

# SO\_GERICHTE VSBES.2022.203 vom 21. März 2024

SO Obergericht, 2024-03-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.203](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.203)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.203 du 21 mars 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.203 del 21 marzo 2024

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 7. September 2022) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach den Bestimmungen des IVG und denjenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung zu beurteilen.

### E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in Kraft bis 31. Dezember 2021) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.

Dazu wird 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 (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 S. 349 mit Hinweisen).

### **E. 3**

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist

entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

3.4 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4. In materieller Hinsicht ist vorliegend streitig und vom Versicherungsgericht zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente mit Verfügung vom 7. September 2022 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant:

4.1 Dem Bericht des P.\_\_\_\_ zur MRT-Untersuchung der HWS vom 25. August 2017 (IV-Nr. 22 S. 25 f.) lässt sich die folgende Beurteilung entnehmen: «Grosse Diskushernie HWK 6/7 im Sinne einer rechts medio-lateralen Extrusion mit Kompression der Wurzel C7 rechts und Bedrängung des Myelons».

4.2 Dem Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_, Chefarzt, Spital R.\_\_\_\_, vom 11. September 2017 (IV-Nr. 15 S. 14 f.) lässt sich die Diagnose einer «Diskushernie C6/C7, Kompression der C7-Wurzel rechts» entnehmen. Zur Anamnese führte Dr. med. Q.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer berichte über starke Schmerzen in der rechten oberen Extremität seit ca. drei Wochen. An ein auslösendes Ereignis könne er sich nicht erinnern. Er gebe ein Kribbeln, Schmerz- und Taubheitsgefühl an im Bereich der gesamten rechten Hand, vor allem aber Dig. 1 bis Dig. 3. In Zusammenschau von Klinik, berichteter Anamnese und bildgebender Diagnostik bestehe die Indikation zu einer Diskektomie und Bandscheibenprothesenimplantation C6/C7 von anterior. Der Beschwerdeführer sei über die operativen Risiken aufgeklärt worden habe sich mit dem operativen Vorgehen mündlich einverstanden erklärt. Am 27. September 2017 wurde der Beschwerdeführer schliesslich operiert (Ventrale Fusion und Dekompression C6/7 [Zero-PEEK Cage Synthes]; vgl. IV-Nr. 22 S. 21 f.).

4.3 Dem Austrittsbericht des S.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 4. Oktober 2017 (IV-Nr. 15 S. 11 f.) ist zu entnehmen, dass sich der postoperative Wundverlauf komplikationslos gestaltet habe und zum Zeitpunkt der Entlassung die Wunden trocken und reizlos gewesen seien. Die postoperative Röntgenkontrolle habe regelrechte Stellungsverhältnisse gezeigt. Es sei eine Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung gemäss hausinternem Rückenschema erfolgt. Der

Beschwerdeführer habe in einem guten Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können.

4.4 Am 25. Januar 2018 berichtete der behandelnde Arzt Dr. med. Q.\_\_\_\_, die Situation beim Beschwerdeführer habe sich deutlich gebessert, er sei zwar weiterhin nicht beschwerdefrei, komme jedoch im Alltag soweit gut zurecht. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei nur noch leicht endgradig eingeschränkt. Er habe die Arbeitsunfähigkeit bis Mitte Februar zu 100 % attestiert, anschliessend sollte eine 50%ige Arbeitsaufnahme möglich sein (IV-Nr. 15 S. 7 f.).

Im Bericht vom 12. April 2018 führte Dr. med. Q.\_\_\_\_ aus, nach der Arbeitsaufnahme habe der Beschwerdeführer zunehmende zervikale Beschwerden sowie Ausstrahlung in die Finger der rechten Hand gehabt. Es sei keine streng radikuläre Zuordnung möglich, allerdings seien die zunehmenden Ausstrahlungen für den Beschwerdeführer besorgniserregend, weshalb Dr. med. Q.\_\_\_\_ die Indikation zur erneuten MRT-Diagnostik sehe, um die Ursache dieser Beschwerden darzustellen (vgl. IV-Nr. 15 S. 5 f.).

In seinem Bericht vom 25. April 2018 stellte Dr. med. Q.\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen (IV-Nr. 15 S. 3 f.):

Weiter hielt er fest, die aktuelle MRT-Untersuchung liege in der Zwischenzeit vor. Hier zeige sich eine sehr schöne Dekompression der vorbestehenden Diskushernie C6/7 auf der rechten Seite und sehr schöne postoperative Verhältnisse. Es sei keine Neurokompression festzustellen. Die bekannten Diskusprotusionen C5/6 und C4/5 seien ebenfalls dokumentiert, jedoch zeige sich hier insbesondere auf der rechten Seite keine Erklärung für die Beschwerden, welche in den rechten Arm ausstrahlten. Die Schmerzen seien neuropathischer Art, sie strahlten bis zu den Händen und den Fingern aus. Aus diesem Grunde wolle Dr. med. Q.\_\_\_\_ die Neurologin im Haus bitten, den Beschwerdeführer aufzubieten und zu untersuchen.

4.5 Dr. med. T.\_\_\_\_, Leitender Arzt Neurologie, Spital R.\_\_\_\_, stellte in seinem Sprechstundenbericht vom 13. Juni 2018 die folgende Diagnose (IV-Nr. 19 S. 8 f.):

Weiter führte Dr. med. T.\_\_\_\_ aus, weder klinisch noch in der Bildgebung fänden sich Hinweise für ein zerviko-radikuläres Ausfalls- bzw. Reizsyndrom. Auch ergebe sich kein Anhalt für eine Neuropathie der Nn. ulnaris oder medianus rechts. DD sei eine muskulo-skelettale Genese bzw. ein zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung erwägenswert. Weitere Kontrollen seien nicht geplant.

4.6 Dr. med. U.\_\_\_\_, Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie, Orthopädische Klinik, Spital S.\_\_\_\_, stellte in seinem Verlaufsbericht an die Beschwerdegegnerin vom 29. Juni 2018 die folgenden Diagnosen als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 19 S. 1 ff.):

Weiter legte er dar, die letzte neurologische und neurophysiologische Untersuchung zeige keine zervikale Radikulopathie. Die Prognose zur Eingliederung sei gut. Er empfehle, eine leicht- bis mittelschwere Arbeit anfänglich zu einem Pensum von 50 % mit Steigerung auf ein Pensum von 100 % in sechs Wochen.

4.7 Am 28. Dezember 2018 berichtete Dr. med. Q.\_\_\_\_, dass die nochmalige MRT-Untersuchung weiterhin keine Erklärung für die rechtsseitigen Pathologien des Beschwerdeführers zeige. Die präoperativ bestehende Diskushernie C6/7 auf der rechten Seite sei gut dokumentiert nicht mehr vorhanden, auch ansonsten zeigten sich keine

relevanten rechtsseitigen Pathologien, welche die Beschwerden in den Arm ausstrahlend erklären könnten. Weiterhin zeige sich unverändert die Diskusprotrusion/-hernie C5/6 auf der linken Seite. Dies sei jedoch im Moment absolut asymptomatisch und hier zeigten sich keine notwendigen Behandlungsschritte. Bei fehlender Besserung unter Infiltrationen im Facettengelenksbereich sehe er aus seiner Sicht im Moment keine Möglichkeit, die Situation nachhaltig zu verbessern. In diesem Fall empfehle er die Vorstellung in einer Schmerzlinik (IV-Nr. 31 S. 12 f.).

#### 4.8

4.8.1 Am 27. Februar 2019 erging der Bericht von Dr. med. V.\_\_\_\_, Leitender Arzt Schmerzlinik, Spital W.\_\_\_\_. Er stellte die folgende Diagnose (IV-Nr. 28 S. 3 ff.):

Chron. Nacken-Armschmerzen re

Weiter führte Dr. med. V.\_\_\_\_ aus, in Zusammenschau der vorliegenden Berichte, der Anamnese mittels Dolmetscher und der symptombezogenen klinischen Untersuchung zeige sich klinisch ein kombiniert myofasziell-radikulärer Schmerz im Dermatome C7 und C8 rechts. Die in der Bildgebung nachzuweisenden Bandscheibenprotrusionen mit Kontakt zum Myelon linksbetont schienen zumindest aktuell klinisch nicht relevant zu sein. Daneben bestehe eine myofaszielle Schmerzkomponente in der Schulter-Nackermuskulatur beidseits.

4.8.2 Im Kurzbericht über die Konsultationen vom 18. Juli 2019 führte Dr. med. V.\_\_\_\_ aus, die neurologische Abklärung vom 9. Juli 2019 habe klinisch-neurologisch keine objektivierbaren Ausfälle und kein Hinweis für cervikale Myelopathie ergeben. Die angegebene Hypalgesie des rechten Armes sei nicht plausibel erklärbar. Es bestünden kein KTS und neurographisch keine Radikulopathie. Aufgrund der Anamnese und der bildgebenden Befunde sei eine Cervicobrachialgie nachvollziehbar. Eine zusätzliche Somatisierung sei zu vermuten. Es werde ein Versuch mit Amitriptylin zur Verbesserung der Schlafhygiene empfohlen. Dementsprechend sei mit dem Beschwerdeführer ein Versuch mit Saroten 10 mg zur Nacht besprochen worden.

