

# SO\_GERICHTE VSBES.2022.241 vom 22. Juni 2023

SO Obergericht, 2023-06-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.241\\_d20230622](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.241_d20230622)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.241 du 22 juin 2023

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.241 del 22 giugno 2023

## Regeste

Invalidenrente

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1972 geborene Versicherte A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich am 25. April 2007 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) mit Verweis auf eine Wirbelsäulenverletzung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 2). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin ergänzende medizinische Unterlagen ein und veranlasste bei den B.\_\_\_\_ ein psychiatrisches Gutachten (Gutachten vom 6. November 2008; IV-Nr. 27). Gestützt darauf verneinte sie mit Verfügung vom 10. Juli 2009 einen Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente (IV-Nr. 32). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. 1.2 Am 25. März 2014 meldete sich der Beschwerdeführer erneut aufgrund von Rückenbeschwerden zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin an (IV-Nr. 34). Diese trat mit Verfügung vom 27. Mai 2014 auf das Leistungsbegehren nicht ein (IV-Nr. 35). 1.3 Am 4. November 2019 beantragte der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin aufgrund diverser gesundheitlicher Beeinträchtigungen (ausgeprägte Fatigue mit Müdigkeit und Kraftlosigkeit, Leberzirrhose, Rückenproblematik, Handoperationen) erneut Leistungen der IV (IV-Nr. 38). Daraufhin holte die Beschwerdegegnerin medizinische Unterlagen ein und veranlasste bei der C.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie/Traumatologie, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie (C.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2020; IV-Nr. 62.1 ff.). Im Rahmen des anschliessend durchgeführten Vorbescheidverfahrens (IV-Nr. 68, 98, 108) stellte die Beschwerdegegnerin alsdann den C.\_\_\_\_-Gutachtern Ergänzungsfragen (IV-Nr. 93 f., 104 f.) und holte wiederholt Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (IV-Nr. 66, 88, 92, 96, 103, 107). Mit Verfügung vom 20. Oktober 2022 wies die Beschwerdegegnerin das Begehren des Beschwerdeführers um Gewährung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen (Ziff. 1) sowie um Ausrichtung einer Invalidenrente (Ziff. 2) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 30 % (erneut) ab (IV-Nr. 111; Akten-Seite [A.S.] 1 ff.).

### E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt eine Rente auszurichten. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 25. Januar 2023 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (A.S. 29 f.). 2.3 Der Beschwerdeführer verzichtet in der Folge auf das Einreichen einer

Replik. 2.4 Am 7. März 2023 reicht die Vertreterin des Beschwerdeführers ihre Kostennote ein (A.S. 35 f.). 2.5 Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit entscheidenderheblich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Am 1. Januar 2022 traten das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie die revidierte Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze 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 denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen.

### **E. 3**

3.1 Die Beschwerdegegnerin führt in ihrer Verfügung vom 20. Oktober 2022 aus, es hätten keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen durchgeführt werden können. So sei die psychiatrische Behandlung des Beschwerdeführers bei Therapiesitzungen bloss alle drei Wochen nicht leitliniengerecht; ausserdem habe der Beschwerdeführer sie weder für eine allfällige Unterstützung kontaktiert noch den als Auflage formulierten Nachweis einer Suchtmittelabstinenz erbracht. Ihre Abklärungen hätten weiter ergeben, dass der Beschwerdeführer sowohl in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit zu 70 % arbeitsfähig sei. Als Ursache der verbleibenden Einschränkung gelte die Schichtarbeit, welche aus gesundheitlichen Gründen zu vermeiden sei. Bei einem mittels Einkommensvergleich ermittelten Invaliditätsgrad von 30 % bestehe keine langandauernde Arbeitsunfähigkeit, welche einen Rentenanspruch begründe. Es seien daher sowohl das Begehren um Gewährung von beruflichen Massnahmen als auch das Rentenbegehren abzuweisen (vgl. A.S. 1 ff.; IV-Nr. 111 S. 1 ff.). Der Beschwerdeführer macht zusammenfassend geltend, das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2020 samt Ergänzung vom 23. November 2021, auf welches die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid abstütze, sei mangelhaft und nicht beweismässig. So sei das Gutachten nicht von allen beteiligten Gutachtern unterzeichnet worden. Das psychiatrische Teilgutachten sei in unvollständiger Kenntnis des Profils seiner letzten Tätigkeit ergangen und die in diesem enthaltene Diagnose eines «blossen» Substanzmissbrauchs werde durch die von den Behandlern gestellte Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms in Frage gestellt. Es sei demnach ein Gerichtsgutachten einzuholen. Überdies habe die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des Valideneinkommens zu Unrecht nicht auf seinen letzten, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung tatsächlich erzielten Verdienst abgestellt und bei der Ermittlung des Invalideneinkommens keinen leidensbedingten Abzug von mindestens 15 % vorgenommen (vgl. A.S. 4 ff.). 3.2 Strittig und nachfolgend zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht dem Beschwerdeführer die Ausrichtung einer Invalidenrente verweigert hat. Nicht im Streit steht hingegen die Abweisung des Gesuchs um Gewährung von beruflichen Massnahmen (vgl. Ziff. 1 der Verfügung vom 20. Oktober 2022 [A.S. 1, IV-Nr. 111 S. 1]), welche vom Beschwerdeführer (zu Recht) nicht beanstandet wird. 4. Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte 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 zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

## **E. 5**

5.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). 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 hinreichende 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 9C\_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1 mit Hinweisen).

5.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195). 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. 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126 f., 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). 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 aufgrund 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 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

## **E. 6**

6.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und Abs. 4 IVV). 6.2 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a S. 198). 6.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – ebenfalls analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung ist dabei die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114).

## **E. 7**

7.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen letzten, auf einer materiellen Rentenprüfung beruhenden Verfügung vom 10. Juli 2009 (IV-Nr. 32) erfolgte die Ablehnung des Leistungsbegehrens des Beschwerdeführers durch die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen gestützt auf den folgenden medizinischen Sachverhalt: 7.1.1 In einem Bericht der Orthopädischen Klinik des D.\_\_\_\_ vom 11. Mai 2007 wurden in orthopädischer Hinsicht «chronisch invalidisierende» lumbale Schmerzen nach einer chiropraktischen Manipulation vor etwa einem halben Jahr bei thorakolumbalen rechtsbetonter Hyperostose diagnostiziert. Die bisherige Tätigkeit sei «teilweise» und «[in] Vollzeit», eine andere Tätigkeit ebenfalls «[in] Vollzeit» sowie «in Abhängigkeit von den Schmerzen» zumutbar (vgl. IV-Nr. 14 S. 6). 7.1.2 In einem von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen neuropsychiatrisch-rheumatologischen Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2007 bescheinigten die Gutachter dem Beschwerdeführer folgende Diagnosen (vgl. IV-Nr. 15 S. 17): - Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Rahmen eines Abhängigkeitssyndroms durch Opioide mit ständigem Substanzgebrauch (ICD-10 F11.25) - Verdacht auf Abhängigkeitssyndrom, differentialdiagnostisch Schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.24/F10.1) - Verdacht auf Abhängigkeitssyndrom, differentialdiagnostisch Schädlicher Gebrauch von Sedativa (ICD-10 F13.24/F13.1) bei anamnestisch nachweisbarer Polytoxikomanie - Diffuse, idiopathische, skelettale

