vereinbar. Im Leistungsvergleichstest lägen alle Werte unterhalb der Grenzwerte aktueller Studien. Alle Leistungen seien zudem im Zufallsbereich gewesen. Dies sei nur möglich, wenn eine Person komplett amnestisch sei, sich also gar nichts mehr merken könne und daher raten müsse. Weder Schmerzen noch Müdigkeit könnten zu solchen Ergebnissen führen. In Bezug auf die Beschwerdenvalidierung habe dem Versicherten kein standardisierter Fragebogen abgegeben werden können, da er die sprachlichen Anforderungen nicht erfüllt habe. Betreffend die Inkonsistenzen zwischen den Testleistungen und dem direkt beobachteten Verhalten wurde festgehalten, dass – auch wenn sich der Versicherte punktuell etwas auffällig verhalten habe (schwankendes Sprechtempo, vage Angaben) –, diese nie im Ausmass und mit der Konsistenz wie während der Durchführung der Testverfahren aufgetreten seien. Er sei dort durchgängig schwer verlangsamt gewesen, habe sich praktisch keine Informationen und einfachste Wörter merken können, was sich keineswegs im klinischen Bild so manifestiert habe. In Bezug auf die Widersprüchlichkeiten zwischen den Testleistungen und dem aufgrund der Entwicklung und der medizinischen Akten erwarteten Funktionsniveau wurde festgestellt, dass zuletzt (2021) eine mindestens mittelschwere kognitive Störung diagnostiziert worden sei, wobei die Validität der Befunde unklar gewesen sei. Ungültige Ergebnisse hätten sich in der verhaltensneurologischen Untersuchung bei Dr. C. _____ von 2019 gezeigt. Aktuell zeige der Versicherte allerdings Leistungen, welche rein testdiagnostisch einer mittelschweren bis schweren kognitiven Störung entsprächen. Dieses Bild widerspreche aber dem gezeigten klinischen Bild. So hätten sich für die hohe Müdigkeit und die starken Schmerzen weder initial noch im Verlauf entsprechenden Zeichen gefunden. Er habe nicht müde gewirkt, seine Leistungen hätten nicht abgenommen und das klinische Bild habe sich nicht verändert. Bezüglich der Schmerzen sei er im Verlauf teilweise aufgestanden, was durchaus als Entlastung habe verstanden werden können. Allerdings sei er dann am Ende zügig aufgestanden, habe seine Taschen ohne sichtliche Einschränkungen zusammengepackt und die Praxis ohne ersichtliche körperliche Behinderungen verlassen. Es bestünden auch betreffend die subjektiven Angaben und die Alltagsaktivitäten Inkonsistenzen. Der Versicherte fahre noch Auto und sei sogar an die Untersuchung nach Y. _____ gefahren. Mit den gezeigten Leistungen wäre er aber ganz eindeutig nicht fahrgeeignet. Nach eigenen Angaben mache er sonst praktisch nichts mehr.

Aufgrund dieser Ergebnisse sei eine problematisches Leistungs- und Antwortverhalten nachgewiesen. In der Gesamtsicht aller verfügbaren Informationen, nach Rücksprache mit dem psychiatrischen Gutachter und in Anlehnung an den Entscheidungsalgorithmus von Slick und Sherman (2013) sei mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Aggravation von Beschwerden und Symptomen festzustellen.

Bei der Würdigung der Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen würde aufgrund der invaliden Ergebnisse ein positives Funktionsprofil erstellt, welches aufzeige, welche Leistungen mindestens noch möglich seien. So könne der Versicherte die in einem Gespräch gestellten Fragen verstehen und teilweise gezielt beantworten. Auch sei er vollständig orientiert. Er verliere bei seinen Ausführungen den Faden nicht, zeigt keine Wortfindungsprobleme und spreche oftmals normal schnell. Er verstehe die erklärten Aufgaben auf Anhieb und könne erforderliche Handlungen initiieren und für kurze Dauer aufrechterhalten. Einfache Formen könne er ausreichend genau abzeichnen. Er sei nicht ablenkbar und könne für die Dauer von 2 Stunden und 35 Minuten ausreichend stabil mitarbeiten. Seine Leistungen und seine Konzentration würden nicht einbrechen und er ermüde klinisch nicht.