4.8.3 Am 8. November 2019 berichtete Dr. med. V.\_\_\_\_ über die gleichentags erfolgte Konsultation (IV-Nr. 40 S. 17 f.). Er führte aus, der Beschwerdeführer komme zur Kontrolle nach fünfmaliger Schröpfmassage der Schultermuskulatur links. Laut seiner Aussage habe die Therapie keinerlei Wirkung gezeigt. Die neurologische Kontrolle habe ausser eines möglichen KTS links keinerlei Auffälligkeiten bei der Nervenmessung gezeigt. Die bisherigen radiologischen und neurologischen Untersuchungen, wie auch die Wurzelblockaden C7 und C8 rechts hätten keinen Hinweis auf eine neurogene Schädigung gegeben. Somit würden sich keine wegweisenden Befunde ergeben, die den angegebenen Schmerz hinreichend erklären könnten. Der Beschwerdeführer wünsche sich eine Zweitmeinung durch einen Wirbelsäulenchirurgen, da er überzeugt sei, dass etwas an der HWS nicht in Ordnung sei. Solange dieses Schmerzmodell bestehe, sei eine Schmerztherapie zum Scheitern verurteilt. Am liebsten würde er sich bei dem Chirurgen beraten lassen, der auch einen Kollegen erfolgreich operiert habe. Sollte auch die chirurgische Zweitmeinung keine Indikation für eine Operation sehen, könne der Beschwerdeführer jederzeit wieder in ihrer Schmerzlinik vorgestellt werden.

4.9 Dem Bericht von Dr. med. X.\_\_\_\_, Neurochirurgie FMH, vom 6. Februar 2020 (IV-Nr. 40 S. 11 ff.) lassen sich folgende Diagnosedstellung entnehmen:

## Chronifizierte Cervicobrachialgie rechts bei

Weiter führte Dr. med. X.\_\_\_\_ aus, im MRI HWS lasse sich keine Pathologie darstellen, welche die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden (eher Dermatome C8) erklärten. Die flachen Discushernien bzw. Discusprotrusionen C5/6 und C4/5 links zeigten keine Kompression neuraler Strukturen und seien symptomatisch. Da die Gelenksinfiltration ebenfalls nicht geholfen habe, sei eine facetäre Überlastung als Ursache möglicher Nackenschmerzen nicht wahrscheinlich. Dr. med. X.\_\_\_\_ habe dem Beschwerdeführer mitgeteilt, dass sich im MRI der HWS kein Befund darstelle, welcher die Schmerzen erkläre und der bisherige Verlauf eher für eine Schmerzverarbeitungsstörung spreche, zumal auch die elektrophysiologische Abklärung normal gewesen sei. Allenfalls wäre hier eine ambulante Psychotherapie im Rahmen chronischer Schmerzpatienten hilfreich.

4.10 Dem Bericht des Spitals K.\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2020 (IV-Nr. 49 S. 1) lässt sich die folgende Diagnose entnehmen:

Zervikobrachialgien rechts a.e. muskuloskelettal bedingt m/b:

Weiter wurde dargelegt, dass die zwischenzeitlich durchgeführten Funktionsaufnahmen der Halswirbelsäule sowie eine erneute neurologische Beurteilung mittels ENMG jeweils regelrechte Befunde gezeigt hätten. Eine durch sie durchgeführte parascapuläre Fasziablockade und eine Testung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation (TENS) habe keine Schmerzmodulation/-linderung erreichen können. Sie würden aktuell weiterhin den erfolgversprechendsten Therapieansatz in der multimodalen Schmerztherapie bei den Kollegen der Psychosomatik sehen, diese werde jedoch vom Beschwerdeführer kategorisch abgelehnt. Aufgrund seines mechanistischen Krankheitsverständnisses wünsche sich der Beschwerdeführer eine erneute Sichtung und Beurteilung aller Unterlagen mit Fixierung auf die HWS, welche zum aktuellen Zeitpunkt nach erfolgten interdisziplinären diagnostischen Ansätzen von ihnen nicht angeboten werden könne. Deswegen werde die Behandlung vom Beschwerdeführer bei ihnen abgeschlossen.

4.11 Nach Rücksprache mit Dr. med. Y.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. IV-Nr. 45) veranlasste die Beschwerdegegerin bei der Gutachterstelle B.\_\_\_\_, [...] (heute: C.\_\_\_\_, [...]); nachfolgend: C.\_\_\_\_) ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie. Das Gutachten wurde am 8. März 2021 erstattet (IV-Nrn. 55.1 ■ 55.10). Die Gutachter konnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lassen sich dem interdisziplinären Gutachten die folgenden Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 55.2 S. 4):

Weiter führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer leide seit 2017 an Nackenschmerzen. Auch nach einer Operation mit Fusion HWK6/7 seien die Schmerzen nur ungenügend zurückgegangen. Weitere schmerztherapeutische Behandlungen seien ebenfalls ohne positives Ergebnis geblieben. Bei der orthopädischen Untersuchung sei ein chronisches zervikothorakovertebrales Schmerzsyndrom diagnostiziert worden. Die klinischen und radiologischen postoperativen Befunde seien regelrecht. Eine wesentliche Einschränkung der HWS-Funktion könne nicht festgestellt werden. Ausser bei körperlich schweren Tätigkeiten sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus orthopädischer Sicht nicht eingeschränkt. Bei der neurologischen Untersuchung seien keine radikulären Ausfallssymptome an der HWS festgestellt worden. Ein Sulcus-ulnaris-Reizsyndrom und

ein mögliches Karpaltunnelsyndrom hätten keinen andauernden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Für körperlich schwere Tätigkeiten, wie sie der Beschwerdeführer angeblich ab und zu ausgeübt habe, bestehe auch aus neurologischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit mehr. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung seien unauffällige Befunde erhoben worden. Eine allgemeininternistische Diagnose könne nicht gestellt werden. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aus allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert worden. Eine depressive Symptomatik oder ein anderes psychisches Leiden bestünden nicht. Die Schmerzstörung erkläre Beschwerden, welche bei den somatischen Untersuchungen nicht hinreichend hätten objektiviert werden können. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer ■ ausser bei körperlich schweren Tätigkeiten ■ die angestammte Tätigkeit ebenfalls noch zumutbar sei mit 8 bis 8.5 Stunden täglich entsprechend einer 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe mindestens seit dem Wirbelsäuleneingriff vom 27. September 2017. Anschliessend sei die Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeiten für maximal sechs Monate aufgehoben gewesen. Spätestens ab April 2018 könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr für eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit festgestellt werden. Für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, wie sie der Beschwerdeführer grösstenteils bisher ausgeübt habe, liege ebenfalls eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % (8 bis 8.5 Stunden täglich) vor. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten sei mit den orthopädischen Befunden begründet. Eine höhergradige, andauernde Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten mit einer maximalen Gewichtsbelastung von 25 kg könne aufgrund der medizinischen Befunde nicht bestätigt werden. Auch eine Kumulation aller pathologischen Befunde in den von den Gutachtern untersuchten Teilgebieten ergebe keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 55.2 S. 5 f.).

4.12 Im Vorbescheidverfahren liess der Beschwerdeführer die folgenden medizinischen Berichte einreichen:

4.12.1 Im Bericht über die versicherungspsychiatrisch-arbeitsprognostische Abklärung vom 21. Juni 2021 (IV-Nr. 74 S. 24 ff.) stellte Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung aktuell sich verschlechternd mit Somatisierung und intermittierenden präsuizidalen Phasen ICD-10 F33.02». Weiter führte sie aus, der Beschwerdeführer befinde sich nicht in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. In den Akten finde sich in einem Bericht die berechnete Indikationsstellung zur stationären Psychotherapie im J.\_\_\_\_. Die Zuweisung sei nicht vorgenommen worden. Offenbar sei der Beschwerdeführer durch den Hausarzt nach [...] zugewiesen worden. Da psychische Störungen meist nicht monokausal auf ein «Trauma» zurückgeführt werden könnten, bleibe es häufig einer akademischen Diskussion vorbehalten, die relevanten Einflussfaktoren und Risikobedingungen, auf neurobiologischer, psychologischer und sozialer Ebene, welche mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit in diesem Sinne pathogen wirksam seien, zu benennen. Beim Beschwerdeführer liessen sich anamnestisch explorativ, im Sinne von Anhaltspunkten, biopsychologische Ursachen sowie biografische Entwicklungsparameter für strukturelle

Vulnerabilität bzw. störungsspezifische Psychodynamik feststellen. Es liege eine für den protrahierenden Heilverlauf mitentscheidend hochgradige Arbeitsunfähigkeit von 80 % vor. Vor dem Hintergrund einer anhaltenden psychischen Belastungssituation und der Gefahr einer konsekutiven Labilisierung auch im Sinne einer progredienten somatisierenden, depressiven und suizidalen Entwicklung, habe der Beschwerdeführer erkennen können, dass er dringend auf Unterstützung angewiesen sei.

4.12.2 Am 20. September 2021 erging der Bericht des I.\_\_\_\_, [...] (IV-Nr. 75). Diesem Bericht lassen sich die folgenden Diagnosen entnehmen:

Weiter lässt sich dem Bericht entnehmen, dass die Untersuchung und Beurteilung interdisziplinär durch die Fachdisziplinen Anästhesiologie, Physiotherapie und Schmerzpsychologie erfolgt sei. Aus den erhobenen klinischen Befunden und aus der gemeinsamen Beurteilung hätten sich folgende Stellungnahmen ergeben: Aus anästhesiologisch schmerztherapeutischer Sicht bestünden beidseitige Zervikobrachialgien, die sich wahrscheinlich auf Sensibilisierungsprozesse im Rahmen der Schmerzchronifizierung zurückführen liessen. Darüber hinaus würden myofasziale Schmerztrigger für massgeblich gehalten. Hinweise für eine Affektion zervikaler Wurzeln habe sich, bei normalem Reflexstatus, normaler Kraft, normaler Sensibilität für Schmerz, Temperatur und Berührung (mit Ausnahme eines kleinen Bereiches über dem linken Daumen palmar) nicht ergeben. Auffällig gewesen sei das rigide Schmerzmodell des Beschwerdeführers, der davon ausgehe, dass sich im Rahmen der Physiotherapie, die nach der Operation 2018 initiiert worden sei, Wirbel respektive Bandscheiben verschoben hätten und deshalb eine Operation ins Auge zu fassen sei. Es sei ihnen zunächst in der abschliessenden Besprechung zwischen Anästhesie, Physiotherapie, Schmerzpsychologie und Beschwerdeführer nicht gelungen, das Krankheitsmodell zu verändern und die Komplexität chronischer Schmerzen mit somatischen, psychischen und sozialen Anteilen als Krankheitsmodell zu vermitteln. In der nun geplanten Diagnostik werde es darum gehen, dem Beschwerdeführer nochmal die Wertigkeit somatischer und psychischer Ursachen im Verhältnis zu den angegebenen, ausgesprochen starken Schmerzen zu verdeutlichen. Dies solle ein Versuch sein, den Beschwerdeführer möglicherweise doch noch für einen multimodalen Therapieansatz zu gewinnen.