Hyperostosen (ICD-10 M48.1) - Chronische Hepatitis C (ICD-10 818.2) Es wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer zum Untersuchungszeitpunkt unter dem massiven Einfluss von diversen, primär ärztlich verordneten psychotropen Substanzen gestanden sei. Diese hätten erhebliche Auswirkungen auf die kognitiven und psychischen Funktionen und seien hauptsächlich verantwortlich für die beeinträchtigte Leistungsfähigkeit. Das primäre psychopathologische Beschwerdebild sei aufgrund der Exploration zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht erfassbar, da dieses durch die Psychopathologie, welche zum Abhängigkeitssyndrom gehöre, deutlich geprägt werde. Somit sei es nicht statthaft, von einer depressiven, oder anderen psychischen Störung zu sprechen, da die Symptome, die zu einer solchen Störung gehörten, aufgrund des Einflusses der psychotropen Substanzen entstanden seien. Ohne eine Entwöhnungstherapie, welche aufgrund der Schwere der Problematik nur unter stationären Bedingungen eine Chance auf Erfolg habe und welche von einer konsequenten ambulanten therapeutischen Massnahme begleitet werden müsse, werde der Beschwerdeführer in absehbarer Zeit nicht in der Lage sein, kognitiv und psychisch so zu funktionieren, dass er eine berufliche Tätigkeit ausüben könne. Es bestehe somit zum Untersuchungszeitpunkt, anhand der medizinischen Dokumentation seit Frühsommer 2006, wegen der Abhängigkeitsproblematik eine vollständige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (vgl. IV-Nr. 15 S. 15 f.). Die rheumatologischen Beschwerden des Patienten seien in der Art und Intensität unter der Diagnose der gesicherten diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose objektiv nicht nachvollzieh- und erklärbar. Bei der klinischen Untersuchung seien zudem Diskrepanzen zwischen den geäusserten Beschwerden und den Bewegungsstörungen (Hüftgelenke) aufgefallen. Der Beschwerdeführer sei anlässlich einer stationären Behandlung im Rehabilitationszentrum der Medizinischen Klinik F.\_\_\_\_ auf seine Leistungsfähigkeit getestet worden. Basierend auf diesen Resultaten sei die Arbeitsfähigkeit ab Austritt für fünf Wochen bis am 18. November 2006 unter den Bedingungen einer leichten bis mittelschweren Arbeit mit Gewichtslimite von 25 kg selten pro Tag auf 50 % und danach auf 100 % festgesetzt worden (vgl. IV-Nr. 15 S. 16). Zusammenfassend sei der Beschwerdeführer aktuell sowohl in der angestammten Tätigkeit als «Segmentmitarbeiter» als auch in jeder anderen Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. IV-Nr. 15 S. 19).

7.1.3 In einer Stellungnahme vom 19. Oktober 2007 kam RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, zum Schluss, beim Beschwerdeführer stehe aktuell eine Polytoxikomanie im Vordergrund, verbunden mit psychischen und Verhaltensstörungen, welche für sämtliche Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit begründeten. Das rheumatologische Leiden sei dagegen in Remission und verursache bei angepasster Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit. Aus seiner Sicht müsse der Beschwerdeführer zuerst alle seine Süchte überwinden, bevor allfällige IV-Leistungen gesprochen werden könnten (vgl. IV-Nr. 19).

7.1.4 In einem von der Beschwerdegegnerin neu in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 6. November 2008 wurden folgende Diagnosen gestellt (vgl. IV-Nr. 27 S. 9): - Abhängigkeitssyndrom diverser Suchtmittel (Opiode, Alkohol, Heroin, Kokain, Cannabis), aktuell abstinent (ICD-10 F19.20) - Status nach mittelgradig depressiver Episode ohne somatisches Syndrom im Sommer 2006, aktuell remittiert (ICD-10 F32.9) - diffuse idiopathische skelettale Hyperostose (ICD-10 M48.1) - chronische Hepatitis C (ICD-10 B18.2) Zur Beurteilung führte Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, aufgrund des im Austrittsbericht der I.\_\_\_\_ vom 4. Juli 2006 geschilderten Zustands und Verlaufs habe zum damaligen Zeitpunkt eine mittelgradig depressive Episode vorgelegen. Das heutige Zustandsbild erlaube diese Diagnose jedoch

nicht mehr, zeige doch der Beschwerdeführer aktuell keine entsprechende Symptomatik mehr, um auch nur eine leichte depressive Episode diagnostizieren zu können. Bemerkenswert sei das völlige Absetzen jeglicher Schmerzmedikation in Eigenregie, was offenbar weder schwere Entzugssymptome verursacht noch die Schmerzsymptomatik verstärkt habe. Geblieben seien eine gewisse Reizbarkeit und Impulsivität sowie Schlafprobleme, zu erklären mit der grüblerischen Beschäftigung mit den finanziellen Sorgen. Sowohl subjektiv als auch objektiv gehe es dem Beschwerdeführer seit Absetzen der hochdosierten, opioidhaltigen Schmerzmedikamente kognitiv und stimmungsmässig deutlich besser. Die Rückenschmerzen seien zwar nicht völlig verschwunden, aber mit dem Absetzen der Medikamente zumindest nicht exazerbiert. Die Übernahme eines Kiosks mit seiner Ehefrau eröffne dem Beschwerdeführer einen hoffnungsvollen Neustart, gebe ihm Auftrieb und nähere sein Selbstbewusstsein. Prognostisch sei dies als sehr positiv zu werten, allerdings sei auch damit zu rechnen, dass sich bei einem Misserfolg des Kiosk-Projekts rasch ein Rückfall sowohl der depressiven Symptomatik als auch der Schmerzproblematik einstelle und ein solcher gar die aktuelle Stabilität in Bezug auf die Polytoxikomanie erschüttern könne. Aus psychiatrischer Sicht zeige sich aktuell weder in der bisherigen noch in einer anderen Tätigkeit eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Es bestünden zurzeit keine depressive Symptomatik, kein Drogenmissbrauch, kein Gebrauch von opioidhaltigen Schmerzmedikamenten und die Rückenschmerzen seien für den Beschwerdeführer aktuell in einem tolerierbaren Bereich (vgl. IV-Nr. 27 S. 9 ff.).

7.1.5 In einer Stellungnahme vom 25. Februar 2009 erachtete RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, das psychiatrische Gutachten vom 6. November 2008 als schlüssig und nachvollziehbar. Es demonstriere «eindrücklich», wie die früher im Vordergrund stehenden somatischen und von den Fachärzten als invalidisierend bezeichneten Rückenbeschwerden fast vollständig verschwinden könnten, wenn eine Suchtproblematik unter Kontrolle gehalten werde und eine neue berufliche Perspektive in Form des laufenden Kiosk-Projektes bestehe (vgl. IV-Nr. 29).

7.2 Bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 20. Oktober 2022 (IV-Nr. 111; A.S. 1 ff.) präsentierte sich der (medizinische) Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

7.2.1 Im polydisziplinären C.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2020 (Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie/Traumatologie, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie) wurden folgende Diagnosen gestellt (vgl. IV-Nr. 62.1 S. 7):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störungen, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.0) - Leichte neuropsychologische Störung in erster Linie im Rahmen der depressiven Symptomatik

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Alkoholmissbrauch (ICD-10 F10.1) - THC-Missbrauch (ICD-10 F13.1) - St.n. Polytoxikomanie (Heroin, Kokain, Cannabis, Benzodiazepine) - Übergewicht (BMI 28.4 kg/m<sup>2</sup>) - Hyperlipidämie ED 05/2016 - Labile arterielle Hypertonie - Hepatitis C, Triple-Therapie bis 06.12.2014, 11/2015 Virus nicht mehr nachweisbar - Status nach Hepatitis B, aktuell Leberwerte leicht bis deutlich erhöht - Leberfibrosierung höheren Grades, Sono 01.05.2015, Entwicklung einer Leberzirrhose Child A, 03.06.2016

Ausschluss von Ösophagusvarizen - fokal-noduläre Hyperplasie im Leber-Segment 5 ED 06/2016 - Leberläsion Segment 7, am ehesten Regenerationsknoten ED 03/2018 - Verdacht auf Cholezystolithiasis ED 03/2018 - Nikotinabusus von 20 Zigaretten täglich - Vitamin D-Mangel ED 06/2019 - Chronische Schmerzen der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule bei degenerativen Veränderungen des Achsorganes, V.a. diffuse idiopathische skelettale Hyperostose - ohne klinische Funktionsdefizite, ohne zu objektivierende Bewegungseinschränkungen oder muskuläre Auffälligkeiten - ohne neurologische