5.3.5 Im neurologischen Teilgutachten wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches cervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts mit/bei Status nach degenerativ bedingter Diskushernie C6 rechts mit Diskektomie C5/C6 und Cage-Implantation am 13. Juni 2016, aktuell ohne pseudoradikulär anmutende Schmerzausstrahlung in den rechten Arm und organisch erklärbare Schmerzsymptomausweitung, genannt. Der Beschwerdeführer sei in der Untersuchung stets kooperativ gewesen. Inkonsistent sei jedoch, dass er während seinen Urlauben in der X._____ täglich schwimmen gehen, daheim in der Schweiz invaliditätsbedingt aber kaum das Haus verlassen könne. Dies würde gut zur somatoformen Genese der Schmerzen passen, wo eine situativ variierende Intensität typischerweise auftreten könne. In der klinischen Untersuchung fänden sich diverse diskrepante Befunde: Die Kraftprüfung der unteren Extremitäten zeige eine sakradierte Innervation mit fluktuierenden Paresegraden (M3-M5), wobei die Funktionsprüfungen der gleichen Muskelgruppen (auf einen Stuhl steigen/in die Hocke gehen) hätten durchgeführt werden können. Ebenso seien die Bewegungen ausserhalb des klinischen Untersuchungsgangs nicht richtungsweisend für Paresen, zumal das Gehen, Aufstehen und Entkleiden der Hose uneingeschränkt möglich seien. Auch die Sensibilitätsprüfungen seien neuroanatomisch nicht plausibel und entsprächen keinem Versorgungsgebiet eines Nervs oder einem radikulären, spinalen oder gar cerebralen Ausfallsyndrom. Weiter sei aufgefallen, dass verschiedene Bewegungen während der Untersuchung nur unter Schmerzangabe hätten erfolgen können bzw. deshalb eingeschränkt gewesen seien (zum Beispiel bei der Kontrolle der Beweglichkeit der HWS); im Rahmen von anderweitigen Änderungen der Kopfposition während des Gesprächs oder der Untersuchung anderer Körperteile seien diese Einschränkungen nicht vorhanden gewesen. Zusammengefasst hätten während der Exploration zumindest Tendenzen einer Verdeutlichung bestanden. Im Zusammenhang mit der Würdigung der Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen ist dem neurologischen Teilgutachten weiter zu entnehmen, dass der Versicherte über Jahre in keinem Arbeitsverhältnis mehr aktiv gewesen sei und sich selbst als nicht in den Arbeitsmarkt integrierbar sehe. Er könne sich aktuell grundsätzlich keine berufliche Tätigkeit vorstellen. Dabei bestünden aber hinsichtlich organisch fassbarer, neurologischer Erkrankungen nach erfolgreicher

Diskektomie im Jahr 2018 (recte 2016) keine relevanten funktionellen Einschränkungen in einer körperschonenden Tätigkeit. Als Ressource sei das anamnestisch vorhandene soziale Umfeld bestehend aus Familie und Freunden in der Nachbarschaft zu nennen. In der angestammten Tätigkeit als Hilfsmaler sei der Versicherte aus neurologischer Sicht seit dem 13. Juni 2016 zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten, rückschonenden Tätigkeit sei eine 100%ige angepasste Tätigkeit entsprechend 8.2 Stunden/Tag zumutbar. Allerdings sei dies im Gesamtkontext in Annahme einer somatoformen Schmerzstörung bzw. einer anderweitigen nicht-organisch bedingten Schmerzerkrankung mit langjährigem Bestehen unrealistisch.

