

# **SO\_GERICHTE VSBES.2022.262 vom 3. November 2022**

SO Obergericht, 2022-11-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.262](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.262)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.262 du 3 novembre 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.262 del 3 novembre 2022

## **Erwägungen**

### **E. 2**

2.1 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (vorliegend: 3. November 2022) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 144 V 224 E. 6.1.1 S. 232, 131 V 242 E. 2.1 S. 243).

2.2 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. Vorliegend wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung und eine damit einhergehende Arbeitsunfähigkeit seit dem 29. Oktober 2019 geltend gemacht (vgl. IV-Nr. 2 S. 4, S. 6), d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit am 29. Oktober 2020 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (4. Juni 2020; vgl. IV-Nr. 2 S. 1). Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab Dezember 2020 gegeben sein. Dieser Zeitpunkt liegt vor dem Inkrafttreten des revidierten IVG sowie der revidierten IVV vom 1. Januar 2022. Anwendbar sind demzufolge, soweit die Gesetzesänderung die hier interessierenden Leistungen betrifft, die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassungen des IVG und der IVV.

### **E. 3**

3.1 Die Beschwerdegegnerin führt in ihrer Verfügung vom 3. November 2022 aus, ihre medizinischen Abklärungen (C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 samt ergänzender Stellungnahme vom 20. April 2022) hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter seit dem 18. November 2019 nicht mehr zumutbar sei. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe jedoch seit dem 1. April 2020 eine 50%ige, ab dem 1. Mai 2020 eine 75%ige sowie ab dem 9. Juni 2020 eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Bei einem mittels Einkommensvergleich ermittelten Invaliditätsgrad von 7 % bestehe kein Rentenanspruch. Da beim Beschwerdeführer die Vermittlungsfähigkeit behinderungsbedingt nur geringfügig eingeschränkt sei, habe er auch keinen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Es seien daher sowohl das Begehren um Gewährung von beruflichen Massnahmen als auch das Rentenbegehren abzuweisen (vgl. IV-Nr. 69 S. 1 ff.; A.S. 1 ff.).

Der Beschwerdeführer macht in formeller Hinsicht geltend, die Beschwerdegegnerin habe seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt. In materieller Hinsicht sei das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 samt ergänzender Stellungnahme vom 20. April 2022, auf welches die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid abstütze, nicht beweismässig. So vermöge insbesondere im orthopädischen Fachbereich die gutachterliche retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen und sei im psychiatrischen Teilgutachten die Diagnosestellung nicht nachvollziehbar. Ausserdem seien sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen nicht korrekt ermittelt worden und sei ihm zu Unrecht eine Umschulung verweigert worden (vgl. A.S. 9 ff.).

3.2 Strittig und nachfolgend zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 3. November 2022 zu Recht dem Beschwerdeführer sowohl die Ausrichtung einer Invalidenrente als auch die Gewährung von beruflichen Massnahmen verweigert hat.

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 Beweismässigkeit (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweismässigkeit): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweismässigkeit den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweismässigkeit 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 Beweismässigkeit (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). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

6.1 Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung; andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, der in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 370 f. mit Hinweisen). Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst mithin als zentralen Teilgehalt das Recht auf Akteneinsicht. Eine notwendige Bedingung für dessen Wahrnehmung sowie für die Ausübung des damit in engem Zusammenhang stehenden Rechts auf Äusserung besteht darin, dass die Behörde die Parteien davon in Kenntnis setzt, wenn sie dem Dossier neue Akten beifügt, die für die Entscheidungsfindung wesentlich sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_1030/2010 vom 29. April 2011 E. 2.2., mit Hinweisen). Darüber hinaus ergibt sich für Verfügungen eine aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör abgeleitete behördliche Begründungspflicht nach Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG. So muss die Begründung eines Entscheides so abgefasst sein, dass dem Rechtsunterworfenen eine sachgerechte Anfechtung möglich ist. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt (BGE 124 V 180 E. 1a S. 181).

## 6.2

6.2.1 Mit Vorbescheid vom 21. Oktober 2021 stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in Aussicht, sowohl sein Gesuch um Gewährung von beruflichen Massnahmen als auch sein Rentengesuch abzulehnen. Zur Begründung führte sie aus, ihre medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass ihm seine angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr zumutbar sei. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe jedoch seit April 2020 eine 50%ige, seit Mai 2020 eine 75%ige und seit Juni 2020 eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Ein Rentenanspruch habe nicht entstehen können, da der Beschwerdeführer nicht während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sei (vgl. IV-Nr. 47 S. 1). Im Rahmen des anschliessenden Vorbescheidverfahrens beanstandete der Beschwerdeführer

mit Eingabe vom 22. November 2021 das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 sowie den bisher von der Beschwerdegegnerin nicht durchgeführten Einkommensvergleich. Überdies bekräftigte er seine subjektive und objektive Eingliederungsfähigkeit und legte mehrere medizinische Berichte ins Recht (vgl. IV-Nr. 56; E. II. 7.2 nachfolgend). Mit Schreiben vom 17. Januar 2022 ersuchte er die Beschwerdegegnerin (erneut), ihm den noch fehlenden Einkommensvergleich zuzustellen und einen Termin für ein Eingliederungsgespräch anzusetzen (vgl. IV-Nr. 61).