Auffälligkeiten - ohne Hinweise für stattgehabte oder aktuelle Wurzelreizsymptomatik - Status nach Operation eines CTS beidseits (rechts 06/2015, links 08/2015), Verdacht auf Karpaltunnelsyndromrezidiv Im Rahmen ihrer interdisziplinären Beurteilung hielten die C.\_\_\_\_-Gutachter fest, die allgemein-internistischen Erkrankungen, namentlich aktuell die Leberzirrhose, seien insgesamt gut behandelbar und hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Auch in orthopädischer und neurologischer Hinsicht bestünden keine funktionellen Einschränkungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit. In psychiatrischer Hinsicht lägen eine leichte depressive Symptomatik und eine emotionale Instabilität vor, welche bei ausreichender Motivation des Beschwerdeführers durch geeignete Massnahmen verbessert werden könnten. Darüber hinaus sei eine leichte neuropsychologische Störung in erster Linie im Rahmen der depressiven Symptomatik festzustellen (vgl. IV-Nr. 62.1 S. 8). Sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Laserbeschrifter als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe gesamthaft gesehen seit dem 1. April 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (sechs Stunden pro Tag bei einer Leistungsfähigkeit von 100 %), wobei für die Beurteilung der Gesamtarbeits(un)fähigkeit (einzig) die psychiatrischen und neuropsychologischen Einschränkungen massgebend seien (vgl. IV-Nr. 62.1 S. 10). Die Arbeitsfähigkeit von 70 % in jedweder Tätigkeit sei bedingt durch die Traurigkeit, die Antriebsminderung und die Interessenlosigkeit im Zusammenhang mit den rezidivierenden depressiven Störungen (vgl. IV-Nr. 62.1 S. 11). Zu vermeiden sei allgemein Schichtarbeit, um die depressiven Symptome nicht zu verschlimmern. Überdies müsse es eine Tätigkeit sein, welche keine oder nur minimale Anforderungen an sprachgebundene Fähigkeiten wie Lesen und Rechnen stelle. Aufgrund der Gedächtnisstörung habe die Tätigkeit einem repetitiven Muster zu folgen und die einzelnen Arbeitsschritte hätten keine Anforderungen an die Merkspanne und Konzentration zu stellen. Konkret bedeute dies, dass der Beschwerdeführer nicht ständig neue Arbeitsschritte erlernen müsse und die einzelnen Arbeitsschritte nicht aus mehreren, in der Reihenfolge zwingend einzuhaltenden Teilschritten bestehen dürfen (vgl. IV-Nr. 62.1 S. 9).

7.2.2 In einer Stellungnahme vom 14. Dezember 2020 erachtete RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2020 als nachvollziehbar und schlüssig. Es sei dem Beschwerdeführer vor und während einer allfälligen beruflichen Massnahme eine medizinische Auflage zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und zur Suchtmittelabstinenz zu machen (vgl. IV-Nr. 66).

7.2.3 Mit Einwand vom 26. März 2021 reichte der Beschwerdeführer den Einsatzvertrag der L.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2018 zu seiner letzten Anstellung in der «Laserbeschriftung» ein. Dieser erwähnt Zuschläge bei Schichtarbeit (vgl. IV-Nr. 74 S. 8).

7.2.4 Mit Bericht vom 27. April 2021 diagnostizierte Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, beim Beschwerdeführer eine Bilaterale Brachialgie unklarer Ätiologie. Ein Rezidiv des Karpaltunnelsyndroms könne aktuell beidseits nicht nachgewiesen werden. Klinisch bestünden keine Hinweise für eine proximal im Wurzel- oder Plexusbereich oder zentralnervös gelegene Läsion. Aus neurologischer Sicht seien aktuell keine zusätzlichen Massnahmen erforderlich (vgl. IV-Nr. 81 S. 3).

7.2.5 Mit Bericht vom 29. April 2021 zu einem Erstgespräch vom 15. April 2021 stellten die B.\_\_\_\_, Behandlungszentrum [...], die Diagnosen Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2), Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F19.2) sowie Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2). Beim Beschwerdeführer sei eine langjährige Drogenabhängigkeit bei Alkoholsuchtkonsum und Konsum von aktuell einigen Joints pro Woche bekannt. Aufgrund der psychosozialen

Belastung mit Anpassungsstörung sei der Beschwerdeführer an einer stationären Krisenintervention zur Stabilisierung sehr interessiert, um langfristig eine anhaltende Drogenabstinenz zu erreichen (vgl. IV-Nr. 83 S. 2 ff.). 7.2.6 Im Austrittsbericht des Behandlungszentrums [...] der B.\_\_\_\_ vom 25. Mai 2021 (stationärer Aufenthalt vom 7. Mai bis am 22. Mai 2021) wurden dem Beschwerdeführer die Diagnosen Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F19.2) sowie Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) gestellt. Beim Aufnahmegespräch habe er sich in einem niedergestimmten Zustand ohne grosse Hoffnung präsentiert. Während des Aufenthaltes sei der Eindruck entstanden, dass seine somatische Erkrankung nun zum «Hauptthema» in seinem Leben geworden sei (vgl. IV-Nr. 84 S. 3 ff.). 7.2.7 Am 30. Juni 2021 nahm Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], welcher den Beschwerdeführer neu ambulant behandelte, gegenüber der Beschwerdegegnerin Stellung. Er bescheinigte dem Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1). Der Beschwerdeführer befinde sich aktuell in einem ängstlich-depressiven Zustand mittleren bis schweren Grades sowie in einem Stimmungstief und leide unter Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen. Er sei gegenwärtig sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. IV-Nr. 86 S. 6 ff.). 7.2.8 In einer Aktennotiz vom 30. August 2021 hielt RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_ fest, mit dem Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 27. April 2021 sei die im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2020 gestellte Verdachtsdiagnose eines Karpaltunnelsyndromrezidivs beidseits nicht bestätigt worden. Er empfehle wie vom Beschwerdeführer beantragt, beim letzten Arbeitgeber den vollständig ausgefüllten Arbeitgeberfragebogen einzuholen und diesen anschliessend den C.\_\_\_\_-Gutachtern vorzulegen, verbunden mit der Ergänzungsfrage, ob diese gestützt auf die Antworten im Fragebogen und aufgrund des neu in Erfahrung gebrachten Umstandes, dass der Beschwerdeführer bisher Schichtarbeit geleistet habe, an ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit festhielten (vgl. IV-Nr. 88). 7.2.9 Am 9. September 2021 reichte der bisherige Arbeitgeber L.\_\_\_\_ den von ihm ergänzten Arbeitgeberfragebogen ein. Gemäss diesem waren in der letzten Tätigkeit des Beschwerdeführers im Bereich «Laserbeschriftung» die (geistigen) Anforderungen an die Konzentration/Aufmerksamkeit, das Durchhaltevermögen und die Sorgfalt gross und an das Auffassungsvermögen mittelgross (vgl. IV-Nr. 90 S. 4). 7.2.10 In einer ergänzenden Stellungnahme vom 23. November 2021 führte die C.\_\_\_\_ aus, selbst wenn die Verrichtung von Schichtarbeit in ihre Beurteilung mit einflüsse, ergäben sich aus neuropsychologischer Sicht keine neuen Aspekte. Zum Zeitpunkt der neuropsychologischen Untersuchung habe beim Beschwerdeführer eine leichte neuropsychologische Störung vorgelegen, welche die eingeschränkte Leistungsfähigkeit von 30 % (in der angestammten Tätigkeit) begründe. Bei den objektivierten Defiziten handle es sich primär um Gedächtnisdefizite, welche bei einer Tätigkeit im Bereich «Laserbeschriftung» zu einem verlangsamten Arbeitstempo führen könnten, sich jedoch nicht auf die Qualität auswirkten. Die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung sei während der 3 1/2 Stunden dauernden neuropsychologischen Untersuchung unauffällig gewesen. Darüber hinaus sprächen die im neuropsychologischen Teilgutachten beschriebenen Anforderungen an eine angepasste Tätigkeit sowie die objektivierten kognitiven Defizite nicht gegen die Ausführung einer Schichtarbeit. Die Stellungnahme wurde einzig unterzeichnet von zwei Mitgliedern der Geschäftsleitung der

C.\_\_\_\_ sowie vom neuropsychologischen (Teil-) Gutachter (vgl. IV-Nr. 94). 7.2.11 Mit Stellungnahme vom 14. Dezember 2021 hielt RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_ fest, gestützt auf die ergänzenden Ausführungen der C.\_\_\_\_-Gutachter vom 23. November 2021 könne am C.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2020 festgehalten werden (vgl. IV-Nr. 96). 7.2.12 Auf einen erneuten Einwand des Beschwerdeführers hin kam RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 12. April 2022 zum Schluss, dass sowohl die Ausführungen im neuropsychologischen als auch im psychiatrischen (Teil-) Gutachten weiterhin nachvollziehbar seien. Die im Austrittsbericht des Behandlungszentrums [...] der B.\_\_\_\_ vom 25. Mai 2021 gestellte nicht identische Diagnose betreffend eine Suchterkrankung müsse nicht zwangsläufig mit einer anderen Arbeitsfähigkeitseinschätzung als derjenigen gemäss C.\_\_\_\_-Gutachten verbunden sein. Es sei (auch) dem psychiatrischen Teilgutachter die Ergänzungsfrage zu unterbreiten, weshalb sich gemäss gutachterlicher Einschätzung die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit trotz Schichtarbeit gleich wie in angepasster Tätigkeit ohne Schichtarbeit auf 70 % belaufe (vgl. IV-Nr. 103). 7.2.13 Mit Schreiben vom 4. Juli 2022 teilte die C.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin mit, dass der psychiatrische Teilgutachter in der Zwischenzeit die Zusammenarbeit mit ihr beendet habe und sie die Rückfrage somit nicht mehr beantworten könne (vgl. IV-Nr. 105). 7.2.14 Am 14. Juli 2022 nahm RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_ «abschliessend» Stellung. Es sei grundsätzlich auf das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2020 abzustellen. Es sei indessen nicht nachvollziehbar, dass sich gemäss gutachterlicher Einschätzung die Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit – also ohne Schichtarbeit – auf 70 % belaufe. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit betrage nur dann seit dem 1. April 2019 70 %, sofern er keine Schichtarbeit zu leisten habe. Andernfalls sei sie auf 0 % festzulegen (vgl. IV-Nr. 107).