5.3.6 Dem rheumatologischen Fachgutachten sind keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Es bestehe aus rheumatologischer Sicht aufgrund des postoperativen Zustands bei monosegmentaler Diskusdegeneration im unteren HWS-Bereich eine Minderbelastbarkeit. Dem Versicherten seien daher keine körperlich schweren Arbeiten zumutbar. Auch Tätigkeit in Nacken belastenden Arbeitspositionen wie Überkopfarbeiten könne er nicht mehr ausüben. In Bezug auf eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit in möglichst wechselnd belastenden Arbeitspositionen und unter Vermeidung von Zwangshaltungen bestünden von rheumatologischer Seite her abgestützt auf die Befundebene keine funktionellen Einschränkungen und somatisch eine intakte Ressourcenlage. Die lange Abwesenheit von einer Erwerbstätigkeit, die wiederholten IV-Anmeldungen mit nachfolgend diversen Begutachtungen, der Rechtsstreit wie auch die fehlende Motivation des Versicherten seien als Hemmnis für eine Reintegration in den Arbeitsprozess zu werten. Insgesamt sei von somatischer Seite her die Ressourcenlage hinsichtlich einer leidensangepassten Tätigkeit aber intakt.

5.3.7 Aus allgemein medizinischer Sicht wurde beim Beschwerdeführer mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom und ein Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert. Der Gutachter erachtete den Versicherten in der angestammten Tätigkeit als Hilfsmaler zu 60 % arbeitsfähig, eine Verweistätigkeit sei ihm zu 100 % zumutbar. Aus pneumologischer Sicht wurde im Rahmen der MEDAS-Begutachtung weder eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben noch eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit attestiert.

6.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2024 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse, zu denen die medizinischen Experten der MEDAS Interlaken gelangt waren. Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Hilfsmaler nicht mehr zumutbar ist. Hingegen sei er in einer leichten bis mittelschwer belastenden, dem Leiden angepassten Verweistätigkeit im Umfang von 20 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das Gutachten der MEDAS Interlaken vom 13. Juni 2023 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, ist – wie dies vom Bundesgericht

verlangt wird – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darstellung 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. Insgesamt bestehen entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers keine Anhaltspunkte, dass die klinischen Untersuchungen mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage gutachtlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen (Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2016, 9C_410/2016, E. 2.2.1 mit Hinweis, in: SVR 2016 IV Nr. 53 S. 178) nicht lege artis erfolgt wären. Die entsprechenden, vorstehend (vgl. E. 5.3.1 ff.) wiedergegebenen Darlegungen der Gutachter vermögen auch unter Berücksichtigung der zahlreich festgestellten Inkonsistenzen zu überzeugen. Auch die Herleitung der Zumutbarkeitsbeurteilung leuchtet letztlich ein. Diese wurde unter Berücksichtigung der Beschwerden und der Gesamtsituation zugunsten des Beschwerdeführers hergeleitet und es wird deutlich, dass er höchstens zu 20 % bei der Ausübung einer adaptierten Tätigkeit eingeschränkt ist.