6.2.2. Nachdem die Beschwerdegegnerin die C.\_\_\_\_ am 22. März 2022 darum gebeten hatte, sich zu den Einwänden des Beschwerdeführers und den von ihm eingereichten medizinischen Unterlagen zu äussern (vgl. IV-Nr. 62), nahm diese am 20. April 2022 dazu Stellung (vgl. IV-Nr. 63; E. II. 7.3 nachfolgend). Mit Aktennotiz vom 27. Mai 2022 gab die versicherungsinterne Jobberatungsstelle die Empfehlung ab, dem Beschwerdeführer keine beruflichen Massnahmen zuzusprechen (vgl. IV-Nr. 64; E. II. 10.1 nachfolgend). Nach zweifacher Vorlage an den RAD (vgl. IV-Nr. 65 ff.; E. II. 7.4 nachfolgend) verneinte die Beschwerdegegnerin alsdann mit Verfügung vom 3. November 2022 sowohl einen Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen als auch auf eine Invalidenrente. Zur Begründung führte sie (neu) aus, ein Rentenanspruch habe nicht entstehen können, da gestützt auf einen Einkommensvergleich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiere. Zur Beurteilung der medizinischen Situation verwies sie auf das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 samt ergänzender Stellungnahme vom 20. April 2022 sowie auf die beiden RAD-Stellungnahmen vom 4. August 2022 und vom 12. September 2022. Für die Abweisung des Gesuchs um Gewährung von beruflichen Massnahmen übernahm sie weitgehend die Beurteilung ihrer Jobberatungsstelle (vgl. IV-Nr. 69; A.S. 1 ff.).

## 6.3

6.3.1 Aufgrund der Akten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer über das Einholen einer ergänzenden Stellungnahme bei der C.\_\_\_\_ zu den von ihm neu eingereichten medizinischen Berichten von der Beschwerdegegnerin vorgängig nicht informiert worden war und er diese erst mit Zustellung der angefochtenen Verfügung einsehen konnte (vgl. IV-Nr. 69 S. 3; A.S. 3). Er hatte demnach zuvor keine Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen. Zwar nahm die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 3. November 2022 ausdrücklich Bezug auf diese Stellungnahme (vgl. IV-Nr. 69 S. 2; A.S. 2) und berücksichtigte sie demnach in ihrer Entscheidungsfindung mit. Inhaltlich führten jedoch der orthopädische und der psychiatrische Teilgutachter der C.\_\_\_\_ in ihrer gemeinsamen Stellungnahme vom 20. April 2022 ■ auch mangels konkreter Ergänzungsfragen seitens der Beschwerdegegnerin (vgl. IV-Nr. 62) ■ lediglich aus, dass die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwände und neu eingereichten medizinischen Unterlagen keine Gründe aufführten, welche geeignet wären, um von ihrer Beurteilung im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 abzuweichen (vgl. IV-Nr. 63 S. 1 f.; E. II. 7.3 nachfolgend). Die Stellungnahme stellte somit an sich kein neues Beweismittel dar, sondern beinhaltete lediglich eine Würdigung der bestehenden medizinischen Aktenlage. Unter diesen Vorzeichen durfte die Beschwerdegegnerin darauf verzichten, sie vor Verfügungserlass dem Beschwerdeführer zuzustellen. Aber selbst wenn darin eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör gesehen werden könnte, würde eine solche keine Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin rechtfertigen (vgl. E. II. 6.4 nachfolgend).

6.3.2 Nicht anders zu beurteilen ist der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer vor Verfügungserlass die beim RAD eingeholten Stellungnahmen nicht zur Kenntnis brachte: RAD-Ärztin med. pract. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, nahm in ihrer Beurteilung vom 4. August 2022 lediglich eine Würdigung des C.\_\_\_\_-Gutachtens vom 19. Oktober 2021 vor und kam zum Schluss, dass auf dieses und die darin festgelegte Arbeits- und Erwerbsfähigkeit abgestützt werden könne (vgl. IV-Nr. 66 S. 2; E. II. 7.4.1 nachfolgend). In ihrer Aktennotiz vom 12. September 2022 hielt sie daraufhin auch nach Durchsicht der neu eingereichten Berichte des behandelnden Rheumatologen und des Hausarztes des Beschwerdeführers an dieser Auffassung fest und erachtete eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung als nicht ausgewiesen (vgl. IV-Nr. 68 S. 2 f.; E. II. 7.4.2 nachfolgend). Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Verfügung vom 3. November 2022 zwar unter anderem auch auf diese beiden RAD-Stellungnahmen (vgl. IV-Nr. 69 S. 2; A.S. 2). Bei diesen handelte es sich aber (erneut) nicht um eine eigenständige fachmedizinische Einschätzung, sondern lediglich um eine versicherungsinterne Würdigung des C.\_\_\_\_-Gutachtens vom 19. Oktober 2021 sowie der später im Verfahren eingereichten medizinischen Unterlagen. Das rechtliche Gehör wäre nur dann zu gewähren gewesen, wenn die RAD-Stellungnahmen eine neue medizinische Erkenntnis enthalten hätten oder darin neue Befunde erhoben worden wären, welche den Akten bisher nicht entnommen werden konnten (vgl. hierzu auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_501/2012 vom 24. Juli 2012 E. 4.2). Das war vorliegend offenkundig nicht der Fall. Eine vorgängige Zustellung der beiden Aktennotizen des RAD vom 4. August 2022 sowie vom 12. September 2022 war somit ebenfalls nicht zwingend erforderlich, so dass eine Gehörsverletzung auch diesbezüglich zu verneinen ist.