## **E. 8**

8.1 Zwischen den Parteien ist der Beweiswert des internistischen Teilgutachtens vom 2. November 2020, des orthopädisch/traumatologischen Teilgutachtens vom 27. Oktober 2020 sowie des neurologischen Teilgutachtens vom 14. Oktober 2020 und die darin dem Beschwerdeführer von den C.\_\_\_\_-Gutachtern in somatischer Hinsicht bescheinigte vollständige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in jeder anderen Tätigkeit (vgl. IV-Nr. 62.3 S. 11 f.; 62.4 S. 12 f.; 62.5 S. 8 f.) unbestritten und gibt ausweislich der Akten zu keinen Beanstandungen Anlass. So liess sich etwa der in neurologischer Hinsicht gutachterlich geäusserte Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndromrezidiv beidseits (vgl. IV-Nr. 62.5 S. 7) auch durch den Behandler nachträglich nicht bestätigen (vgl. IV-Nr. 81 S. 3; E. II. 7.2.4 hiervor).

Darüber hinaus werden auch das psychiatrische Teilgutachten vom 14. Oktober 2020 sowie das neuropsychologische Teilgutachten vom 23. September 2020 den von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II. 5.2 hiervor) gerecht. Sie sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt worden (vgl. IV-Nr. 62.2), geben die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ausführlich wieder (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 2 ff.; 62.7 S. 1 ff.), beruhen auf allseitigen fachärztlichen und -psychologischen Untersuchungen (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 6 ff.; 62.7 S. 4 f., 9 f.) und die (Teil-) Gutachter der C.\_\_\_\_ setzen sich im Rahmen der Diagnosestellung und der versicherungsmedizinischen Beurteilung mit den subjektiven Beschwerdeangaben bzw. den medizinischen Akten auseinander (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 10 ff.; 62.7 S. 5 ff.). Die beiden Teilgutachten sind in der Beurteilung der medizinischen

Zusammenhänge und der medizinischen Situation nachvollziehbar. Namentlich vermag die jeweilige Diagnoseherleitung (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 10; 62.7 S. 6 f.) auch anhand der Befundlage (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 6 f.; 62.7 S. 9 f.) zu überzeugen.

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 14. Oktober 2020 wird schlüssig aufgezeigt, dass beim Beschwerdeführer als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ abgesehen von der leichten neuropsychologischen Störung ■ (lediglich) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), vorliege und aufgrund der mit dieser in Zusammenhang stehenden Traurigkeit, Antriebsminderung und Interessenlosigkeit die Arbeitsfähigkeit seit dem 1. April 2019 in jedweder Tätigkeit 70 % betrage. Ebenfalls wird überzeugend dargelegt, dass Schichtarbeit zu vermeiden sei, um die depressive Symptomatik nicht zu verschlimmern (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 10 ff.).

Dem neuropsychologischen Teilgutachten vom 23. September 2020 lässt sich ebenfalls nachvollziehbar entnehmen, dass beim Beschwerdeführer eine leichte neuropsychologische Störung vorliege, welche am ehesten im Rahmen der depressiven Symptomatik zu interpretieren sei. Gestützt darauf sei in der angestammten Tätigkeit von einer Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 70 %, in einer seinem Leiden angepassten Tätigkeit (einfache repetitive Tätigkeit mit keinen oder nur minimalen Anforderungen an sprachgebundene Fähigkeiten wie Lesen und Rechnen, einzelne Arbeitsschritte ohne Anforderungen an die Merkspanne und Konzentration) von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen (vgl. IV-Nr. 62.7 S. 6 ff.; 94 S. 1).

Schliesslich vermag gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten auch die medizinische Gesamtbeurteilung im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2020 grundsätzlich zu überzeugen, wonach beim Beschwerdeführer sowohl in der angestammten als auch in einer seinen psychiatrischen und neuropsychologischen Einschränkungen angepassten Tätigkeit seit dem 1. April 2019 eine Arbeitsfähigkeit von insgesamt 70 % vorliege (vgl. IV-Nr. 62.1 S. 10; zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im Besonderen siehe jedoch auch E. II. 8.3 nachfolgend). Das C.\_\_\_\_-Gutachten ist damit im Grundsatz geeignet, den Beweis für den anspruchserheblichen medizinischen Sachverhalt zu erbringen.

## **E. 8.2**

8.2.1 Der Beschwerdeführer beanstandet, dass die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der C.\_\_\_\_ weder vom psychiatrischen (und zugleich neurologischen) Teilgutachter, noch vom neuropsychologischen Teilgutachter (mit-) unterzeichnet worden sei. Das C.\_\_\_\_-Gutachten weise einen erheblichen Mangel auf, wenn die Konsensbeurteilung gerade von den Gutachtern derjenigen Fachrichtungen ■ Psychiatrie und Neuropsychologie ■ nicht unterschrieben sei, welche für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausschlaggebend seien (vgl. Beschwerde; A.S. 8 f.).

8.2.2 Es trifft zwar zu, dass die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der C.\_\_\_\_ vom 9. November 2020 lediglich vom internistischen und vom orthopädischen Teilgutachter unterschrieben wurde, nicht aber von Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, sowie von Lic. phil. P.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, welche für die neurologische, die psychiatrische und die neuropsychologische Begutachtung des Beschwerdeführers zuständig waren (vgl. IV-Nr. 62.1 S. 14). Immerhin liegen jedoch ihre Teilgutachten, welche in das Hauptgutachten integriert wurden, unterzeichnet bei den Akten (vgl. IV-Nr. 62.5 S. 12; 62.6 S. 16; 62.7 S. 8) und war der neuropsychologische Teilgutachter später Mitunterzeichner

der ergänzenden Stellungnahme vom 23. November 2021 (vgl. IV-Nr. 94 S. 2).

Darüber hinaus wurde in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung dargelegt, dass der Konsens unter den beteiligten Fachärzten und dem Fachpsychologen am 4. November 2020 mündlich und per E-Mail erarbeitet wurde (vgl. IV-Nr. 62.1 S. 12). Dr. med. O. \_\_\_ hatte im Zeitpunkt der Erstellung seines psychiatrischen Teilgutachtens vom 14. Oktober 2020 Kenntnis vom neuropsychologischen Teilgutachten vom 29. September 2020 und übernahm dessen Befunde und Schlussfolgerungen in seine Expertise (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 7 ff.). Eine Abstimmung der beiden Fachgebiete Psychiatrie und Neuropsychologie, deren Diagnosestellung für die Begründung einer (Teil-) Arbeitsunfähigkeit massgebend waren, erfolgte somit bereits vor der eigentlichen Konsensbeurteilung und die Diagnoseherleitung und die Arbeitsfähigkeitseinschätzung der beiden Teilgutachten fanden anschliessend unverändert Eingang in die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (vgl. IV-Nr. 62.1 S. 6, S. 10 f.; 62.6 S. 10, S. 12 ff.; 62.7 S. 7). Schliesslich ergibt sich nur in psychiatrischer, nicht aber in neuropsychologischer Hinsicht eine Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 13; 62.7 S. 7), so dass eine Gesamtbeurteilung derselben ohnehin entfällt. Die fehlenden Unterschriften des neurologischen, des psychiatrischen und des neuropsychologischen Teilgutachters auf der interdisziplinären Gesamtbeurteilung stellen somit vorliegend ■ wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht (vgl. Beschwerdeantwort; A.S. 29) ■ keinen erheblichen Mangel des Hauptgutachtens dar (vgl. in diesem Sinne auch: Urteile des Bundesgerichts 9C\_114/2017 vom 21. August 2017 E. 7.2.1 sowie 8C\_904/2012 vom 28. März 2013 E. 4.4).