6.2 Daran ändern die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts. Dabei ist festzustellen, dass er gegen die somatischen Befunderhebungen und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen keine substantiierten Einwände erhob. In seiner Eingabe beschränkte er sich im Wesentlichen darauf, das psychiatrische und das neuropsychologische Teilgutachten zu beanstanden. Dabei wies er zunächst auf die von den behandelnden Ärzten erhobenen Diagnosen und die von ihm einzunehmenden Medikamenten hin. Er sei jeden Tag sehr müde und fühle sich energielos, weshalb er sich die Frage stelle, ob dies mit der Polypharmazie zusammenhänge. Die Beschwerdegegnerin habe jedoch darauf verzichtet, ein pharmakologisches Gutachten einzuholen. Es trifft zu, dass der Beschwerdeführer eine Vielzahl von Medikamenten einnehmen muss, welche ihn müde machen. Diese Medikamente wurden ihm von den behandelnden Ärzten für die von ihnen erhobenen Diagnosen verschrieben. Es darf unter diesen Umständen angenommen werden, dass diese korrekt und auch unter Berücksichtigung allfälliger Nebenwirkungen und Interaktionen verordnet wurden. Ein Hinweis auf eine pharmakologische Unverträglichkeit ist denn auch den Berichten des behandelnden Arzt Dr. med. G.____, FMH Innere Medizin, vom 9. August 2019 und 6. Dezember 2021, der ebenfalls alle vom Beschwerdeführer einzunehmenden Medikamente aufführt, nicht zu entnehmen. Zudem widersprechen die Angaben des Beschwerdeführers den Feststellungen der Gutachter, welche die von ihm betonte ausgeprägte Müdigkeit im Rahmen ihrer Untersuchungen nicht erheben konnten. So ist dem neuropsychologischen Teilgutachten denn auch zu entnehmen, dass er während mehr als 2,5 Stunden aktiv an der Untersuchung teilnehmen konnte und klinisch nicht ermüdete, was klar gegen eine ausgeprägte Müdigkeit spricht. Auch der Hinweis, dass er selber mit dem Auto von seinem Wohnort nach Y.____ zur Begutachtung gefahren sei, verursacht erhebliche Zweifel an der Authentizität seiner Aussage betreffend Müdigkeit. Unter diesen Umständen kann der Beschwerdeführer aus dieser Argumentation nichts zu seinen Gunsten ableiten.

Weiter drängt sich entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers keine neue neuropsychologische Untersuchung auf. Mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Vernehmlassung vom 12. August 2024) ist festzustellen, dass das neuropsychologische Teilgutachten der MEDAS Interlaken lege

artis und unter Berücksichtigung anerkannter wissenschaftlicher Verfahren durchgeführt wurde. Zudem wurde auch die Abgrenzung von Verdeutlichungstendenz und Aggravation nachvollziehbar vorgenommen. Dabei wurden deutliche Hinweise für Verdeutlichungstendenzen und tendenziöse Haltungen bis hin zur bewusstseinsnahen Aggravation erhoben. Diese wurden durch die Befunde, wonach er während der Begutachtung unter anderem vollständig orientiert gewesen sei, den Faden bei seinen Ausführungen den Faden nicht verloren habe und keine Wortfindungsprobleme gehabt habe, untermauert. An diesen Ergebnissen vermag auch die Beurteilung des Kantonsspitals Bruderholzspital, Zentrum für Rehabilitation und Altersmedizin, vom 10. Juni 2021 nichts zu ändern. Gestützt auf eine test- bzw. neuropsychologische Untersuchung vom 9. Juni 2021 leide der Beschwerdeführer an einer mindestens mittelschweren kognitiven Funktionsstörung multifaktorieller Ätiologie bei Verdacht auf schwere depressive Symptome, auf chronische Schmerzstörung und obstruktives Schlafapnoesyndrom. Er sei nicht vermittelbar im ersten Arbeitsmarkt. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihres Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc), weshalb nicht unbesehen auf die Einschätzungen des Neuropsychologen des Bruderholzspitals, Zentrum für Rehabilitation und Altersmedizin, abgestellt werden kann. Seine Beurteilung widerspricht sowohl den Befunden der Dres. C._____ und D._____ vom 7. April 2019 als auch den Ergebnissen im Gutachten der MEDAS Interlaken und überzeugt nicht. Sie vermag deshalb die gutachterlichen Beurteilungen nicht in Frage zu stellen. Es kann darauf nicht abgestellt werden.