6.3.3 Was der von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nachträglich und ohne vorgängige Anhörung des Beschwerdeführers vorgenommene Einkommensvergleich anbelangt (vgl. IV-Nr. 69 S. 2; A.S. 2), gilt es darauf hinzuweisen, dass dieser auf (berechtigten) Einwand des Beschwerdeführers im Vorbescheidverfahren hin (vgl. IV-Nr. 56 S. 6; 61 S. 1) vorgenommen wurde, ohne dass sich ■ wie bei einem ungelernten Versicherten (vgl. E. II. 9.1.3 nachfolgend) mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (vgl. E. II. 7.1 sowie E. II. 8.1 nachfolgend) absehbar ■ am Ergebnis (fehlender Rentenanspruch) etwas geändert hätte. Die (interne) Beurteilung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen durch die Jobberatungsstelle (Aktennotiz vom 27. Mai 2022; vgl. IV-Nr. 64; E. II. 10.1 nachfolgend) erfolgte ebenfalls auf entsprechendes Vorbringen des Beschwerdeführers im Vorbescheidverfahren hin (vgl. IV-Nr. 61 S. 1) und diente überdies der Ergänzung der im Vorbescheid noch fehlenden Begründung für die bereits darin in Aussicht gestellte Gesuchsabweisung (vgl. IV-Nr. 47 S. 2 f.; 69 S. 2; A.S. 2). Die Beschwerdegegnerin kam damit letztlich der ebenfalls aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör fliessenden und ihr obliegenden Begründungspflicht (vgl. E. II. 6.1 hiervor) nach. Eine Gehörsverletzung ist hier insgesamt mithin ebenfalls nicht zu erblicken. Auch wenn eine solche vorliegen würde, wären keine Gründe ersichtlich, welche gegen deren Heilung sprechen könnten (vgl. E. II. 6.4 nachfolgend).

## 6.4

6.4.1 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an,

ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheids veranlasst wird oder nicht. Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus ■ im Sinne einer Heilung des Mangels ■ selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 136 V 117 E. 4.2.2.2 S. 126 f., 132 V 387 E. 5.1 S. 390; Urteil des Bundesgerichts 9C\_555/2020 vom 3. März 2021 E. 4.4.1 mit Hinweisen).

6.4.2 Da der Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren vor dem über eine uneingeschränkte Kognition verfügenden Versicherungsgericht Gelegenheit hatte, sich umfassend zur Stellungnahme der C.\_\_\_\_ vom 20. April 2022 sowie zur Verfügung vom 3. November 2022 samt darin (nachträglich) erstellten Einkommensvergleich und Begründung für die Verweigerung von beruflichen Massnahmen zu äussern, gälte eine allfällige Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör ohnehin als geheilt. Eine Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin wäre ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. A.S. 15) ■ als prozessualer Leerlauf zu qualifizieren, der das Verfahren verlängern würde, ohne dass irgendein Nutzen erkennbar wäre. So konnte der Beschwerdeführer mit seiner Beschwerde vom 8. Dezember 2022 neue Beweismittel einbringen (vgl. Beschwerdebeilagen [BB] 3 ff.; IV-Nr. 72 S. 30 ff.; E. II. 7.5 nachfolgend) und es ist nicht einzusehen, weshalb deren rechtskonforme Würdigung nur durch eine Rückweisung der Beschwerdesache an die Beschwerdegegnerin möglich sein sollte.

7.2.1 Mit Bericht vom 14. September 2021 stellte Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, folgende Diagnosen:

Unter «Status» vermerkte Dr. med. F.\_\_\_\_ eine ordentliche Wirbelsäulenbeweglichkeit, eine Inklination bis FBA 10 cm ohne Schmerzangabe, symmetrisch bewegliche Hüftgelenke, einen Impingementtest ohne Schmerzangabe sowie einen Mennelltest beidseits mit leichten Schmerzen im ISG-Bereich.

Unter der TNF-Alpha-Blockade mit Adalimumab gebe der Beschwerdeführer zumindest eine gewisse Besserung der ursprünglichen Beschwerden an. Aktuell klagt er noch über Schmerzen im proximalen linken Oberschenkel ventralseitig, wobei die Schmerzen schwierig zuzuordnen seien. Klinisch bestehe einzig ein leicht positives Mennellzeichen beidseits als Hinweis für eine mögliche ISG-Problematik. Der subjektive Effekt der TNF-Alpha-Blockade sei «nicht überragend», allerdings seien die humoralen Entzündungszeichen verschwunden. Sollten die Beschwerden persistieren, würde er möglicherweise eine Therapiepause veranlassen. Im Moment habe er dem Beschwerdeführer empfohlen, die bisherige Therapie im angestammten Intervall zumindest für zwei Monate weiterzuführen (vgl. IV-Nr. 56 S. 11 f.).