8.3 Der Beschwerdeführer macht geltend, das C. \_\_\_-Gutachten vom 9. November 2020 samt ergänzender Stellungnahme vom 23. November 2021 weise einen erheblichen Mangel auf, da der psychiatrische Teilgutachter die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit festgelegt habe, ohne zu wissen, dass er Schichtarbeit verrichtet habe. Es sei nicht einzusehen, weshalb die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (Laserbeschriftung in Schichtarbeit) gleich hoch ■ nämlich 70 % ■ ausfallen solle wie in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit, bei welcher gemäss psychiatrischem Zumutbarkeitsprofil Schichtarbeit gerade zu vermeiden sei. Wenn das Gutachten in einem wichtigen Punkt nicht verwertbar sei, weil dem psychiatrischen Teilgutachter wichtige Informationen fehlten und er für eine auch nach Auffassung des RAD und der Beschwerdegegnerin zu erfolgende Klärung der sich daraus ergebenden Ergänzungsfragen nicht mehr zur Verfügung stand, könne dieses nicht einfach durch die Beurteilung eines RAD-Facharztes für Anästhesiologie ergänzt werden, sondern es bedürfe einer erneuten Begutachtung (vgl. Beschwerde; A.S. 9 ff., 18).

8.3.1 Die Einschätzung von Dr. med. O. \_\_\_ in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 14. Oktober 2020, wonach der Beschwerdeführer (auch) in der bisherigen Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig sei (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 12 f.), beruht einerseits auf seiner fachkundigen und nachvollziehbaren medizinischen Beurteilung, welche der gerichtlichen Entscheidung grundsätzlich zugrunde gelegt werden kann (vgl. E. II. 8.1 hiavor). Sie umfasst andererseits eine gewisse Vorstellung von der Art der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers; dabei handelt es sich um eine nichtmedizinische Frage, welche das Gericht selbst beurteilen kann. Dem vom Beschwerdeführer nach Erstellung des C. \_\_\_-Gutachtens vom 9. November 2020 im Rahmen des Einwandverfahrens neu zu den Akten gereichten Einsatzvertrag der L. \_\_\_ vom 5. Juni 2018 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in seinem letzten Anstellungsverhältnis als Laserbeschrifteter Zuschläge

für (Nacht-) Schicht erhalten sollte. Dies lässt es als jedenfalls überwiegend wahrscheinlich erscheinen, dass er auch Schichtarbeit zu verrichten hatte (vgl. IV-Nr. 74 S. 8; E. II. 7.2.3 hiervor). Dr. med. O.\_\_\_\_ definierte das psychiatrische Zumutbarkeitsprofil einer leidensangepassten Tätigkeit dahingehend, dass Schichtarbeit zu vermeiden sei, um die depressiven Symptome nicht zu verschlimmern (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 13). Bei dieser (neuen) Aktenlage erscheint das Ausüben der letzten Tätigkeit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als nicht mehr realistisch, ist doch die Ausübung von Schichtarbeit ■ wie der Beschwerdeführer zu Recht darauf hinweist (vgl. Beschwerde; A.S. 13) ■ medizinisch geradezu kontraindiziert. Es ist demnach nicht zu beanstanden, wenn RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_ zum Schluss kam, dass sich die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nur dann auf 70 % belaufen würde, wenn keine Schichtarbeit zu leisten sei, andernfalls sie auf 0 % festzulegen sei (vgl. IV-Nr. 107; E. II. 7.2.14 hiervor). Da die Beantwortung dieser Frage nicht medizinischer Natur war, ist es auch unschädlich, dass ■ trotz entsprechender Bemühungen der Beschwerdegegnerin ■ von Dr. med. O.\_\_\_\_ dazu keine Stellungnahme mehr erhältlich war (vgl. IV-Nr. 105; E. II. 7.2.13 hiervor) und schliesslich Dr. med. K.\_\_\_\_, der selber über keinen Facharztstitel in Psychiatrie verfügt, eine abschliessende Beurteilung abgab. Auch wenn dem psychiatrischen Teilgutachten mithin insoweit nicht gefolgt werden kann, als darin die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf 70 % beziffert wird, steht dies dessen Beweiskraft und derjenigen des C.\_\_\_\_-Gutachtens vom 9. November 2020 bezüglich sämtlichen medizinischen Aussagen und Feststellungen, namentlich des aus medizinischer Sicht formulierten Zumutbarkeitsprofils und der Einschätzung der (Teil-) Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht entgegen.

8.3.2 Ohnehin würde sich dieser Mangel im psychiatrischen Teilgutachten bzw. im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2020 nur dann auf einen allfälligen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers auswirken, wenn die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 20. Oktober 2022 davon ausgegangen wäre, dass der Beschwerdeführer aufgrund der gutachterlich seit dem 1. April 2019 ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von (lediglich) 30 % in der angestammten Tätigkeit die für den Rentenanspruch verlangte durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % während eines Jahres nicht erreiche (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; vgl. E. II. 4. hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat jedoch ■ zumindest im Ergebnis ■ zu Recht und im Endeffekt zugunsten des Beschwerdeführers die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als vollständig aufgehoben betrachtet und im Anschluss daran ■ ohne Bezugnahme auf die angestammte Tätigkeit ■ den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente aufgrund eines Einkommensvergleichs beurteilt (vgl. A.S. 2; IV-Nr. 111 S. 2). Da ■ wie nachfolgend aufzuzeigen ist (vgl. E. II. 10.) ■ auch die konkrete Invaliditätsbemessung keinen rentenwirksamen Invaliditätsgrad zu begründen vermag, ist letztlich unerheblich, ob bereits die Anspruchsvoraussetzung nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG nicht erfüllt ist.

8.3.3 Dieser Auffassung wäre allenfalls dann nicht zu folgen, wenn aufgrund der unzutreffenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ■ im Sinne einer Wechselwirkung ■ die in psychiatrischer Hinsicht gutachterlich bescheinigte Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer Verweistätigkeit nicht mehr nachvollziehbar wäre. Das ist jedoch zu verneinen: So führte Dr. med. O.\_\_\_\_ überzeugend aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung unter einer Traurigkeit, Antriebsminderung und Interessenlosigkeit leide, welche ihn (auch) in einer

leidensangepassten, Schichtarbeit vermeidenden Tätigkeit im Umfang von 30 % einschränke (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 13 f.).

8.3.4 Bei diesem Ergebnis muss nicht weiter geprüft werden, ob ■ wie der Beschwerdeführer zusätzlich geltend macht (vgl. Beschwerde; A.S. 15 f.) ■ die C.\_\_\_\_-Gutachter bei der im Rahmen der Konsensbeurteilung festgestellten vollen Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (vgl. IV-Nr. 62.1 S. 10; E. II. 7.2.1 hiervor) das vom neuropsychologischen Teilgutachter Lic. phil. P.\_\_\_\_ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 23. November 2021 angeführte allenfalls verlangsamte Arbeitstempo des Beschwerdeführers bei einer Tätigkeit als Laserbeschrifteter (vgl. IV-Nr. 94; E. II. 7.2.10 hiervor) nicht zureichend berücksichtigten.

8.4 Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, der Austrittsbericht des Behandlungszentrums [...] der B.\_\_\_\_ vom 25. Mai 2021 wecke erhebliche Zweifel an den im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2020 gestellten Diagnosen. Während das Gutachten nur von einem schädlichen Gebrauch ausgehe, hätten die B.\_\_\_\_ ■ in Übereinstimmung mit den rapportierten, vom Beschwerdeführer nach Klinikeintritt gezeigten Entzugerscheinungen ■ ein Abhängigkeitssyndrom diagnostiziert. Gerade der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin von ihm für die Durchführung beruflicher Massnahmen einen vorgängigen langfristigen und von ihm nicht erbrachten Abstinenznachweis verlangt habe, spreche dafür, dass der Substanzkonsum «mit einiger Wahrscheinlichkeit» einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (Beschwerde; A.S. 16 ff.).