In der heutigen physiotherapeutischen Untersuchung zeige sich ein langjährig bestehender chronifizierter Nacken- sowie Schulterschmerz. Es sei festzuhalten, dass jegliche Bewegung zu einer erhöhten Schmerzreaktion grossflächig im gesamten zervikalen Bereich sowie eine Ausstrahlung dem Dermatome C7/C8 entsprechend führe. Am ehesten sei von einer zentralen Sensibilisierung mit nozioplastischem Schmerzgeschehen auszugehen. Hier im AB.\_\_\_\_ werde eine Bildgebung sowie eine neurologische Kontrolle stattfinden, um ein somatisches Korrelat auszuschliessen. Dem Beschwerdeführer sei hier im AB.\_\_\_\_ die multikulturelle Schmerzgruppe (Schmerzbewältigungsgruppe) nahegelegt worden. Damit sollte ein besseres Verständnis für chronische Schmerzen und deren Schmerzmechanismen sowie einen besseren Umgang sowie eine Akzeptanz erreicht werden. Auch wird ein graduerter Bewegungs- sowie Belastungsaufbau stattfinden. Aus schmerzphysiotherapeutischer Sicht könnte nur eine aktive Physiotherapie mit edukativen Inhalten eine Verbesserung hervorrufen. Von psychologischer Seite sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) auszugehen. Der Beschwerdeführer berichte von einem somatisch geprägten Krankheitsmodell. Adaptive Bewältigungsstrategien kenne er keine. Maladaptive

Kognitionen, eine ausgeprägte emotionale Belastung sowie soziale Konsequenzen schienen vorhanden zu sein. Das angefochtene IV-Urteil und die damit verbundenen Ungerechtigkeitsgefühle schienen das Schmerzerleben ebenfalls zu beeinflussen. Der Beschwerdeführer berichte von einer depressiven Symptomatik, diese könne im Rahmen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) eingeordnet werden. Die Schlafproblematik sowie die berichteten Konzentrationsprobleme schienen unter anderem Teil der depressiven Episode zu sein.

4.12.3 Im Bericht des I.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2021 (IV-Nr. 77 S. 18 f.) wurde dargelegt, von neurologischer Seite hätten sie vom Kollegen Dr. med. AC.\_\_\_\_ erfahren, dass prinzipiell eine Reizung der zervikalen Wurzel C7 und C8 links, als auch C8 rechts und weniger C6-7 rechts bestünden, die aber das Ausmass der geklagten Beschwerden nicht erklärten. Darüber hinaus habe die interventionelle Behandlung C7 und C8 bei den Vorbehandlungen in [ ] sowohl diagnostisch als auch therapeutisch offensichtlich keine Wirkung gezeigt. Von neurologischer Seite bestünden auch mögliche Affektionen der Nervenwurzel L5 und S1 rechts, die in der Vergangenheit noch nicht interventionell angegangen worden seien. Dem Beschwerdeführer sei über einen Übersetzer (Schwager) versucht worden, den Unterschied zwischen akuten und chronischen Schmerzen sowie zentrale Sensibilisierung klarzumachen. Inwieweit die Themen Schmerzgedächtnis und Schmerzchronifizierung, die ebenfalls angesprochen worden seien, verstanden worden seien, entziehe sich ihrer Kenntnis. Gleichwohl würden psychologische schmerztherapeutische Massnahmen für äusserst sinnvoll gehalten. Zusätzlich sei an den Beschwerdeführer auch der Appell ergangen, sich körperlich zu betätigen, um einer körperlichen Dekonditionierung nicht Vorschub zu leisten.

4.12.4 Am 10. November 2021 wurde über die neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers im AB.\_\_\_\_ berichtet (IV-Nr. 77 S. 10 ff.). Darin wurden folgende Diagnosen gestellt:

In der zusammenfassenden Beurteilung führten die Ärzte aus, die Ursache der Schmerzen im linken Arm sei am ehesten als unspezifisch mit nicht-Dermatom-gebundenen somatosensorischen Defiziten bei chronischen Schmerzen zu werten. In der Untersuchung seien eine Sensibilitätsminderung (Ästhesie, Analgesie, Thermästhesie auf Kaltreize) im Bereich vom ganzen Arm sowie eine diskrete Parese der Fingerspreizer links sowie Fingerflexoren IV-V links aufgefallen. Der TSR links sei abgeschwächt gewesen. Im HWS-MRI sei ein paramedianer bzw. intraforaminaler Bandscheibenprolaps auf Höhe HWK 4-HWK 5, HWK 5-HWK 6 und HWK 6-HWK 7 mit Spinalkanaleinengung und leichter Myelonkompression links sowie eine neuroforaminale Einengung mit Verdacht auf eine Kompression der C7-Nervenwurzel links dargestellt worden, passend dazu habe elektromyographisch eine chronisch-neurogene Schädigung der C7- und C8-versorgten Muskulatur links gestellt werden können. Das SEP sowie ENG seien normal gewesen. Es bestehe aktuell keine akute Behandlungsindikation, eine diagnostische Nervenwurzelinfiltration C7 und C8 links wäre sinnvoll zu diskutieren, bisher sei aktenanamnestisch nur eine Blockade auf der rechten Seite erfolgt. Die Ursache der Schmerzen im rechten Arm sei als unspezifisch mit nicht-Dermatom-gebundenen somatosensorischen Defiziten bei chronischen Schmerzen zu werten. Klinisch habe sich eine Sensibilitätsminderung (Ästhesie, Analgesie, Thermästhesie auf Kaltreize) im Bereich vom ganzen Arm mit sichtbarer Atrophie von Thenar gefunden. Der TSR rechts fehle. Elektroneurophysiologisch bestünden ein beginnendes Karpaltunnelsyndrom rechts sowie

eine mögliche grenzwertige proximale Schädigung N. ulnaris rechts. Als ergänzende Untersuchung bei uneindeutigen Befunden sei eine sonographische Darstellung erfolgt, die keinen Anhalt für ein Karpaltunnelsyndrom bzw. für eine Ulnarisneuropathie am Ellenbogen bds. gezeigt habe. Bildmorphologisch hätten auf der rechten Seite bei St. n. Diskushernie C6/C7 keine relevanten Pathologien bestanden. Elektromyographisch habe eine chronisch-neurogene Veränderung der C8-versorgten Muskulatur rechts gestellt werden können. Das SEP habe keine Hinweise für zentrale oder periphere Schädigung der sensiblen Afferenzen gezeigt. Eine Nervenwurzelblockade C7 und C8 rechts von Mai 2019 habe anamnestisch keine Linderung gebracht. Die Ursache der Schmerzen im rechten Bein im Dermatome L5 sowie S1 rechts sei neurologisch nicht eindeutig zuordenbar. Obwohl klinisch-neurologisch Hinweise für eine sensible L5- und S1-Symptomatik bestünden und das EMG ebenfalls eine chronisch-neurogene Schädigung der genannten Nervenwurzeln zeige, zeige das MRI LWS keinen wegweisenden Befund. Bei negativer Nervenwurzelblockade L5 und S1 liege am ehesten eine unspezifische Symptomatik vor. Elektroneurophysiologisch hätten sich keine Hinweise für eine Polyneuropathie gezeigt. Der SEP-Befund sei mit zentraler demyelinisierender Schädigung sensibler Afferenzen von linkem Bein vereinbar. Aktuell ergebe sich klinisch neurologisch kein Anhalt für eine zentrale Störung, aktuell bestehe kein Handlungsbedarf. Es sei keine neurologische Verlaufskontrolle vorgesehen. Eine probatorische diagnostische Nervenwurzelinfiltration C7 und C8 links wäre sinnvoll.