7.2.2 In einem Bericht vom 5. Oktober 2021 bescheinigte Dr. med. G.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, dem Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht aktuell eine mittelgradige

depressive Episode, welche im Wesentlichen durch die chronischen Schmerzen unterhalten werde. Der Beschwerdeführer leide seit etwa 2019 unter zunehmenden Rückenschmerzen und einer Depression. Behandlungsversuche mit Infiltration und Adalimumab seien ohne wesentlichen Erfolg geblieben. Im initial bestehenden und aktuellen Zustand könne der Beschwerdeführer vorab aufgrund der depressiven Symptomatik «zu null Prozent» arbeiten. Was und wie lange er zukünftig arbeiten könne, sei nach Besserung der somatischen bzw. der Schmerzproblematik und der Depression zu beurteilen (vgl. IV-Nr. 56 S. 13 f.).

7.2.3 Der Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bestätigte in seinem Bericht vom 8. Oktober 2021 die von Dr. med. F.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen. Der Beschwerdeführer berichte über Schmerzen am Kreuz-Beckenring und an der Hüfte beidseits. Mit der Behandlung unter TNF-Alpha-Blockade mit Adalimumab seien die Hüftschmerzen beidseits kleiner geworden, jedoch habe sich damit nur eine leichte Schmerzlinderung am Kreuz ergeben. Als Maurer könne er aktuell nicht arbeiten, da die mit dieser Tätigkeit verbundene Belastung des unteren Rückens die anhaltenden Schmerzen aggraviere. Infolge der Behandlung mit Adalimumab sei eine Schmerzlinderung zu erwarten, die ihn arbeiten lassen werde. Diese sei noch nicht gelungen. Stehen könne er nur etwa fünfzehn Minuten, Sitzen vielleicht etwa bis maximal dreissig Minuten lang (vgl. IV-Nr. 56 S. 8).

7.2.4 In einer Stellungnahme vom 18. Oktober 2021 zuhanden der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers führte Dr. med. H.\_\_\_\_ aus, beim Beschwerdeführer sei (erst) am 26. Mai 2021 durch Dr. med. F.\_\_\_\_ die Diagnose einer HLA B27 positiven Spondyloarthritis mit ISG-Arthritis sowie entzündlichen Wirbelkörperveränderungen gestellt worden. Die entzündliche Erkrankung der Wirbelsäule und der ISG benötige eine spezifische Behandlung, die der Beschwerdeführer zuvor nicht erhalten habe. Der Beschwerdeführer sei in einer leidensangepassten Tätigkeit (leicht bis gelegentlich mittelschwer, wechselbelastend, vorwiegend sitzend) per 1. September 2020 nicht arbeitsfähig gewesen. Die Infiltrationen des ISG rechts am 5. Juni 2020 und der LWS am 14. August 2020 hätten keine relevante Besserung gebracht, ebenso wenig die am 18. Februar 2021 durchgeführte diagnostische Hüftgelenkinfiltration links. Die bisherige Tätigkeit als Maurer sei dem Beschwerdeführer wahrscheinlich nicht mehr möglich. Hierzu solle jedoch der Ausgang der rheumatologischen Behandlung mit einem TNF-Alpha-Blocker abgewartet werden. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei nur ohne Belastung der Wirbelsäule/des Beckens möglich. Zum aktuellen Zeitpunkt klage der Beschwerdeführer trotz der TNF-Blockade mit Adalimumab seit Mai 2021 über Schmerzen am Kreuz, am Beckenring und an der Hüfte beidseits. Stehen könne er nur etwa fünfzehn Minuten lang, Sitzen ca. bis zu dreissig Minuten am Stück (vgl. IV-Nr. 56 S. 9 f.).

7.3 In einer ergänzenden Stellungnahme vom 20. April 2022 führten die C.\_\_\_\_-Gutachter Folgendes aus:

In orthopädischer Hinsicht könne ihre gutachterliche Einschätzung mit dem Arztbericht vom 14. September 2021 zusätzlich abgestützt werden, sei doch in diesem von Dr. med. F.\_\_\_\_ ein blander klinischer Untersuchungsbefund an der LWS und an den Hüften dokumentiert worden, wie er fast identisch auch bei der gutachterlichen Untersuchung vorgelegen habe. Auch die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in seinem Einwand vom 22. November 2021 erwähnte Sakroiliitis sei in ihrem Gutachten «adressiert» worden. Diese sei laut Befundbericht des [...]spitals B.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2020 durch eine Probeinfiltration ausgeschlossen worden und es habe im Begutachtungszeitpunkt auch kein

klinischer Verdacht auf eine floride Sakroiliitis vorgelegen. Nachdem klinisch von Seiten der Hüften und der LWS objektivierbar keine signifikante Funktionseinschränkung, sondern ein Normalbefund vorgelegen habe, sei eine weitere Diagnostik ihrerseits obsolet gewesen.