8.4.1 Vorab gilt es ■ wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hinweist (vgl. Beschwerdeantwort; A.S. 29 f.) ■ 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). Der Beschwerdeführer sagte anlässlich der C.\_\_\_\_-Begutachtung konstant aus, er konsumiere aktuell kaum noch psychotrope Substanzen (pro Woche zwei Liter Bier [vgl. IV-Nr. 62.3 S. 4; 62.4 S. 3; 62.8 S. 4], pro Woche vier Dosen Bier, eine halbe bis ganze Flasche Wein sowie vielleicht einen Joint [vgl. IV-Nr. 62.5 S. 3; 62.6 S. 3] bzw. pro Woche zwei Liter Bier, zwei kleine Flaschen Weisswein sowie einen Joint [vgl. IV-Nr. 62.7 S. 3 f.]). Eine von der C.\_\_\_\_ veranlasste Laboruntersuchung vom 21. Oktober 2020 ergab zwar einen deutlich erhöhten GGT-Wert, jedoch auch einen ■ den chronischen Alkoholkonsum nachweisenden (vgl. die vom Beschwerdeführer eingereichte Fachliteratur; IV-Nr. 100 S. 10) ■ CDT-Wert «in der Grauzone» (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 9; 62.9 S. 1 ff.). Der neuropsychologische Teilgutachter stellte weiter fest, das beim Beschwerdeführer ermittelte kognitive Profil spreche eher gegen einen relevanten Einfluss des erhöhten Alkoholkonsums auf die kognitiven Defizite (vgl. IV-Nr. 62.7 S. 7; siehe auch IV-Nr. 62.6 S. 9). Es ist somit nachvollziehbar und nicht zu beanstanden, dass Dr. med. O.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 14. Oktober 2020 zum Schluss kam, der Beschwerdeführer sei in der Lage, den Konsum von THC und Alkohol zwar nicht vollständig zu unterbinden, jedoch zumindest zu begrenzen (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 11 f.), und gestützt darauf (lediglich) einen Alkoholmissbrauch (ICD-10 F10.1), einen THC-Missbrauch (ICD-10 F13.1) sowie einen St.n. Polytoxikomanie (Heroin, Kokain, Cannabis, Benzodiazepine) ohne Auswirkung auf

die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 10).

8.4.2 Zwar erliess die Beschwerdegegnerin auf Empfehlung des RAD hin (vgl. IV-Nr. 66 S. 4; E. II. 7.2.2 hiervor) in ihrem Vorbescheid vom 23. Februar 2021 im Zusammenhang mit der Durchführung allfälliger beruflicher Eingliederungsmassnahmen eine medizinische Auflage zur Suchtmittelabstinenz (vgl. IV-Nr. 68 S. 2). Eine solche Auflage war indessen insofern angebracht, als Dr. med. O. \_\_\_ in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 14. Oktober 2020 davon ausging, dass die durch die rezidivierende depressive Störung bedingte Arbeitsunfähigkeit von 30 % in einer leidensangepassten Tätigkeit neben einer angemessenen psychiatrischen Behandlung der depressiven Symptome auch durch einen gänzlichen Verzicht auf ■ die Demotivation des Beschwerdeführers verstärkende ■ Suchtmittel (zusätzlich) verbessert werden könne (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 11 f., S. 14). Der Beschwerdeführer kann demnach daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten.

8.4.3 Auch die vom Behandlungszentrum [...] der B. \_\_\_ dem Beschwerdeführer gestellte Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms bei Konsum von Alkohol und anderer psychotroper Substanzen (ICD-10 F10.2 sowie ICD-10 F19.2; vgl. IV-Nr. 83 S. 3; 84 S. 3) vermag keine begründeten Zweifel an der Schlüssigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens vom 14. Oktober 2020 zu begründen: So führte der Beschwerdeführer anlässlich des Erstgesprächs vom 15. April 2021 erneut aus, er konsumiere aktuell pro Woche lediglich zwei Joints sowie zwei Liter Bier, «hauptsächlich, wenn er sich nicht gut fühle und psychisch angespannt sei». Er habe mit dem übermässigen Alkoholkonsum aufgehört, da dieser aufgrund seiner Lebererkrankung starke abdominelle Krämpfe und Schmerzen auslöse (vgl. IV-Nr. 83 S. 2). Auch wenn er den THC-Konsum anschliessend auf einen Joint pro Tag korrigierte (vgl. IV-Nr. 84 S. 4), lässt sich aus seinen Angaben nicht ohne weiteres eine Substanzabhängigkeit anstelle eines blossen schädlichen Substanzgebrauchs ableiten. Dasselbe gilt für die am 14. Mai 2021 erhobenen Laborbefunde, welche zwar erneut einen deutlich erhöhten GGT- bzw. gamma-GT-Wert ergaben, indessen ■ soweit ersichtlich ■ den aussagekräftigeren (vgl. E. II. 8.4.1 hiervor) CDT-Wert nicht auswiesen (vgl. IV-Nr. 84 S. 6 ff.). Soweit die B. \_\_\_ beim Beschwerdeführer nach seinem Klinikeintritt «Entzugserscheinungen» in Form von Schlafstörungen, innerer Unruhe und Bluthochdruck notierten (vgl. IV-Nr. 84 S. 4), ist dem entgegenzuhalten, dass diese Befunde und die Diagnose einer Hypertonie bereits vor dem Klinikeintritt erhoben bzw. gestellt worden waren (vgl. IV-Nr. 62.3 S. 9, S. 13; 83 S. 3) und mithin nicht zwingend mit einem Entzug in Zusammenhang gestanden sein müssen. Ohnehin stellen Entzugserscheinungen nur eines von mehreren für die Bejahung einer Alkoholabhängigkeit zu erfüllenden diagnostischen Kriterien dar (vgl. IV-Nr. 100 S. 7, S. 9) und lässt sich dem Austrittsbericht vom 25. Mai 2021 nicht entnehmen, ob die dem Beschwerdeführer gestellte Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms nach Auffassung der behandelnden Ärzte Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. IV-Nr. 84 S. 3 ff.; E. II. 7.2.6 hiervor). Dr. med. Q. \_\_\_, Fachärztin für Allergologie und klinische Immunologie, Behandlungszentrum [...] der B. \_\_\_, welche den Beschwerdeführer vor und nach dem Klinikaufenthalt (kurz) ambulant behandelt hatte, vertrat sogar ■ in Widerspruch zur Diagnosestellung im von ihr mitunterzeichneten Bericht vom 29. April 2021 (vgl. IV-Nr. 83 S. 2 ff.; E. II. 7.2.5 hiervor) ■ gemäss einer Notiz zu einem Telefongespräch mit der Beschwerdegegnerin vom 10. Juni 2021 die Auffassung, der Beschwerdeführer habe kein Suchtproblem, sondern es lägen eher psychosoziale Probleme vor (vgl. Protokoll per 26.01.2023, S. 2 f.).

8.5 Schliesslich spricht auch die im Nachgang zum C.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2020 von der Beschwerdegegnerin eingeholte Stellungnahme des (neu) behandelnden Psychiaters Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2021 (vgl. IV-Nr. 86 S. 6 ff.; E. II. 7.2.7 hiervor) nicht gegen die Zuverlässigkeit der Expertise von Dr. med. O.\_\_\_\_. So lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_425/2019 vom 10. September 2019 E. 3.4 mit Hinweisen). Soweit Dr. med. N.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und somit eine Verschlechterung von dessen Gesundheitszustand seit der Untersuchung durch Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 30. September 2020 bescheinigte, vermag seine abweichende Beurteilung des Schweregrades der Depression insofern nicht zu überzeugen, als das Behandlungszentrum [...] der B.\_\_\_\_ kurz zuvor bei Klinikeintritt lediglich eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) diagnostiziert (vgl. IV-Nr. 83 S. 3) und bei Klinikaustritt besagte Diagnose nicht weiter aufrechterhalten hatte (vgl. IV-Nr. 84 S. 3). Was die von Dr. med. N.\_\_\_\_ fachärztlich erstmals gestellte und nicht weiter begründete Diagnose einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. O.\_\_\_\_ davon Kenntnis hatte, dass sich der Beschwerdeführer ständig grosse Sorgen wegen seiner Leber macht(e) (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 2, S. 4, S. 6). Er mass diesen Ängsten indessen ■ nachvollziehbar ■ keinen (invalidisierenden) Krankheitswert bei, da sich der Beschwerdeführer im Gespräch von seinen Sorgen lösen konnte (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 7). Bei der von Dr. med. N.\_\_\_\_ erfolgten diagnostischen Einschätzung und mit dieser verbundenen Bescheinigung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, welche dieser nach lediglich zwei Sitzungen vornahm (vgl. IV-Nr. 86 S. 7), handelt es sich mithin lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhaltes. Im Rahmen psychiatrischer Beurteilungen besteht jedoch immer ein gewisser Ermessensspielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_200/2018 vom 7. August 2018 E. 6.3 mit Hinweisen). Das trifft vorliegend auf die Beurteilung von Dr. med. O.\_\_\_\_ zu.