4.12.5 Im Bericht des I.\_\_\_\_ vom 24. November 2021 (IV-Nr. 77 S. 3 ff.) wurde dargelegt, dass am heutigen Tag ein Telefonat mit der Schwägerin des Beschwerdeführers erfolgt sei. Diese äussere sich im Rahmen des Gesprächs unreflektiert kritisch in Bezug auf die Behandler und beschimpfe die Schmerzlinik der "Geldschneiderei". Um nicht von der IV sanktioniert zu werden, fühle sich der Beschwerdeführer gedrängt, in die Schmerzlinik zu kommen. Sie könne darüber hinaus nicht verstehen, warum der Schwager im Rahmen der Therapie auch zum Psychologen geschickt werde. Man hege nun den Wunsch einen Kredit aufzunehmen, um sich im Ausland "gesund machen zu lassen". Offensichtlich lägen hier grundsätzliche Missverständnisse vor, die zum einen auf fehlende Sprachkompetenz in Deutsch zurückzuführen seien, zum anderen wohl aber auch auf die Schwierigkeiten sowohl des Beschwerdeführers als auch der Schwägerin, die Komplexität der Schmerzchronifizierung zu verstehen, und die damit verbundenen limitierten therapeutischen Möglichkeiten zu akzeptieren. Hinsichtlich der Intervention L5 und S1 habe sich laut Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt eine Schmerzreduktion ergeben, im Gegensatz hätten die Beschwerden danach noch eher zugenommen. Am 16. November 2021 sei dann ein erneutes persönliches Gespräch in der Schmerzlinik zusammen mit der Schwägerin erfolgt, um das Thema Schmerz, Schmerzchronifizierung sowie Fragen und Missverständnisse zu klären. Dabei habe der Beschwerdeführer durch die Schwägerin in der Muttersprache informiert werden sollen: Es sei versucht worden, nochmals zu erklären, dass bei Unwirksamkeit der bisherigen Massnahmen eine Wiederholung der somatischen Therapie nicht sinnvoll sei. Dabei sei auf die Unwirksamkeit und Unverträglichkeit der bisherigen medikamentösen Versuche und der interventionellen Therapie (auch im Hinblick auf die Vorwürfe, dass unsere Massnahmen Geldschneiderei seien) hingewiesen worden. Im Rahmen des Gespräches sei auch nochmal versucht worden, das biopsychosoziale Schmerzmodell und Mechanismen der Schmerzchronifizierung zu erklären. Aufgrund der starken somatischen Fixierung des Beschwerdeführers und dessen Schwägerin seien auch die Röntgenbefunde nochmals besprochen worden. Obwohl die geringe Erfolgsaussicht klar

aufgezeigt worden sei, habe der Beschwerdeführer zur Wiederholung der Intervention der cervikalen Wurzeln gedrängt. Am 19. November 2021 sei eine erneute Infiltration der Nervenwurzel C7 und C8 durchgeführt worden, wobei es erneut zu keinerlei Linderung der Beschwerden gekommen sei. Es würden definitiv keine weiteren Interventionen geplant.

Im Bericht vom 31. Januar 2022 (IV-Nr. 78 S. 1 ff.) haben die behandelnden Ärzte des I.\_\_\_\_ erklärt, sie könnten sämtliche Fragen zur Arbeitsfähigkeit nicht beantworten. Die Behandlung bei ihnen sei abgeschlossen, der Beschwerdeführer habe eine Fortsetzung des physiotherapeutischen und schmerzpsychologischen Programms abgelehnt.

4.13 Am 1. Juli 2022 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. Y.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, Stellung zu den neu eingegangenen medizinischen Berichten (IV-Nr. 84). Zum Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ führte sie aus, es fehle eine Angabe des Schweregrades der festgestellten aktuellen depressiven Episode. Kodierte werde die Diagnose mit F33.02, einem Code, der nicht existiere. Die Schmerzstörung, welche von den Behandlern und auch den Gutachtern diagnostiziert werde, werde von Frau Dr. med. H.\_\_\_\_ nicht unter den Diagnosen aufgeführt, die Schmerzen lediglich in Nebensätzen erwähnt. In der späteren Konsultation im I.\_\_\_\_ vom 25. August 2021 präsentiere sich der Beschwerdeführer bezüglich der affektiven Symptomatik deutlich unauffälliger, entsprechend auch der psychiatrischen Begutachtungssituation. Zum Sprechstundenbericht des I.\_\_\_\_ vom 20. September 2021 führte Dr. med. Y.\_\_\_\_ aus, die Diagnosestellung der mittelgradigen depressiven Episode könne durch den RAD anhand des Sprechstundenberichtes nicht nachvollzogen werden. Im dokumentierten «Untersuchungsbefund» Schmerzpsychotherapie/Psychiatrie würden vollumfänglich anamnestische Angaben und subjektive Beschwerden des Beschwerdeführers wiedergegeben, welche sich im Wesentlichen mit den Angaben des psychiatrischen Gutachtens decken würden. Der Antrieb des Beschwerdeführers sei eigenen Angaben nach erhalten, freuen könne er sich, es bestehe keine Suizidalität, die Verminderung der Aktivitäten würden durch den Beschwerdeführer mit den empfundenen Schmerzen begründet. Ein Psychostatus nach AMDP sei nicht abgebildet. Die Zuweisung zur Untersuchung an das I.\_\_\_\_ sei wegen zunehmender Schmerzverstärkung durch den Hausarzt bei Verdacht auf eine erneute Kompromittierung neutraler Strukturen erfolgt. Es hätten sich klinisch keine Hinweise für eine Affektion zervikaler Nervenwurzeln ergeben. Es sei von einem Sensibilisierungsprozess im Rahmen der Schmerzchronifizierung auszugehen. Darüber hinaus bestünden myofasziale Schmerztrigger. Auffällig sei das "rigide" Schmerzmodell des Beschwerdeführers, welcher davon ausgehe, dass sich im Rahmen der Physiotherapie Wirbel respektive Bandscheiben verschoben hätten, welche nun operiert werden müssten. Da die letzte bildgebende Diagnostik (MRT) 2019 erfolgt sei, sei nun ein erneutes MRT der HWS geplant worden. Von Seiten der Behandler sei keine zwingende Indikation zur erneuten Bildgebung formuliert worden. Diese sollte jedoch stattfinden, da es sonst vermutlich nicht möglich sei, das somatische Krankheitsmodell des Beschwerdeführers zu verändern. Weiter geht Dr. med. Y.\_\_\_\_ auf den Sprechstundenbericht des I.\_\_\_\_ vom 24. November 2021 ein. Es sei versucht worden, das biopsychosoziale Schmerzmodell und die Mechanismen der Schmerzchronifizierung zu erklären. Der Beschwerdeführer sei weiterhin stark somatisch fixiert. Es werde darauf hingewiesen, dass eine Wiederholung der somatischen Therapie nicht sinnvoll sei. Der Beschwerdeführer habe zur Wiederholung der Intervention an der zervikalen Wurzel gedrängt. Diese sei am 19. November 2022 durchgeführt worden (Infiltration), wobei es erneut zu keinerlei Linderung der

Beschwerden gekommen sei. Der Beschwerdeführer habe sich von der Gruppentherapie abgemeldet. Es würden definitiv keine weiteren Interventionen geplant. Zum neurologischen Sprechstundenbericht des I.\_\_\_\_ vom 10. November 2021 führte Dr. med. Y.\_\_\_\_ aus, die Ursache der Schmerzen in beiden Armen sei am ehesten als unspezifisch mit nicht Dermatombundenen somatosensorischem Defizit bei chronischen Schmerzen zu werten. Die Ursache der Schmerzen im rechten Bein im Dermatombereich L5 sowie S1 rechts sei neurologisch nicht eindeutig zuordenbar (klinisch-neurologische Hinweise auf eine sensible L5 und S1 Symptomatik sowie im EMG chronisch neurogene Schädigung der genannten Nervenwurzeln, dabei jedoch im MRI LWS kein wegweisender Befund und die Nervenwurzelblockade L5 und S1 sei negativ ausgefallen). Auch von Seiten der Behandler werde beschrieben, dass prinzipiell eine Reizung der zervikalen Wurzel C7 und C8 links sowie auch C8 rechts und weniger C6-7 rechts bestehe, diese jedoch das Ausmass der beklagten Beschwerden nicht erklären würde. Dabei habe sich auch gezeigt, dass die interventionelle Behandlung C7 und C8 (bei Vorbehandlungen in [ ]) sowohl diagnostisch als auch therapeutisch offensichtlich keinerlei Wirkung gezeigt habe. Der Beschwerdeführer sei zu einer Patientengruppe für nicht gut deutschsprachige Patienten vermittelt worden, um ihn auch einer psychologischen und physiotherapeutischen Behandlung anzubinden. Zusätzlich sei er explizit dazu aufgefordert worden, sich körperlich zu betätigen. Die Fortführung des Programmes sei vom Beschwerdeführer zum Ende des Jahres 2021 nicht mehr gewünscht worden, da er subjektiv eine Verstärkung der Beschwerden empfunden habe, obwohl die physiotherapeutischen und psychologischen Inhalte ein sehr geringes Belastungsniveau dargestellt hätten. Zur Arbeitsfähigkeit werde durch das I.\_\_\_\_ nicht Stellung genommen. Zum Bericht des Spitals AE.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2022 führte Dr. med. Y.\_\_\_\_ aus, es werde erneut die bekannte Diagnose der zervikalen Bandscheibenherniation gestellt. Wie sich die Empfehlung zur Operation (anteriore Diskektomie und Stabilisation) begründe, werde nicht dargestellt. In den vorhergehenden Beurteilungen des Spitals [ ] sowie des I.\_\_\_\_ werde von weiteren Interventionen, insbesondere auch einer Operation, explizit Abstand genommen, da ein kausaler Zusammenhang der dargestellten degenerativen Veränderungen mit den beklagten Beschwerden nicht herzustellen sei. Es lägen unspezifische, nicht dermatombundene Defizite bei chronischen Schmerzen sowie kein Hinweis auf eine Affektion zervikaler Nervenwurzeln vor. Und durch Operation sei eine Verbesserung der Schmerzproblematik sehr unwahrscheinlich. Ferner werde im Einwand gerügt, dass trotz Vorliegen der Verdachtsdiagnose eines Karpaltunnelsyndroms kein handchirurgisches Gutachten in Auftrag gegeben worden sei. Bei einem Karpaltunnelsyndrom handle es sich um eine Erkrankung, welche gegebenenfalls mit geringem Aufwand durch eine Karpaldachspaltung behandelt werden könnte. Eine länger anhaltende IV-relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei hierdurch nicht begründet. Die Forderung, der Fall sei einer neuen Begutachtung zuzuführen, widerspreche der eigenen Argumentation des Rechtsvertreters, dass eine Arbeitsfähigkeit rückwirkend schwierig zu beurteilen sei. So würde auch eine neue Begutachtung ■ würde man dieser Argumentation folgen ■ eben diesen kritisierten Zeitraum von April 2018 bis Ende 2021 nicht beurteilen können. Daher seien keine weiteren medizinischen Abklärungen angezeigt.

5. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 8. März 2021 (IV-Nrn. 55.1 ■ 55.10), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist.

## 5.1

5.1.1 Vorweg ist auf die Rügen des Beschwerdeführers einzugehen, wonach die Gutachterstelle C.\_\_\_\_ dadurch, dass sie das vorliegende Gutachten durch Gutachter habe erstellen lassen, die gleichzeitig für die C.\_\_\_\_ und jeweils eine oder drei andere Gutachterstellen tätig seien, nicht nur die Weisung des BSV missachte, sondern auch die Vorgaben von BGE 137 V 210 ff. und damit Art. 6 Ziff. 1 EMRK verletzt habe (vgl. Beschwerde S. 11 ff.; A.S. 22 ff.). Sodann komme erschwerend hinzu, dass drei dieser Gutachterstellen (L.\_\_\_\_, C.\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_) anscheinend wirtschaftlich und personell auch sonst derart verhandelt seien, dass das Zufallsprinzip auch von dieser Seite unterlaufen werde. So habe gemäss Recherchen der AF.\_\_\_\_ Zeitung vom 18. Januar 2020 der frühere Revisor des L.\_\_\_\_, der mit L.\_\_\_\_-Gründer AG.\_\_\_\_ gut bekannt sei, die Firmen gekauft. Tatsächlich sei auch die administrative Leiterin der Gutachterstelle in [...] auch als L.\_\_\_\_-Mitarbeiterin bekannt. Aus den Handelsregisterauszügen der C.\_\_\_\_ und des M.\_\_\_\_ gehe zudem hervor, dass Herr AH.\_\_\_\_ in beiden Gesellschaften als Mitglied des Verwaltungsrates mit Einzelunterschrift zeichne. Mit dem Verbund von drei Firmen sei die Chance gestiegen, per Losentscheid auch im schrumpfenden Markt noch den Zuschlag zu erhalten, so die Berichterstattung in der Zeitung (vgl. Beschwerde S. 13; A.S. 24).

5.1.2 Bevor die IV-Stelle den Auftrag für ein polydisziplinäres Gutachten vergibt (d.h. ein Gutachten, das wie im vorliegenden Fall drei oder mehr Fachdisziplinen umfasst), teilt sie der versicherten Person die Gutachterstelle und die Namen der mit dem Gutachten betrauten Personen nebst den entsprechenden Facharzttiteln mit (Rz 2077.8 Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung / KSVI, Stand am 1. Januar 2018). Die versicherte Person erhält eine Frist von zwölf Tagen, um Einwände zu erheben (Rz 2077.9 KSVI). Sie kann die Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen (Art. 44 ATSG), z.B. wegen fehlender Fachkompetenz (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 274 f.).

Die vorgenannten Verfahrensvorschriften wurden im vorliegenden Verfahren eingehalten (vgl. IV-Nrn. 50 ff.). Der Beschwerdeführer hat es vor der Begutachtung unterlassen, die vorgebrachten Ausstandsgründe bzw. die gerügten Überschneidungen mit anderen Gutachterstellen innert der ihm gesetzten Frist zu beanstanden. Einwendungen sind nach Treu und Glauben möglichst bald zu erheben, damit diese bereits im Vorfeld der Begutachtung geklärt werden können. Damit ist der Anspruch auf Anrufung dieser Verfahrensgarantie verwirkt. Daran ändert der Umstand nichts, dass der Beschwerdeführer erst nach der erfolgten Begutachtung durch Rechtsanwalt Wyssmann vertreten wurde. Ferner erscheint es unzulässig, erst nach Vorliegen eines für den Versicherten negativen Untersuchungsergebnisses solche Einwendungen vorzutragen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_336/2016 vom 23. November 2016 E. 3.3). Inzwischen liegt auch das Urteil des Bundesgerichts 9C\_379/2022 vom 23. August 2023 vor. Der Beschwerdeführer beantragte die Sistierung des vorliegenden Verfahrens bis zum rechtskräftigen Abschluss des vor dem Bundesgericht hängigen Beschwerdeverfahrens 9C\_379/2022 (vgl. E. I. 2. hiervor). Daraus kann jedoch nichts abgeleitet werden, was zu einem anderen Schluss führte. Das Bundesgericht hat die Argumentation des Beschwerdeführers verworfen (vgl. E. 2.1 ■ 2.3 des besagten Bundesgerichtsurteils). Somit ist auf die diesbezüglichen Rügen (E. II. 5.1.1 hiervor) nicht einzutreten.

5.2 Nachfolgend ist sodann, wie erwähnt, der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens zu prüfen. Das polydisziplinäre Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen

Fachärztinnen und Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Anamnese erhoben haben (IV-Nrn. 55.4 S. 2 ff.; 55.5 S. 1 ff.; 55.6 S. 1 ff.; 55.7 S. 1 ff.). Wie das Aufführen und Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge erkennen lässt, wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt (IV-Nrn. 55.3 S. 2 ff.). Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt (vgl. E. II. 3.3 hiervor).

5.2.1 Im allgemeinmedizinischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 55.4) hielt der Gutachter fest, aus internistischer Sicht gebe der Beschwerdeführer, ausser etwas Magenproblemen, keine speziellen Beschwerden an. Im allgemeininternistischen Status seien weitgehend unauffällige Befunde erhoben worden. Da bisher keine arterielle Hypertonie festgestellt worden sei, könne dies im Rahmen der Untersuchungssituation interpretiert werden. Die Laborwerte würden ebenfalls im Normbereich liegen. Eine allgemeininternistische Diagnose könne nicht gestellt werden. Entsprechend sei der Beschwerdeführer aus internistischer Sicht in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Diese gutachterlichen Ausführungen vermögen im Lichte der Befunderhebung zu überzeugen und es stehen auch keine medizinischen Vorakten im Widerspruch dazu. Auf das internistische Teilgutachten kann somit abgestellt werden.

5.2.2 Im psychiatrischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 55.5) hielt der Gutachter hinsichtlich der erhobenen Untersuchungsbefunde fest, der affektive Kontakt sei gut herstellbar gewesen. Die Stimmung sei besorgt gewesen. Er habe nicht traurig gewirkt, aber belastet. Als Hauptbeschwerde habe er etwas ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat, konsekutive Schlafstörungen in der Nacht mit vor allem Einschlafschwierigkeiten, erhöhte Ermüdbarkeit am Tag und einen verminderten Appetit ohne relevante Gewichtsabnahme angegeben. Sein Selbstwert sei erhalten gewesen, er habe sich gut verbalisieren und seine Meinung gut kundtun können. Schuldgedanken, allumfassende negative Zukunftsperspektiven, Hinweise auf manifeste Ängste mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst und Zwänge bestünden nicht. Der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien nicht gestört gewesen. Das Denken sei formal geordnet gewesen und inhaltlich bestünden keine Hinweise auf Wahnideen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Eine Zirkadianität sei nicht ausgeprägt gewesen. Hinweise auf Suizidalität und ein fremdgefährliches Verhalten bestünden nicht (IV-Nr. 55.5 S. 4). Gestützt auf die vorstehende Befunderhebung vermag sodann auch die gutachterliche Herleitung der Diagnosen zu überzeugen: Beim Beschwerdeführer bestünden Klagen über doch etwas ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass mit der Überzeugung, gar nicht mehr arbeiten zu können, mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könne. Es bestünden emotionale und psychosoziale Belastungsfaktoren mit einer chronischen Schmerzproblematik, die sich bis heute trotz Behandlungen, auch mit operativem Eingriff, nicht gebessert hätten und einer angespannten finanziellen Situation mit Abhängigkeit vom Sozialamt. Der Beschwerdeführer leide unter seinen Schmerzen, die er somatisch durch seine frühere, auch anstrengend empfundene Arbeit bedingt sehe. Er könne in der Nacht wegen Schmerzen schlecht schlafen und sei am Tag entsprechend müde. Er fühle sich belastet, auch, da er kein Geld mehr verdiene, um seine Familie zu ernähren, wie er angegeben habe. Er leide aber nicht unter deutlichen depressiven Verstimmungen, sei nicht suizidal und könne sich durchaus konzentrieren. Da es ihm nicht gut gehe mit seinen

Schmerzen, habe er zwar wenig Appetit, ein relevanter Gewichtsverlust bestehe aber nicht. Er fühle sich zwar nicht gut, leide aber nicht unter eigentlichen Schuldgedanken oder allumfassenden negativen Zukunftsperspektiven. Die Diagnose einer depressiven Episode könne nicht gestellt werden. Er leide auch nicht unter Ängsten mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst. Eine Angststörung bestehe nicht. Die Anamnese sei sonst früher psychiatrisch bland, was bei sonst normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit gegen die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spreche. Ein Suchtleiden bestehe auch nicht (IV-Nr. 55.5 S. 5).