Der Versicherte weist in seiner Beschwerde schliesslich darauf hin, dass die geklagte Müdigkeit sowie die Antriebs- und Energielosigkeit nachvollziehbar erklärbar seien. Er fühle sich nämlich durch die Beschwerdegegnerin und die Gutachter nicht ernst genommen. Dies löse einen inneren Konflikt aus, welcher ihn veranlasse, die untersuchenden Mediziner proaktiv von seinen gesundheitlichen Problemen zu überzeugen. Es mag sein, dass sich der Beschwerdeführer von den Ärzten und der IV-Stelle unverstanden fühlt und dies bei ihm Wut, Hilflosigkeit und Trauer auslöst. Er erkennt dabei jedoch, dass er (zuletzt) von sämtlichen begutachtenden Ärzten der MEDAS Interlaken persönlich untersucht wurde und diese die dabei erhobenen Befunde einleuchtend und nachvollziehbar dargelegt haben. Sie wiesen dabei in ihren objektiven Beurteilungen auch auf offensichtliche Inkonsistenzen und Widersprüchlichkeiten in den verschiedenen Begutachtungen hin. Dabei liessen sie aber entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers das Vorliegen einer Aggravation in ihrer Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung sämtlicher involvierter Fachdisziplinen letztlich offen. Damit verzichteten sie darauf, das Vorliegen einer versicherte Gesundheitsschädigung per se auszuschliessen (Urteil des Bundesgerichts vom 22. März 2021, 9C_383/2020, E. 3.2.1) und attestierten zugunsten des Beschwerdeführers wohlwollend eine 20%ige Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit. Unter Berücksichtigung dieser Umstände geht der Vorwurf des Beschwerdeführers fehl, die Gutachter hätten sich einer ergebnisorientierten Argumentation bedient, um eine Leistungspflicht auszuschliessen. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass sich die medizinischen Befunde und die Zumutbarkeitsbeurteilung im MEDAS-Gutachten mit den Inkonsistenzen und Tendenzen zur Aggravation im Verlaufsgutachten der Dres. C._____ und D._____ vom 7. April 2019 decken. Zudem attestierten auch sie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in einer angepassten Tätigkeit. Weiter monierten sie gleich wie die Gutachter der MEDAS Interlaken, dass die Beurteilung des Schweregrads der

Beeinträchtigung des Beschwerdeführers durch sein Untersuchungsverhalten sowohl im Rahmen der körperlich-neurologischen Untersuchung wie auch in der verhaltensneurologisch/psychometrischen Untersuchung ausserordentlich erschwert worden sei. Das Verhalten habe von jeweils ausgeprägter Verdeutlichungstendenz bis hin zu Aggravation gereicht. Unter Berücksichtigung dieser Erwägungen kann der Argumentation des Beschwerdeführers, wonach bei ihm eine ausgeprägte Müdigkeit und Energielosigkeit bestehe, nicht gefolgt werden.

7.1 Zusammenfassend ergibt sich, dass den Ergebnissen im Gutachten der MEDAS Interlaken vom 13. Juni 2023 gefolgt werden kann. Die in der Beschwerde dagegen erhobene Kritik vermag daran nichts zu ändern. Weitere medizinische Abklärungen, wie sie der Beschwerdeführer verlangt, drängen sich unter diesen Umständen nicht auf. 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 Hilfsmaler zu 100 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Adaptierte Verweistätigkeiten mit leichten bis mittelschweren Arbeiten sind ihm dagegen zu 80 % zumutbar. Gestützt auf die medizinische Aktenlage ist eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. oben E. 3) im Vergleich zu den Befunden im Gutachten der Dres. C._____ und D._____ vom 19. April 2019 nicht ausgewiesen.

7.2 Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der vorliegenden Streitsache um eine Neuanmeldung nach Aufhebung der Rente handelt (vgl. oben E. 3.2). 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, erübrigt 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 und auf die dagegen gerichteten Ausführungen in der Beschwerde nicht einzugehen ist.

8. Abschliessend ist somit festzustellen, dass sich die Beschwerde als unbegründet erweist, weshalb sie abzuweisen ist.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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 der Beschwerdeführer als unterliegende Partei die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- zu tragen. Dem Beschwerdeführer ist nun allerdings mit Verfügung vom 27. Mai 2024 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen werden.

9.2 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 **e r k a n n t** :

://:

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.