Auch in psychiatrischer Hinsicht enthalte das Einwandschreiben des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers im Vergleich zum psychiatrischen Teilgutachten keine neuen, bisher nicht bekannten oder nicht berücksichtigten medizinischen Befunde, Berichte oder Erkenntnisse. Die gutachterlich gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung stütze sich auf die anamnestischen Angaben und den erhobenen psychopathologischen Befund, in welchem überwiegend indifferente, nur zum Teil subdepressive Anteile hätten objektiviert werden können. Die gesamte Lebensführung des Beschwerdeführers ergebe keine Anhaltspunkte für eine schwerwiegende depressive Symptomatik im Sinne einer relevanten Antriebsstörung, eines sozialen Rückzugs oder eines Störungsmusters auf der sozialen Kommunikationsebene. Die emotionale Belastbarkeit werde ausschliesslich durch psychosoziale Faktoren tangiert, welche im Kontext mit der Arbeitsfähigkeit ohne Relevanz seien. Die Diagnose einer Anpassungsstörung sei deshalb gewählt worden, da es sich bei der Dauer der Symptomatik um ein Grenzbefund zwischen einer Anpassungsstörung und einer längeren depressiven Reaktion handle und die vom Beschwerdeführer geschilderten Aktivitäten in den letzten Wochen für eine weitgehende Restitutio ad integrum sprächen. Dr. med. G. \_\_\_ begründe in seinem Arztbericht vom 5. Oktober 2021 die von ihm gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Symptomatik nicht (näher), seien doch seine anamnestischen Angaben unpräzise und nur allgemein formuliert und fehle insbesondere ein differenzierter psychopathologischer Befund. Ebenfalls bleibe offen, worauf sich gemäss Dr. med. G. \_\_\_ die fehlende Besserung der anfänglichen depressiven Symptome gründe.

Zusammenfassend und in der Gesamtschau ergäben sich mithin keine Gründe, welche geeignet seien, um von ihren im psychiatrischen und im orthopädischen Teilgutachten formulierten Ausführungen und Schlussfolgerungen abzuweichen (vgl. IV-Nr. 63 S. 1 f.).

7.4 RAD-Ärztin med. pract. D. \_\_\_ nahm daraufhin Stellung zum C. \_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 samt ergänzender Stellungnahme vom 20. April 2022:

7.4.1 In ihrer Aktennotiz vom 4. August 2022 kam sie zum Schluss, dass das C. \_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 ausführlich, nachvollziehbar und in den Schlussfolgerungen begründet sei und demnach für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers darauf abgestützt werden könne. Der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter ab dem 18. November 2019 zu 0 % arbeitsfähig. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei er ab dem 9. Juni 2020 zu 100 % arbeitsfähig (vgl. IV-Nr. 66 S. 2).

7.4.2 In einer weiteren Stellungnahme vom 12. September 2022 wies sie darauf hin, dass im allgemein-internistischen Teilgutachten die rheumatologische Behandlung mit dem TNF-Alpha-Blocker aufgenommen und eine bereits 10%ige Abnahme der Beschwerden festgehalten worden sei. Ausserdem hätten die C. \_\_\_-Gutachter auch die von Dr. med. F. \_\_\_ veranlassten Laborparameter eingesehen. Seitens des orthopädischen Teilgutachters sei eine sorgfältige Befunderhebung der Wirbelsäule, der ISG, des Beckens und der Hüftgelenke vorgenommen worden und dessen klinischen Befunde differierten im Wesentlichen nicht von denen von Dr. med. F. \_\_\_. So habe Letzterer sogar überlegt, bei

Beschwerdepersistenz möglicherweise eine Therapiepause zu veranlassen. Die Bewertung der Symptome durch den Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ unterscheidet sich im Vergleich zu derjenigen durch den orthopädischen Teilgutachter einzig im Bereich der Zumutbarkeit in einer Verweistätigkeit, während die versicherungsmedizinische Wertung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit identisch sei. Es sei insgesamt keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen und es könne ohne weitere medizinische Abklärungen auf das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 abgestellt werden (vgl. IV-Nr. 68 S. 2 f.).

7.5 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer weitere, vor Verfügungserlass erstellte und somit vorliegend zu berücksichtigende (vgl. E. II. 2.1 hiervor) medizinische Berichte ein:

7.5.1 Dr. med. F.\_\_\_\_ hielt in einem Verlaufsbericht vom 16. November 2021 an seiner bisherigen Diagnosestellung fest (vgl. E. II. 7.2.1 hiervor) und vermerkte zudem, dass die Laborergebnisse vom 7. September 2021 keine humoralen Entzündungsaktivitäten gezeigt hätten. Der Beschwerdeführer berichtete insgesamt über eine Reduktion der ursprünglichen Beschwerden. Inflammac werde immer noch, allerdings nur noch unregelmässig eingenommen. Aktuell klage er weiterhin noch über etwas wechselnde Beschwerden im Bereich des Beckens sowie der Beine, insbesondere auch über eine Müdigkeit in den Beinen, welche ihm längeres Gehen verunmögliche. Als klinischer Befund erhob Dr. med. F.\_\_\_\_ einen hinkfreien und flüssigen Gang, eine Wirbelsäulenbeweglichkeit mit Inklination bis FBA 10 cm ohne Schmerzangabe sowie im Sitzen symmetrische und schmerzfrei bewegliche Hüftgelenke.

Im Rahmen seiner medizinischen Beurteilung führte Dr. med. F.\_\_\_\_ aus, die TNF-Alpha-Blockade mit Adalimumab werde vom Beschwerdeführer gut vertragen und dieser berichtete auch über eine Besserung der Beschwerden gegenüber vor Therapiebeginn. Die vom Beschwerdeführer momentan beklagten Beschwerden seien schwierig zuzuordnen und dürften nicht mit der Spondylarthritis in Zusammenhang stehen. Das Hauptproblem des Beschwerdeführers scheine aktuell vor allem seine Arbeitslosigkeit zu sein. Seines Erachtens sollten nach Möglichkeit Wiedereingliederungsmassnahmen allenfalls über die Arbeitslosenversicherung eingeleitet werden. Für eine körperlich leichte Arbeit in Wechselbelastung halte er den Beschwerdeführer für arbeitsfähig. Die bisherige Therapie in der angestammten Dosierung werde weitergeführt (vgl. IV-Nr. 72 S. 30 f.; BB 3).