Basierend auf den gutachterlichen Untersuchungsbefunden und den medizinischen Voruntersuchungen gelangt der Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bestätigt werden könne, welche jedoch keinen erheblichen Schweregrad erreiche und die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke. Gestützt auf das beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann nachfolgend auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

5.2.3 Im orthopädischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 55.6) wurde festgehalten, aktuell seien auf orthopädischer Ebene folgende Befunde objektivierbar: der ebene Gang sei einschliesslich der geprüften Varianten unauffällig. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule bestehe eine weitgehend freie Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte, indem die bei der expliziten Prüfung etwas verminderte Kopffrotation ausserhalb der eigentlichen Untersuchungssituation nicht bestätigt werden könne. Auch an den oberen und unteren Extremitäten bestehe eine freie Beweglichkeit. Der Beschwerdeführer beklage während der ausführlichen Untersuchung im Stehen, Sitzen und Liegen unaufhörlich massive Beschwerden auf Höhe des zervikothorakalen Überganges. Diese träten etwa bei gleichsinniger Rotation des Becken- und Schultergürtels im Stehen auf, obwohl es am Schmerzort zu keiner Auslenkung komme. Bei der im Sitzen durchgeführten Bewegungsprüfung der thorakolumbalen Wirbelsäule bewege er dagegen spontan und ausladend den Kopf. Selbst die Untersuchung der Vorfüsse in Rückenlage führe zu genanntem Leidensdruck. Zeitweise seien die unteren Extremitäten kaum prüfbar, während die Vornahme derselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen durchaus bis in die Endposition gelinge. Auffallend sei auch, dass der Beschwerdeführer während der eine Dreiviertelstunde dauernden Anamneseerhebung unaufhörlich seinen Oberkörper offenbar insbesondere mit dem linken Arm an der Stuhllehne hochstemme. Er habe dies später auch im Langsitz auf der Liege getan, um seine Position zu verändern, was mit einer höhergradigen funktionellen Einschränkung der oberen Extremitäten kaum vereinbar sei. Der trainiert wirkende Habitus sei überdies mit dem angegebenen, völlig passiven Lebensstil gleichfalls nicht kompatibel. Auf radiologischer Ebene bestünden Diskushernien HWK4/5/6 ohne Zeichen der Neurokompression. In Anbetracht des klinisch ansonsten blanden Befundes werde auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich die beklagten Beschwerden durch die klinischen, radiologischen und infiltrativen Befunde keinesfalls begründen liessen. Nach zervikaler Spondylodese lägen regelrechte postoperative Verhältnisse ohne Hinweis für Implantatversagen oder -lockerung, Infekt, höhergradige Degeneration oder Neurokompression vor. Die immer wieder während der heutigen Untersuchung spontan demonstrierte unauffällige Funktion der Wirbelsäule und oberen Extremitäten samt deren

kraftvollem Einsatz lasse dabei an eine im Vordergrund stehende nicht-organische Beschwerdekomponekte denken (IV-Nr. 55.6 S. 6). Für körperlich leichte und zumindest mittelschwere Verrichtungen, wie sie der Beschwerdeführer in der Verpackung von Gemüse und Obst ausgeübt habe, bestehe aufgrund der heutigen Untersuchung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das häufig wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 25 kg sowie der repetitive Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveaus sollten dabei vermieden werden. Es sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit nach dem am 27. September 2017 durchgeführten Wirbelsäuleneingriff für sämtliche Tätigkeiten, spätestens aber ab dem 1. April 2018 von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-Nr. 55.6 S. 8 f.). Gestützt auf die vorstehenden einleuchtenden Befunderhebungen und Diagnosestellungen, welche auf eingehenden Untersuchungen beruhen, vermag schliesslich auch die Schlussfolgerung des orthopädischen Gutachters zu überzeugen, dass aus rein orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe.

5.2.4 Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 55.7) wurde dargelegt, in der neurologischen Untersuchung habe sich ein kooperativer Beschwerdeführer gezeigt. Die HWS-Beweglichkeit sei eingeschränkt gewesen mit Angabe von Nackenschmerzen im unteren HWS-Bereich. Der Nacken- und Schürzengriff sei beidseits möglich gewesen mit Angabe von beidseitigen Schulterschmerzen. Der unkorrigierte Fernvisus habe rechts 0.8, links 1.0 betragen bei fingerperimetrisch intaktem Gesichtsfeld, isokoren und reaktiven Pupillen sowie normaler Augenmotilität. Ein pathologischer Nystagmus habe auch nicht unter der Frenzelbrille nachgewiesen werden können. Das Gangbild sei langsam, aber unauffällig, der Fersen- und Zehengang sowie Kniebeugen seien möglich gewesen, auch der Strichgang habe durchgeführt werden können. Der Positionsversuch der oberen und unteren Extremitäten sei gehalten worden. Der Finger-Nase-Versuch und der Knie-Hacken-Versuch seien normal gewesen. Ein Haltetremor oder Intentionstremor hätten nicht nachgewiesen werden können. Die Diadochokinese sei beidseits leicht verlangsamt gewesen bei Angabe von Schmerzen. Im Bereich der oberen Extremitäten habe der TSR beidseits nicht, der BSR und RPR lebhaft und symmetrisch ausgelöst werden können. Paresen hätten im Bereich der oberen Extremitäten nicht nachgewiesen werden können. Bei einer normalen Berührungsempfindung sei eine Hypalgesie im Klein- und Ringfinger beidseits angegeben worden. Die Vibrationsempfindung sowie der Lagesinn im Zeigefinger seien normal gewesen. Es zeige sich ein deutliches Tinel-Phänomen im Sulcus ulnaris beidseits mit Angabe von Parästhesien im Bereich der Klein- und Ringfinger, gut vereinbar mit einem Sulcus ulnaris-Reizsyndrom beidseits. Ebenfalls zeige sich ein Tinel-Phänomen über dem Karpaltunnel beidseits mit beidseits positiven Phalen-Zeichen, vereinbar mit einem Karpaltunnelsyndrom beidseits. Im Bereich der unteren Extremitäten hätten der PSR und ASR mittellebhaft und symmetrisch ausgelöst werden können, ein Babinski habe sich nicht gefunden und der Muskeltonus sei normal gewesen. Paresen oder Sensibilitätsausfälle hätten im Bereich der unteren Extremitäten nicht nachgewiesen werden können. Zusammenfassend finde sich ein Zervikalsyndrom mit vorwiegend tendomyogen bedingter Zervikobrachialgie beidseits, klinisch ohne Nachweis einer zervikalen radikulären Reiz- oder sensomotorischen Ausfallsymptomatik. Es bestehe ein Status nach ventraler Sequestrektomie und Fusion HWK6/7 bei Diskushernie HWK6/7 rechts am 27. September 2017. Die Angabe von zunehmend auch Schmerzen im Hinterkopfbereich mit intermittierend auftretendem Schwindelgefühl wäre mit einem zervikozephalen Syndrom vereinbar. Weiter bestehe klinisch ein Sulcus ulnaris-Reizsyndrom beidseits, welches die

Parästhesien im Bereich der Klein- und Ringfinger erklären könne. Das nächtliche Einschlafen sämtlicher Finger beider Hände wäre vereinbar mit einem zusätzlichen Karpaltunnelsyndrom. Gemäss dem neurologischen Bericht vom 23. September 2020 sei die Neurographie des Nervus ulnaris beidseits normal gewesen, eine Ulnarisneuropathie im Ellbogenabschnitt habe nicht objektiviert werden können (IV-Nr. 55.7 S. 5 f.). Aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers, dass er während der bisher ausgeübten Tätigkeit schwere Kartoffelkisten von 25 bis 40 kg habe bewegen/hochheben müssen, sei von einer schweren körperlichen Arbeit auszugehen. Schwere körperliche Tätigkeiten und Überkopfarbeiten sollten jedoch nicht durchgeführt werden. Diesbezüglich werde auch von orthopädischer Seite her Stellung genommen. In schweren Tätigkeiten, wie sie der Beschwerdeführer wahrscheinlich nur selten ausgeübt habe, sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Leichte, teilweise mittelschwere körperliche Tätigkeiten unter Vermeidung von Überkopfarbeiten sowie organisatorische/administrative Tätigkeiten könnten dem Beschwerdeführer ganztags zugemutet werden (IV-Nr. 55.7 S. 8 f.). Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach beim Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in leichten, teilweise mittelschweren körperlichen Tätigkeiten bestehe. Demnach kann auf das beweiswertige neurologische Teilgutachten abgestellt werden.

5.3 Gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im C.\_\_\_\_-Gutachten zu überzeugen, wonach der Beschwerdeführer aus interdisziplinärer Sicht in sämtlichen körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten, wie sie der Beschwerdeführer grösstenteils bisher ausgeübt habe, zu 100 % arbeits- und leistungsfähig ist. Die Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe mindestens seit dem Wirbelsäuleneingriff vom 27. September 2017. Anschliessend sei die Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeiten für maximal sechs Monaten aufgehoben gewesen. Spätestens ab April 2018 könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr für eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit festgestellt werden (vgl. IV-Nr. 55.2 S. 7 f.).

5.4 Daran vermögen auch die vom Beschwerdeführer gegen den Beweiswert des Gutachtens vorgebrachten Einwendungen nichts zu ändern:

5.4.1 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, seine Ergänzungsfragen seien nicht an die Gutachterstelle weitergeleitet worden, weshalb unter Verweis auf BGE 137 V 210 sein Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt worden sei (Beschwerde S. 20, A.S. 31). Grundsätzlich ist es Sache der verfahrensleitenden Behörde zu entscheiden, ob der Sachverständige mit allfälligen Ergänzungsfragen und/oder Stellungnahmen einer Partei (mündlich oder schriftlich) zu konfrontieren ist, soweit der verfassungsrechtliche Minimalanspruch, sich zumindest nachträglich zum Gutachten äussern zu können, gewahrt wird. Ein solches Vorgehen erscheint regelmässig angezeigt, wenn substantiierte fachliche Einwände gegen die Überzeugungskraft der Expertise vorgebracht werden. Grund hierfür ist, dass die rechtsanwendenden Behörden mangels ausreichender Fachkenntnisse allfällige objektiv-fachliche Mängel in Gutachten nicht immer erkennen können und diese daher aufgrund ihrer Fachspezifität faktisch vorentscheidenden Charakter haben. Im dargelegten Sinne sind jedoch lediglich die für den Einzelfall erheblichen Fragen weiterzuleiten. Ziel dieser Mitwirkungsmöglichkeit ist eine einzelfalladäquate Fragestellung, welche zur Qualität des Gutachtens wesentlich beitragen kann. Von der Beantwortung von