8.6 Nach dem Gesagten ist dem psychiatrischen Teilgutachten vom 14. Oktober 2020 und mit diesem dem C.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2020 insofern nicht zu folgen, als darin dem Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Laserbeschrifteter eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bescheinigt wird (vgl. E. II. 8.3 hiervor). Dessen ungeachtet erweist sich das Hauptgutachten hinsichtlich des darin formulierten Zumutbarkeitsprofils und der darin festgelegten Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit als voll beweismässig, so dass darauf abgestellt werden kann. In einer leidensangepassten Tätigkeit besteht mithin seit dem 1. April 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (sechs Stunden pro Tag bei einer Leistungsfähigkeit von 100 %), wobei Schichtarbeit zu vermeiden ist. Darüber hinaus muss es sich um eine Tätigkeit handeln, welche keine oder nur minimale Anforderungen an sprachgebundene Fähigkeiten wie Lesen und Rechnen stellt und einem repetitiven Muster

folgt, ohne dass die einzelnen Arbeitsschritte Anforderungen an die Merkspanne und Konzentration stellen (vgl. IV-Nr. 62.1 S. 9 f.; E. II. 7.2.1 hiervor). Im Folgenden ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 10. Juli 2009; IV-Nr. 32) relevant verschlechtert hat (vgl. E. II. 6. hiervor).

## **E. 9**

9.1 Bei der Frage des Vorliegens einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes kommt es darauf an, ob sich das Beschwerdebild oder dessen erwerbliche Auswirkungen geändert haben. In Betracht fällt somit auch, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat, wie etwa bei der Chronifizierung psychischer Störungen, bzw. wenn der Schweregrad oder die Ausprägung der gleichlautenden Diagnosen und Befunde sich geändert haben. Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 8C\_481/2020 vom 15. Dezember 2020 E. 2.3 mit diversen Hinweisen).

9.2 Es wird von der Beschwerdegegnerin bzw. vom RAD (vgl. IV-Nr. 54 S. 2) zu Recht nicht in Abrede gestellt, dass beim Beschwerdeführer im Vergleich zur letztmaligen materiellen Rentenprüfung vom 10. Juli 2009 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Zwar lässt sich dem internistischen Teilgutachten vom 2. November 2020 entnehmen, dass die zwischenzeitlich neu aufgetretene Leberzirrhose zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt (vgl. IV-Nr. 62.3 S. 9, S. 11 ff.). Aus der Befundaufnahme im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung vom 30. September 2020 ergibt sich jedoch, dass die Stimmung des Beschwerdeführers bei noch vorhandener emotionaler Resonanz «zum depressiven Pol gerückt» sei (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 7), während in dem (für die erstmalige Abweisung des Rentenbegehrens massgebenden) psychiatrischen Vorgutachten der B.\_\_\_\_ vom 6. November 2008 noch festgehalten wurde, der Beschwerdeführer wirke «stimmungsmässig in Mittellage» und zeige keine depressive Symptomatik (vgl. IV-Nr. 27 S. 9 ff.). Gestützt auf diese neue Befundlage ging Dr. med. O.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 14. Oktober 2020 von einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.0), und einer damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit von 30 % in einer Verweistätigkeit aus (vgl. IV-Nr. 62.6 S. 10, S. 13), wohingegen Dr. med. H.\_\_\_\_ im psychiatrischen Gutachten vom 6. November 2008 dem Beschwerdeführer bloss einen Status nach mittelgradig depressiver Episode ohne somatisches Syndrom im Sommer 2006, aktuell remittiert (ICD-10 F32.9), ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bescheinigt hatte (vgl. IV-Nr. 27 S. 9, S. 11 f.). Eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes ist mithin ausgewiesen.

10. In einem nächsten Schritt ist auf den im Streite stehenden Einkommensvergleich in der angefochtenen Verfügung einzugehen und zu prüfen, ob der von der Beschwerdegegnerin ermittelte (rentenausschliessende) Invaliditätsgrad von 30 % (vgl. A.S. 2; IV-Nr. 111 S. 2) korrekt ist.

10.1 Der Beschwerdeführer ist ■ wie vorstehend ausgeführt (vgl. E. II. 8.3 hiervor) ■ seit 1. April 2019 in seiner Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vollständig eingeschränkt und hat sich am 4. November 2019 zum Bezug von Rentenleistungen

angemeldet (vgl. IV-Nr. 38). Somit könnte ein allfälliger Rentenanspruch in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG frühestens ab 1. Mai 2020 entstehen (zum vorliegend anwendbaren, vor dem 1. Januar 2022 geltenden Recht vgl. bereits E. II. 2. hiavor).

## 10.2

10.2.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin sei das Valideneinkommen nicht anhand der statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik zu ermitteln, sondern es sei auf seinen letzten, vor Eintritt des Gesundheitsschadens tatsächlich erzielten, an die Lohnentwicklung angepassten Verdienst als Produktionsmitarbeiter bei der R.\_\_\_\_ abzustellen. Er sei von November 2002 bis November 2006 dort angestellt gewesen, habe die Stelle anschliessend aus gesundheitlichen Gründen verloren und in der Folge im Arbeitsleben nie mehr Tritt fassen können (vgl. Beschwerde; A.S. 18 f.).

10.2.2 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.). Erfolgte ein Stellenverlust aus invaliditätsfremden Gründen, ist der Validenlohn anhand von Durchschnittswerten zu bestimmen, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren mitzubersichtigen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_478/2021 vom 11. November 2021 E. 5.3.1 mit Hinweisen).

10.2.3 Ausweislich der Akten war der (ungelernte) Beschwerdeführer ab anfangs November 2002 bei der R.\_\_\_\_, [...], als Produktionsmitarbeiter im Vierschichtbetrieb angestellt. Diese Stelle wurde ihm per Ende November 2006 «aus gesundheitlichen Gründen» gekündigt, wobei er zumindest während laufender Kündigungsfrist ab 19. Oktober 2006 eine seinem Leiden angepasste (leichte) Tätigkeit in der Verpackerei hätte ausüben können (vgl. IV-Nr. 6 S. 1 ff., insbes. S. 6). Im Anschluss daran bezog er Arbeitslosentaggeld und betrieb von September 2008 bis Dezember 2013 einen eigenen Kiosk. Nach Temporäranstellungen und erneutem (kurzzeitigem) Bezug von Arbeitslosentaggeld war er von Juli 2016 bis Mai 2018 als Chauffeur bei der S.\_\_\_\_, [...], angestellt (vgl. IV-Nr. 48 S. 2 f.). Vom 11. Juni bis 26. Oktober 2018 war er temporär über L.\_\_\_\_ bei der T.\_\_\_\_, [...], als Laserbeschrifter tätig, wobei ihm wegen «lange[r] Abwesenheit» gekündigt wurde (vgl. IV-Nr. 45; 74 S. 8; 90 S. 2 ff.). Ab November 2018 bezog er dann erneut Arbeitslosenentschädigung (vgl. IV-Nr. 67 S. 3; siehe zum Ganzen auch mit zum Teil widersprüchlichen [Zeit-] Angaben des Beschwerdeführers: IV-Nr. 38 S. 6; 47 S. 1 f.; 62.3 S. 5; 62.4 S. 3; 62.5 S. 4; 62.6 S. 4; 62.7 S. 2).

10.2.4 Der erste ablehnende Rentenentscheid der Beschwerdegegnerin (Verfügung vom 10. Juli 2009; IV-Nr. 32) stützte sich in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf das psychiatrische Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 6. November 2008 sowie auf die RAD-Stellungnahme vom 25. Februar 2009, worin dem Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen als auch in jedweder anderen Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit

bescheinigt wurde (vgl. IV-Nr. 27 S. 11 f.; 29 S. 2; E. II. 7.1.4 f. hiervor). Der Beschwerdeführer war denn auch danach unter anderem während mehr als fünf Jahren als Kioskbetreiber selbständig und während beinahe zwei Jahren als Chauffeur unselbständig erwerbstätig (vgl. E. II. 10.2.3 hiervor). Gestützt auf diese medizinischen Feststellungen und die anschliessende Erwerbsbiographie kann für die Ermittlung des Valideneinkommens demnach ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ■ nicht auf seinen bei der R.\_\_\_\_ bis Ende November 2006 erzielten, der Teuerung angepassten Verdienst abgestellt werden. Was die letzte, vor erneuter Anmeldung zum Leistungsbezug ausgeübte Tätigkeit bei der T.\_\_\_\_ anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass dieses Anstellungsverhältnis zwar offenbar aus gesundheitlichen Gründen per 26. Oktober 2018 aufgelöst wurde, jedoch gemäss Einsatzvertrag der L.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2018 ohnehin nur auf max. drei Monate befristet war (vgl. IV-Nr. 74 S. 8), mithin auch im Gesundheitsfall überwiegend wahrscheinlich nicht beliebig verlängert worden wäre. Es erscheint somit ■ wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführt (vgl. Beschwerdeantwort; A.S. 30) ■ sachgerecht, das Valideneinkommen des Beschwerdeführers anhand der LSE-Tabellenlöhne zu bestimmen. Mit dem praxisgemäss bei ungelernten Versicherten anzuwendenden Tabellenwert (vgl. aktuellste LSE 2020, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Männer) resultiert ein Einkommen von CHF 5'261.00 pro Monat und nach Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von durchschnittlich 41.7 Stunden im Jahre 2020 (vgl. Tabelle T03.02.03.01.04.01, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) ein jährliches Valideneinkommen von CHF 65'815.10.