7.5.2 Der Beschwerdeführer berichtete im Rahmen der rheumatologischen Sprechstunde vom 8. Februar 2022 gegenüber Dr. med. F.\_\_\_\_, er sei grundsätzlich mit dem Verlauf zufrieden und die TNF-Alpha-Blockade mit Amgevita zeige einen positiven Effekt. Inflammac werde von ihm nur noch unregelmässig eingenommen. Störend sei für ihn vor allem eine Nachmittagsmüdigkeit, während er sich am Morgen eigentlich fit fühle.

Dr. med. F.\_\_\_\_ führte aus, die C.\_\_\_\_-Gutachter hätten die Rückenbeschwerden als degeneratives LWS-Syndrom interpretiert. Seines Erachtens bestehe allerdings eine HLA B27 positive Spondylarthritis mit ISG-Arthritis sowie entzündlichen Veränderungen im Bereich der Wirbelkörper. Entsprechend zeige die TNF-Alpha-Blockade auch eine gute Wirkung und habe der Einsatz von NSAR reduziert werden können. Er halte den Beschwerdeführer als in einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Arbeit arbeitsfähig. Er habe ihm erneut nahegelegt, sich auf dem RAV zu melden oder selbständig eine neue Arbeitsstelle zu suchen (vgl. Bericht vom 8. Februar 2022; IV-Nr. 72 S. 32 f.;

BB 4).

7.5.3 Mit Verlaufsbericht vom 10. Mai 2022 hielt Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer berichte insgesamt über eine Besserung der ursprünglich beklagten Rückenbeschwerden. Auch der Schlaf habe sich gebessert, allerdings sei er nicht belastbar und ermüde schnell. Schmerzmedikamente nehme er nur noch sporadisch ein und diese zeigten eine gute Wirkung. Zum Status notierte Dr. med. F.\_\_\_\_: «Becken horizontal. Inklination bis FBA 10 cm. LWS mit Reklinationsschmerz. Dornfort-sätze im LWS-Bereich indolent. Keine Beckenkammtendinosen. ISG indolent. Seitneigung der LWS beidseits ca. zu einem Drittel eingeschränkt. Periphere Gelenke frei beweglich.». Der Beschwerdeführer sei zwar nicht beschwerdefrei, insgesamt hätten sich jedoch die ursprünglichen Beschwerden und vor allem auch der Schlaf unter der TNF-Alpha-Blockade mit Amgevita gegenüber vor Beginn der Therapie doch deutlich gebessert. Inflammac werde nur noch sporadisch eingenommen. Die Laborkontrolle zeige keine Auffälligkeiten und insbesondere keine humoralen Entzündungszeichen. Er habe dem Beschwerdeführer empfohlen, die angestammte Therapie in der bisherigen Dosierung weiterzuführen und im Sinne einer Trainingstherapie regelmässig Velo zu fahren, zu laufen oder bei wärmeren Temperaturen auch schwimmen zu gehen. Für eine körperlich leichtere Arbeit in Wechselbelastung scheine ihm der Beschwerdeführer durchaus arbeitsfähig. Er habe ihm empfohlen, nach einer entsprechenden Arbeit Ausschau zu halten (vgl. IV-Nr. 72 S. 34 f.; BB 5).

8.1 Das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 genießt grundsätzlich vollen Beweiswert, entspricht es doch sämtlichen Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II. 5.2 hiervor): Es stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beurteilen. Weiter haben die Experten den Beschwerdeführer zu seinen subjektiven Beschwerden, seinen Lebensumständen sowie seiner Vorgeschichte befragt (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 2 ff.; 45.4 S. 2 ff.; 45.5 S. 2 ff.; 45.6 S. 2 ff.), die objektiven Befunde erhoben (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 5 f.; 45.4 S. 6 f.; 45.5 S. 5 f.; 45.6 S. 5 f.) und die wesentlichen Akten zur Kenntnis genommen (vgl. IV-Nr. 45.2). Auf dieser Grundlage befassten sich die einzelnen Gutachter sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 6 ff.; 45.4 S. 8 ff.; 45.5 S. 6 ff.; 45.6 S. 7 ff.). In der interdisziplinären Besprechung gelangten die Experten sodann zu einer gemeinsamen Beurteilung (vgl. E. II. 7.1 hiervor), welche vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde grundsätzlich überzeugt und nachvollziehbar ist. Dem Beschwerdeführer ist demgemäss gesamthaft gesehen in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 0 %, in einer den orthopädischen Einschränkungen angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von (gegenwärtig) 100 % zu bescheinigen (vgl. IV-Nr. 45.1 S. 9).

Zwischen den Parteien ist der Beweiswert des internistischen Teilgutachtens vom 13. September 2021 und die darin dem Beschwerdeführer in internistischer Hinsicht bescheinigte vollständige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in jeder anderen Tätigkeit (vgl. IV-Nr. 45.4 S. 11 f.) unbestritten und gibt ausweislich der Akten zu keinen Beanstandungen Anlass. Im Rahmen des Parteivortrages lässt der Beschwerdeführer erstmals den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens vom 30. September 2021 bestreiten. Er beschränkt sich indessen darauf, auf die ihm neu bestätigte Diagnose einer

Migräne zu verweisen, ohne diese durch entsprechende medizinische Unterlagen zu belegen (vgl. A.S. 50). Unter diesen Vorzeichen bestehen keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des neurologischen Teilgutachtens und es ist auf die darin schlüssig und nachvollziehbar begründete Diagnose von nicht mehr sicher klassifizierbaren chronischen Kopfschmerzen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit abzustellen (vgl. IV-Nr. 45.5 S. 6 ff.).