Ergänzungsfragen durch den Experten kann somit abgesehen werden, wenn davon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin stellte dem Beschwerdeführer bzw. seinem behandelnden Arzt nach Erstellen des C.\_\_\_\_-Gutachtens vom 8. März 2021 mit Schreiben vom 31. März 2021 eine Kopie dessen zur Kenntnis zu (IV-Nr. 56). Sodann wurde dem Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheids die Möglichkeit zur Stellungnahme gegeben, worauf der Beschwerdeführer eine Vielzahl von Ergänzungsfragen stellen liess (IV-Nr. 74, Einwand zum Vorbescheid vom 20. Juli 2021). Diese wurden gestützt auf die Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. Y.\_\_\_\_ ■ welche Bestandteil der Verfügung vom 7. September 2022 bildet (vgl. A.S. 1 ff.) ■ der Gutachterstelle nicht unterbreitet. Da die Beschwerdegegnerin ferner zu Recht erkannt hat, dass dem polydisziplinären C.\_\_\_\_-Gutachten Beweiswert beizumessen ist, ist nicht zu beanstanden, dass sie von den eingereichten Ergänzungsfragen keine neuen entscheiderelevanten Erkenntnisse erwartete. Daher durfte die Beschwerdegegnerin auf deren Einbezug verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236; SVR 2014 UV Nr. 32 S. 106 E. 5.2.2 [8C\_834/2013]; Urteil des Bundesgerichts 8C\_386/2014 vom 6. Oktober 2014 E. 5.4, zusammengefasst in SZS 2015 S. 131). Eine Verletzung des Gehörsanspruchs und des Rechts auf ein faires Verfahren liegt demnach nicht vor (Urteile des Bundesgerichts 8C\_351/2015 vom 22. Juli 2015 E. 4, 8C\_898/2014 vom 24. März 2015 E. 3.3).

5.4.2 Am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermögen die Rügen des Beschwerdeführers sowie der dem Teilgutachten entgegenstehende Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 21. Juni 2021 (vgl. E. II 4.12.1 hiervor) nichts zu ändern. Ihr Bericht ist kaum begründet und ihre Einschätzung, wonach dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren sei, ist nicht nachvollziehbar. Sie hielt fest, der Bericht werde im Kontext einer versicherungsmedizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erstattet und diese stütze sich auf die zugestellte Aktenlage und die 65-minütige Untersuchung vom 9. Juli 2021. Ihrem Bericht lässt sich jedoch nicht entnehmen, auf welche Vorakten sich ihre Beurteilung konkret stützt. Der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens wird durch den im Vorbescheidverfahren eingereichten Arztbericht des I.\_\_\_\_ vom 20. September 2021 (vgl. E. II. 4.12.2 hiervor) ebenfalls nicht in Frage gestellt. So lässt sich diesem Bericht zwar neu die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode entnehmen (ICD-10 F32.1). Es ist jedoch dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nicht von einer Ärztin, sondern von einer Psychologin gestellt wurde, welche mangels fachlicher Ausbildung nicht in der Lage ist, die überzeugende Einschätzung des psychiatrischen Experten in Zweifel zu ziehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_241/2018 vom 25. September 2018 E. 7.4 mit Hinweisen). Ferner fehlt es an einer leitliniengerechten Befunderhebung, so dass die dort gestellte Diagnose nur begrenzt überprüft werden kann. Schliesslich gilt es festzuhalten, dass es für die Belange der Invalidenversicherung grundsätzlich nicht auf die gestellte Diagnose ankommt, sondern auf die Auswirkungen der Gesundheitsschädigung auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; Urteil des Bundesgerichts 9C\_524/2020 vom 23. November 2020 E. 5.1), und dass von einer Diagnose denn auch nicht direkt auf die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden kann (BGE 145 V 215 E. 6.1 S. 227; Urteil des Bundesgerichts 9C\_59/2022 vom 31. März 2022 E. 4.3). Dass die genannte Diagnose Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätte, lässt sich dem genannten

Bericht nicht entnehmen. Es sind demnach keine gewichtigen Hinweise ersichtlich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischen dem psychiatrischen Teilgutachten vom 27. Januar 2021 und dem Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. September 2022 in relevanter Weise verändert haben könnte.

5.4.3 Auch den Beweiswert des orthopädischen und neurologischen Teilgutachtens vermögen die vom Beschwerdeführer erhobenen Rügen nicht zu entkräften. So bringt der Beschwerdeführer vor, aus dem Bericht des I.\_\_\_\_ vom 24. November 2021 ergebe sich, dass im MRI der HWS vom 3. September 2021 eine Spinalkanaleinengung mit Myelonkompression und eine linksseitige neuroforaminale Einengung mit Verdacht auf eine weitere Kompression des C7-Nervenwurzels habe festgestellt werden können. Dieser zweiseitige HWS-Befund divergiere zum Befund der C.\_\_\_\_-Gutachter auf Seite 4 des Gesamtgutachtens. Zwischen dem dem Gutachten zugrundeliegenden MRI-Befund vom 25. Juli 2019 und dem aktuellen MRI-Befund vom 3. September 2021 sei eine klare Verschlechterung eingetreten. Gleiches gelte im Übrigen auch für das im I.\_\_\_\_ am 1. Oktober 2021 durchgeführte EMG, auf welches im Bericht des I.\_\_\_\_ vom 24. November 2021 ebenfalls Bezug genommen worden sei und, welches eine chronisch neurogene Schädigung der C7- und C8-versorgten Muskulatur links sowie der C8-versorgten Muskulatur rechts offenbart habe (Beschwerde S. 23 f., A.S. 34 f.; Verhandlungsprotokoll vom 21. März 2024, A.S. 65 ff.). Diesbezüglich ist der Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass das Vorliegen neuer Diagnosen nicht bedeutet, dass auch eine anspruchsbegründende Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliegt. Vielmehr muss darüber hinaus aufgrund der neuen Diagnosen auch eine Veränderung des Invaliditätsgrades bzw. eine Veränderung in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingetreten sein. Diese Voraussetzung ist nicht erfüllt. Die behandelnden Ärzte hielten vielmehr fest, dass sie dem Beschwerdeführer zu erklären versucht hätten, dass bei Unwirksamkeit der bisherigen Massnahmen eine Wiederholung der somatischen Therapie nicht sinnvoll sei. Obwohl klar die geringe Erfolgsaussicht aufgezeigt worden sei, habe der Beschwerdeführer zur Wiederholung der Intervention der zervikalen Wurzeln gedrängt. Eine Infiltration der Nervenwurzel C7 und C8 sei am 19. November 2021 durchgeführt worden, wobei es erneut zu keinerlei Linderung der Beschwerden gekommen sei. Es würden definitiv keine weiteren Interventionen geplant (vgl. IV-Nr. 77 S. 3 f.). Ferner hielten die I.\_\_\_\_-Ärzte im Bericht vom 29. Oktober 2021 fest, es bestünden von neurologischer Seite prinzipiell eine Reizung der zervikalen Wurzel C7 und C8 links, als auch C8 rechts und weniger C6-7 rechts, die aber das Ausmass der geklagten Beschwerden nicht erklärten. Darüber hinaus habe die interventionelle Behandlung C7 und C8 bei den Vorbehandlungen in [ ] sowohl diagnostisch als auch therapeutisch offensichtlich keine Wirkung gezeigt. Sodann sei an den Beschwerdeführer auch der Appell ergangen, sich körperlich zu betätigen, um einer körperlichen Dekonditionierung nicht Vorschub zu leisten (vgl. IV-Nr. 77 S. 18 f.). Im Bericht des I.\_\_\_\_ vom 10. November 2021 wurde sodann dargelegt, dass elektroneurophysiologisch ein beginnendes Karpaltunnelsyndrom rechts sowie eine mögliche grenzwertige proximale Schädigung N. ulnaris rechts bestanden habe. Als ergänzende Untersuchung bei uneindeutigen Befunden sei eine sonographische Darstellung erfolgt, die keinen Anhalt für ein Karpaltunnelsyndrom bzw. für eine Ulnarisneuropathie am Ellenbogen beidseits gezeigt habe (IV-Nr. 77 S. 14). Demnach konnte die Diagnose eines Karpaltunnelsyndroms ■ entgegen dem Beschwerdeführer (vgl. Beschwerde S. 24 f., A.S. 35 f.; Verhandlungsprotokoll vom 21. März 2024, A.S. 65 ff.) ■ nicht bestätigt werden. Neurologisch wurde auch keine Verlaufskontrolle vorgesehen

(IV-Nr. 77 S. 14).

5.4.4 Ferner bringt der Beschwerdeführer vor, die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers habe seit dem 14. August 2017 durchgehend während der gesamten vertraglichen Leistungsdauer von 730 Tagen Krankentaggeldleistungen nach Massgabe einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % erbracht. Es sei anzunehmen, dass die Krankentaggeldversicherung von einer mindestens zweijährigen Arbeitsunfähigkeit von 100 % auch in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen sei. Die anerkannte Leistungspflicht entfalle erst, wenn die hier unbestritten leistungseinschränkende Krankheit nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstelle, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf krankheitsfremden Ursachen beruhe (vgl. Beschwerde S. 27 f., A.S. 38 f.; Verhandlungsprotokoll vom 21. März 2024, A.S. 65 ff.). Daraus kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten, zumal sein Argument, dass die Beschwerdegegnerin den Beweis zu erbringen habe, dass der leistungs begründende Gesundheitsschaden nachträglich weggefallen sei, aus dem Unfallversicherungsrecht stammt und im vorliegenden invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren nicht verfährt. Auch die revisionsrechtlichen Grundsätze (vgl. Beschwerde S. 28 f.; A.S. 39 f.) kommen vorliegend nicht zur Anwendung, zumal es sich bei der Anmeldung des Beschwerdeführers vom 28. März 2018 um eine Erstanmeldung, und nicht eine Neuanschuldung handelt. Schliesslich gibt es keinen Anlass, die Versichertenakten beizuziehen (vgl. E. I. 2. hiervor), wie dies auch anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 21. März 2024 beantragt wurde (vgl. hierzu Verhandlungsprotokoll vom 21. März 2024, A.S. 65 ff.). Allein der Umstand, dass die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung während der gesamten Vertragsdauer Krankentaggeldleistungen nach Massgabe einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % erbracht hat, ist nicht IV-relevant und rechtfertigt daher nicht den Beizug der Versichertenakten.