### 10.3

10.3.1 Da der Beschwerdeführer bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung keiner Erwerbstätigkeit mehr nachging, ist zur Bestimmung des Invalideneinkommens ebenfalls von den Tabellenwerten der LSE 2020 auszugehen (vgl. BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.3). Gestützt auf den praxisgemäss anwendbaren Tabellenwert ergibt sich ein Einkommen von CHF 3'682.70 pro Monat (70 % von CHF 5'261.00; vgl. LSE 2020, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer). Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.7 Stunden im Jahre 2020 (vgl. Tabelle T03.02.03.01.04.01, Total) beträgt das jährliche Invalideneinkommen somit CHF 46'070.60.

10.3.2 Der Beschwerdeführer macht geltend, es sei vom Tabellenlohn ein leidensbedingter Abzug von mindestens 15 % vorzunehmen. Zwar werde im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2020 umschrieben, welche Art von Tätigkeiten ihm aus neuropsychologischer Sicht noch möglich seien. Im Rahmen des als zumutbar betrachteten Arbeitspensums werde jedoch mit Bezug auf die Beschränkung auf einfachste Tätigkeiten bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung kein Abzug vorgenommen, ansonsten der neuropsychologische Teilgutachter die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht mit 100 % beziffert hätte. Überdies lasse sich mit der gutachterlichen Beschränkung auf Tätigkeiten, bei welchen gemäss Zumutbarkeitsprofil nicht einmal die einzelnen Arbeitsschritte aus mehreren, in der Reihenfolge zwingend einzuhaltenden Teilschritten bestehen dürfen, realistischerweise auch der dem tiefsten Kompetenzniveau entsprechende Tabellen-Medianlohn bei weitem nicht erzielen (vgl. Beschwerde; A.S. 19 ff.).

10.3.3 Wird das Invalideneinkommen ■ wie vorliegend ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) 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). Ihm kommt als Korrekturinstrument bei der Festsetzung eines möglichst konkreten Invalideneinkommens überragende Bedeutung zu (BGE 148 V 174 E. 9.2.2 und E. 9.2.3 S. 190 ff.).

10.3.4 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen. Gemäss der Tabelle T18, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor zusammen, 2020, verdienen zwar statistisch gesehen Männer ohne Kaderfunktion mit einem Beschäftigungsgrad von 50 ■ 74 % 4.2 % weniger als solche mit einem Beschäftigungsgrad von 90 % und mehr. Dies stellt jedoch rechtsprechungsgemäss keine überproportionale Lohneinbusse dar (Urteile des Bundesgerichts 8C\_151/2020 vom 15. Juli 2020 E. 6.3.2; 9C\_223/2020 vom 25. Mai 2020 E. 4.3.2). Die nach dem C.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2020 dem Beschwerdeführer noch zumutbare Teilzeittätigkeit von 70 % (sechs Stunden pro Tag bei einer Leistungsfähigkeit von 100 %; vgl. IV-Nr. 62.1 S. 10; E. II. 7.2.1 hiervor) berechtigt mithin zu keinem Abzug. Weiter ist nicht ersichtlich, inwiefern dem Beschwerdeführer die Verwertung seiner Arbeitsfähigkeit mit dem zumutbaren Belastungsprofil gemäss C.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2020 (einfache repetitive Tätigkeit mit keinen oder nur minimalen Anforderungen an sprachgebundene Fähigkeiten wie Lesen und Rechnen, einzelne Arbeitsschritte ohne Anforderungen an die Merkspanne und Konzentration, keine Schichtarbeit; vgl. IV-Nr. 62.1 S. 9; E. II. 7.2.1 hiervor) auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen möglich sein sollte. Das vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Kompetenzniveau 1 umfasst eine Vielzahl von einfachen Tätigkeiten körperlicher und handwerklicher Art, so dass dem Beschwerdeführer seinem Zumutbarkeitsprofil entsprechende Verweistätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt angeboten werden (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_884/2017 vom 24. Mai 2018 E. 4.2). Daran ändert entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers auch der Umstand nichts, dass das Anforderungs- und Belastungsprofil in neuropsychologischer Hinsicht gutachterlich weiter umschrieben wird (kein ständiges Erlernen neuer Arbeitsschritte, einzelne Arbeitsschritte ohne mehrere, in der Reihenfolge zwingend einzuhaltende Teilschritte; vgl. IV-Nr. 62.1 S. 9; E. II. 7.2.1 hiervor): Soweit es sich bei diesen weiteren Faktoren nicht ohnehin nur um eine Konkretisierung der einfachen und repetitiven Tätigkeit handelt, führen sie zu keinem lohnrelevanten Nachteil. Denn gemäss diesem zusätzlichen Tätigkeitsbeschrieb sind nicht generell Tätigkeiten mit gewissen Handlungsabfolgen unzumutbar, sondern lediglich solche mit weiter komplizierenden Unterschritten innerhalb der einzelnen Arbeitsschritte. Auch bei dessen Berücksichtigung ist noch von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten auszugehen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_447/2019 vom

8. Oktober 2019 E. 4.3.2). Schliesslich kann der Auffassung des Beschwerdeführers nicht gefolgt werden, wonach eine Kürzung des Tabellenlohnes angezeigt sei, nachdem die neuropsychologisch bedingte Beschränkung auf einfachste Tätigkeiten bei der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht zu einem Abzug geführt habe. So werden die neuropsychologischen Einschränkungen des Beschwerdeführers zwar nicht bei der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (vgl. IV-Nr. 62.1 S. 11; E. II. 7.2.1 hiervor), jedoch durch die Umschreibung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils bereits als limitierende Faktoren berücksichtigt (vgl. IV-Nr. 62.1 S. 9; E. II. 7.2.1 hiervor). Würden diese zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen, würde dies zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_366/2015 vom 22. September 2015 E. 4.3.1).

Dagegen ergibt sich aus der Tabelle T12\_b, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert und Quartilbereich), Schweizer/innen und Ausländer/innen, nach beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor zusammen, 2020, dass in diesem Jahr Männer der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Niederlassungsbewilligung C ■ wozu der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage zählt (vgl. IV-Nr. 4, 39 S. 1) ■ im Vergleich zum Total von Schweizern und Ausländern der gleichen Kategorie einen um 4.1 % geringeren Lohn erzielten. Der Tabelle TA12, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert und Quartilbereich), Schweizer/innen und Ausländer/innen, nach beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater Sektor, 2020, ist ein um 2.2 % tieferen Lohn zu entnehmen. Zumindest dieser Umstand könnte im Sinne der noch auf der Tabelle TA12 der LSE 2018 beruhenden Rechtsprechung des Bundesgerichts (vgl. Urteil 8C\_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.2) zu einem leidensbedingten Abzug von (max.) 5 % führen. Wie es sich damit konkret verhält, kann jedoch vorliegend letztlich offenbleiben (vgl. E. II. 10.3.5 nachfolgend).

10.3.5 In Würdigung sämtlicher Umstände ist dem Beschwerdeführer demnach ■ wenn überhaupt ■ höchstens aufgrund seines Aufenthaltsstatus ein Tabellenlohnabzug von 5 % zu gewähren. Unter Berücksichtigung desselben ergibt sich ein jährliches Invalideneinkommen von CHF 43'767.10. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 65'815.10 pro Jahr resultiert ein Invaliditätsgrad von (abgerundet) 33 %. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. c sowie Abs. 2 IVG; E. II. 4. hiervor). An diesem Ergebnis würde sich auch nichts ändern, wenn man den Abzug auf 10 % festlegen würde, was sich nach dem Gesagten nicht rechtfertigt.

11. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 20. Oktober 2022 nicht zu beanstanden und die Beschwerde demzufolge abzuweisen.

## **E. 12**

12.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

12.2 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 600.00 zu bezahlen, die mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach widerkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit 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

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Birgelen

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