Darüber hinaus erhebt der Beschwerdeführer verschiedene (substantiierte) Einwände gegen das orthopädische Teilgutachten vom 6. Oktober 2021 sowie gegen das psychiatrische Teilgutachten vom 27. September 2021.

Dem orthopädischen Teilgutachten lässt sich entnehmen, dass beim Beschwerdeführer ein degeneratives LWS-Syndrom mit Rezessusstenose L4/5, Osteochondrosen und Spondylarthrosen sowie ein CAM-Impingement Hüfte beidseits vorliege. Während die aktuell (lediglich) endgradige Bewegungseinschränkung der LWS zu einer signifikanten Minderbelastungsfähigkeit führe, bewirke die endgradige Einschränkung der Hüftbeweglichkeit beidseits keine signifikanten Einschränkungen. Aufgrund der Erkrankung an der LWS sei in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter von einer Arbeitsfähigkeit von 0 %, in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit (kein schweres Heben und Tragen; keine Arbeiten in Zwangshaltungen für die LWS oder in Vorneige; kein Ersteigen von Leitern und Gerüsten; freie Wahl des Zeitpunktes von Pausen; Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen) von einer (gegenwärtigen) Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 7 ff.).

Im psychiatrischen Teilgutachten wird aufgezeigt, dass beim Beschwerdeführer lediglich eine Anpassungsstörung bestehe, welche ihn weder in der bisherigen, noch in einer anderen Tätigkeit in seiner Arbeitsfähigkeit einschränke (vgl. IV-Nr. 45.6 S. 7 ff.).

Nachfolgend ist auf die verschiedenen Vorbringen des Beschwerdeführers näher einzugehen.

8.3.1 Zwar hatten die C.\_\_\_\_-Gutachter im Zeitpunkt ihrer Untersuchung des Beschwerdeführers (noch) keine Kenntnis von der Diagnosestellung durch Dr. med. F.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 7.2.1 hiervor), jedoch sehr wohl von der von diesem angeordneten Therapie mit einem entzündungshemmenden TNF-Alpha-Blocker (Amgevita bzw. Adalimumab; vgl. IV-Nr. 45.3 S. 4; 45.4 S. 3, S. 5 f.; 45.5 S. 4; 45.7 S. 3). Der orthopädische Teilgutachter Dr. med. K.\_\_\_\_ ging alsdann in seiner Diagnoseherleitung und versicherungsmedizinischen Beurteilung nicht weiter darauf ein (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 6 ff.) und kam demnach ■ zumindest implizit ■ zum Schluss, dass diesem Umstand keine besondere Beachtung beizumessen sei. Darüber hinaus nahm er anschliessend im Rahmen der ergänzenden C.\_\_\_\_-Stellungnahme vom 20. April 2022 auch noch ausdrücklich Stellung zum vom Beschwerdeführer nachträglich eingereichten Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 14. September 2021 (vgl. IV-Nr. 63 S. 1; E. II. 7.3 hiervor). Er verfügte somit grundsätzlich über die massgebenden medizinischen Unterlagen und setzte sich mit diesen auch auseinander.

8.3.2 Für die Belange der Invalidenversicherung kommt es grundsätzlich nicht auf die gestellte Diagnose an, 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). Von einer Diagnose kann denn auch nicht direkt auf die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden (BGE 145 V 215 E. 6.1 S. 227;