5.5 Zusammenfassend wird der Beweiswert des polydisziplinären C.\_\_\_\_-Gutachtens weder durch die zeitlich danach verfassten medizinischen Akten noch durch die Vorbringen des Beschwerdeführers in Zweifel gezogen. Damit erweist sich das Gutachten vom 8. März 2021 als voll beweiswertig. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung vom 7. September 2022 (A.S. 1 ff.) auf das polydisziplinäre Gutachten abgestellt hat. Es kann somit auf die im polydisziplinären Gutachten ausgewiesene Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden (vgl. E. II. 5.3 hiervor). Für die Vornahme weiterer Abklärungen ■ wie durch den Beschwerdeführer beantragt (vgl. E. I. 2. hiervor) ■ besteht kein Anlass, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann. Auch die Frage, wie die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers als Betriebsmitarbeiter bei der E.\_\_\_\_ (IV-Nr. 11) nun zu qualifizieren bzw. ob sie als schwere Arbeit zu bezeichnen sei, kann offen bleiben. Es ist vorliegend davon auszugehen, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar ist. Dies ändert nichts am Ergebnis, dass dies ■ wie die Beschwerdegegnerin zu Recht in der angefochtenen Verfügung dargelegt hat ■ keinen rentenbegründenden Mindestinvaliditätsgrad von 40 % begründet (vgl. E. II. 6. hiernach). Weitergehende Abklärungen, insbesondere ein Augenschein am alten Arbeitsplatz, erübrigen sich somit.

Im Übrigen ist die vom Beschwerdeführer vorgebrachte Rüge, dass die RAD-Ärztin Dr. med. Y.\_\_\_\_ als Fachärztin für Arbeitsmedizin nicht über die erforderliche fachspezifische Kompetenz verfüge, um zu den Einwänden gegen das vorliegende

Gutachten rechtsgenügend Stellung zu nehmen, angesichts des Beweiswerts des Gutachtens nicht weiter von Belang. Die RAD-Ärztin ist zwar mangels entsprechender Spezialisierung nicht ohne weiteres qualifiziert, selbst eine beweiswertige psychiatrische Begutachtung durchzuführen. Sie vermag aber den Beweiswert eines Gutachtens zu beurteilen, wobei ihre Aussage für das Gericht selbstverständlich nicht bindend ist.

6. Der Beschwerdeführer hat sich am 28. März 2018 zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin angemeldet. Das Wartejahr ist gestützt auf die Ausführungen aus dem C.\_\_\_\_-Gutachten per September 2018 abgelaufen. Somit könnte ein allfälliger Rentenanspruch in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG und mit Blick auf den Ablauf des Wartejahres frühestens ab 1. September 2018 entstehen, womit auf diesen Zeitpunkt eine Berechnung des Invaliditätsgrades vorzunehmen ist.

#### 6.1

6.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.).

6.1.2 Für das Valideneinkommen ging die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall vom Einkommen aus, das der Beschwerdeführer bei seiner ehemaligen Arbeitgeberin, der Firma E.\_\_\_\_, erzielt hatte (vgl. IV-Nr. 11). Demgemäss ergibt sich ein Valideneinkommen von CHF 58'760.00.

#### 6.2

6.2.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkretsteht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der ■ kumulativ ■ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, sowie das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint, gilt grundsätzlich der von ihr tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 126 V 75 E. 3b/aa S. 76). Hat sie nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können statistische Werte, insbesondere Tabellenlöhne nach der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 S. 301 E. 5.2).

6.2.2 Da der Beschwerdeführer die ihm noch zumutbare Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin beim Invalideneinkommen auf einen LSE-Tabellenlohn abgestellt hat. Der angewandte Tabellenlohn LSE 2018, TA1\_triage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, ist ebenfalls nicht zu beanstanden und wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten. Dieser Tabellenlohn (CHF 5'417.00 x 12) ist auf die üblichen Wochenstunden (: 40 x 41.7) aufzurechnen. Daraus resultiert bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 100 %

(vorbehältlich allfälliger Abzüge vom Tabellenlohn; vgl. E. II. 6.2.3 hiernach) ein Invalideneinkommen von CHF 67'766.65.

6.2.3 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll (nach dem bis 31. Dezember 2021 geltenden Recht; vgl. E. II. 1.3 hiervor) 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 (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

6.3 Das oben (E. II. 6.1 und 6.2 hiervor) errechnete Validen- und Invalideneinkommen führt zu einem Invaliditätsgrad von 0 %. Die Beschwerdegegnerin hat keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen, der Beschwerdeführer verlangt einen Abzug wegen der Unfähigkeit zur weiteren Schwerarbeit, dem fehlenden Bildungsrucksack, der ausländischen Staatsangehörigkeit und den fehlenden Sprachkenntnissen (vgl. Beschwerde S. 22; A.S. 33). Auch wenn sich aufgrund des Zumutbarkeitsprofils ein Abzug diskutieren liesse, kann die Frage des leidensbedingten Abzugs vorliegend offengelassen werden. Denn selbst wenn ein maximaler Abzug von 25 % gewährt und das Invalideneinkommen damit CHF 50'825.00 betragen würde, würde der Invaliditätsgrad 13.5 % betragen, was unter dem Wert von 40 % liegt, der zu einer Viertelsrente berechtigen würde. Auch wenn zugunsten des Beschwerdeführers beim Valideneinkommen auf das statistische Einkommen gemäss LSE 2018 (TA1\_triage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer) in Höhe von CHF 67'766.65 ( $\text{CHF } 5'417.00 : 40 [\text{Wochenstunden nach LSE}] \times 41,7 [\text{durchschnittliche Wochenarbeitszeit im Jahr 2018}] \times 12$ ) abgestellt würde, würde dies mit einem maximal möglichen Abzug von 25 % ebenfalls keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad ergeben. Die angefochtene Verfügung erweist sich damit im Rentenpunkt als korrekt und die Beschwerde ist abzuweisen.

7. Schliesslich lässt der Beschwerdeführer berufliche Eingliederungsmassnahmen geltend machen.

7.1 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide und von einer Invalidität bedrohte Versicherte (Art. 8 ATSG) unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Zu letzteren zählen auch die beruflichen Massnahmen nach Art. 15 ff. IVG. Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen setzen einen Eingliederungswillen bzw. eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3, 9C\_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 7 und 8C\_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.1, je mit Hinweisen).

7.2 Gestützt auf die Aktenlage ist beim Beschwerdeführer von einer tendenziell ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung auszugehen. Er hat wiederholt erklärt, dass er sich als nicht arbeitsfähig erachte. Er äusserte sich während den gutachterlichen Untersuchungen nicht nur einmal, sondern immer wieder dahingehend, keine beruflichen Tätigkeiten mehr ausüben zu können. Gegenüber dem psychiatrischen Teilgutachter habe sich der Beschwerdeführer dahingehend geäussert, dass er sich gar nicht arbeitsfähig fühle und kaum Hoffnung auf eine Besserung angebe (vgl. IV-Nr. 55.5 S. 6 und 8). Es bestehe eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung in der Selbsteinschätzung, die nicht nur medizinisch bedingt sei. Berufliche Massnahmen könnten nicht empfohlen werden, der Beschwerdeführer fühle sich gänzlich krank und arbeitsunfähig (IV-Nr. 55.5 S. 7). Auch im orthopädischen Teilgutachten wurde festgehalten, dass aufgrund der massiven Krankheitsüberzeugung keine Vorschläge zu den beruflichen Massnahmen gemacht werden könnten (IV-Nr. 55.6 S. 9). Dem neurologischen Teilgutachten der Gutachtensstelle C. \_\_\_ lässt sich zu den Zukunftsvorstellungen des Beschwerdeführers entnehmen, dass es sinnlos sei und er keine Lebenslust mit diesen Beschwerden habe. Es sei eine Erniedrigung für ihn. Er könne sich so mit diesen Schmerzen nicht abfinden (IV-Nr. 55.7 S. 3). Der Beschwerdeführer sehe sich nicht in der Lage, auch kleinste Arbeiten durchzuführen (IV-Nr. 55.7 S. 6). Angesichts dieser subjektiven Krankheitsüberzeugung ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer bis zum Erlass der Verfügung vom 7. September 2022 an der Motivation fehlte, sich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Es ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wegen fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit verneint hat. So wurden im C. \_\_\_-Gutachten vom 8. März 2021 berufliche Massnahmen als nicht angezeigt erachtet. Anhaltspunkte, dass sich an der diesbezüglichen Einstellung des Beschwerdeführers in der Zeit bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung etwas geändert hätte, sind den Akten nicht zu entnehmen. Somit ist auch die Verneinung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen nicht zu beanstanden.

8. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. September 2022 nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

9.2 Aufgrund von 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 CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

4. Je eine Kopie des Protokolls der öffentlichen Verhandlung vom 21. März 2024 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

5. Je eine Kopie der an der öffentlichen Verhandlung vom 21. März 2024 eingereichten Urkunden 6 ■ 8 sowie der ergänzenden Kostennote vom 21. März 2024 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

## Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Yalcin

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C\_216/2024 vom 30. April 2025 bestätigt.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.