Urteil des Bundesgerichts 9C\_59/2022 vom 31. März 2022 E. 4.3). Der orthopädische Teilgutachter Dr. med. K.\_\_\_\_ und der behandelnde Rheumatologe Dr. med. F.\_\_\_\_ erhoben ■ wie RAD-Ärztin med. pract. D.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 68 S. 3; E. II. 7.4.2 hiervor) und Dr. med. K.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 63 S. 1; E. II. 7.3 hiervor) zu Recht darauf hinweisen ■ praktisch zeitgleich nahezu identische klinische Befunde an der Wirbelsäule (Dr. med. K.\_\_\_\_: LWS endgradig bewegungseingeschränkt, paravertebraler Muskelhartspann, Druckschmerz über den Facetten und über dem ISG beidseits, Beckengeradstand, Finger-Boden-Abstand [FBA]: 5 cm [vgl. IV-Nr. 45.3 S. 5]; Dr. med. F.\_\_\_\_: ordentliche Wirbelsäulenbeweglichkeit, Inklination bis FBA 10 cm ohne Schmerzangabe, leichte Schmerzen im ISG-Bereich [vgl. IV-Nr. 56 S. 11; 72 S. 30; BB 3]). Während jedoch Dr. med. K.\_\_\_\_ daraufhin ■ vereinbar mit der Diagnosestellung durch den behandelnden Neurochirurgen Dr. med. M.\_\_\_\_ (vgl. Berichte vom 3. Mai 2018 sowie vom 13. September 2018; IV-Nr. 22 S. 2 ff.) sowie des [...]spitals B.\_\_\_\_, [...] (vgl. Bericht vom 2. Oktober 2020; IV-Nr. 23 S. 6) ■ die Diagnose eines degenerativen LWS-Syndroms mit Rezessusstenose L4/5, Osteochondrosen und Spondylarthrosen stellte (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 7; E. II. 8.1 hiervor), kam Dr. med. F.\_\_\_\_ ■ offenbar unter anderem gestützt auf ein von ihm veranlasstes MRI vom 26. April 2021 (vgl. IV-Nr. 72 S. 32) ■ zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine HLA B27 positive Spondylarthritis mit ISG-Arthritis sowie entzündlichen Wirbelkörperveränderungen vorliege (vgl. IV-Nr. 56 S. 11; E. II. 7.2.1 hiervor). Im Ergebnis gingen jedoch beide Fachärzte übereinstimmend davon aus, dass der Beschwerdeführer gegenwärtig zumindest in einer Verweistätigkeit (vollständig) arbeitsfähig sei (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 9; 72 S. 31, S. 32, S. 35; BB 3-5; E. II. 7.5 und E. II. 8.1 hiervor), wobei Dr. med. K.\_\_\_\_ das Belastungsprofil sogar noch enger eingrenzte (kein schweres Heben und Tragen; keine Zwangshaltungen für die LWS oder Vorneige; freie Wahl des Zeitpunktes von Pausen; Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen [vgl. IV-Nr. 45.3 S. 8 f.; E. II. 8.1 hiervor]) als Dr. med. F.\_\_\_\_ (körperlich leichte[re] bis mittelschwere Tätigkeit in Wechselbelastung [vgl. IV-Nr. 72 S. 31, S. 32, S. 35; BB 3-5; E. II. 7.5 hiervor]). Es ist somit nicht zu beanstanden, wenn Dr. med. K.\_\_\_\_ in Kenntnis der abweichenden Diagnosestellung durch Dr. med. F.\_\_\_\_ in der ergänzenden C.\_\_\_\_-Stellungnahme vom 20. April 2022 aufgrund der an der LWS fehlenden «signifikanten» Funktionseinschränkung eine weitere Diagnostik als überflüssig erachtete (vgl. IV-Nr. 63 S. 2; E. II. 7.3 hiervor).

8.3.3 Dessen ungeachtet vermag die (einzig) von Dr. med. F.\_\_\_\_ gestellte Diagnose nicht vollumfänglich zu überzeugen: Eine Spondylarthritis manifestiert sich unter anderem klinisch gemeinsam mit einer Sakroiliitis, welche eine entzündliche Veränderung im Bereich des ISG bezeichnet (siehe dazu <https://flexikon.doccheck.com/de/Spondylarthritis> sowie <https://flexikon.doccheck.com/de/Sakroiliitis>, zuletzt aufgerufen am 27. Februar 2024). Wie Dr. med. K.\_\_\_\_ in seinem orthopädischen Teilgutachten vom 6. Oktober 2021 (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 7) sowie in der ergänzenden C.\_\_\_\_-Stellungnahme vom 20. April 2022 (vgl. IV-Nr. 63 S. 1; E. II. 7.3 hiervor) zu Recht vermerkte, wurde jedoch eine Sakroiliitis gemäss einem Bericht des [...]spitals B.\_\_\_\_, [...], vom 20. Juli 2020 durch eine Probeinfiltration klinisch ausgeschlossen (vgl. IV-Nr. 23 S. 10). Ausserdem bestand ■ so Dr. med. K.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 63 S. 1; E. II. 7.3 hiervor) ■ auch im Untersuchungszeitpunkt (10. September 2021) kein klinischer Verdacht auf eine floride Sakroiliitis. Dr. med. F.\_\_\_\_ führte denn in seinem Bericht vom 14. September 2021 selber aus, dass klinisch einzig ein leicht positives Mennellzeichen beidseits als Hinweis für ein mögliche ISG-Problematik vorliege (vgl. IV-Nr. 56 S. 12; E. II. 7.2.1 hiervor). Die von ihm (mit-) diagnostizierte

ISG-Arthritis, welche einer Sakroiliitis entspricht (siehe dazu <https://flexikon.doccheck.com/de/Arthritis>, zuletzt aufgerufen am 27. Februar 2024), war somit ■ zumindest klinisch ■ nicht gesichert.

8.3.4 Was der gutachterlich festgelegte Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit anbelangt, gilt es vorab darauf hinzuweisen, dass der orthopädische Teilgutachter Dr. med. K.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer entgegen dessen Auffassung (vgl. A.S. 8) ab dem 1. April 2020 nicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit bescheinigte, sondern ■ in Übereinstimmung mit Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, [...]spital B.\_\_\_\_, [...] (vgl. Bericht zuhanden der Krankentaggeldversicherung vom 17. April 2020; IV-Nr. 8 S. 7) ■ vorerst lediglich eine solche von 50 %. Ab dem 1. Mai 2020 erachtete er ihn alsdann zu 75 % arbeitsfähig (vgl. in diesem Sinne auch «Zweitbeurteilung» zuhanden der Krankentaggeldversicherung von Dr. med.N.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Arbeitsmedizin und Allgemeine Innere Medizin, vom 6. Juli 2020; IV-Nr. 24.3 S. 6). Erst ab dem 9. Juni 2020 stuft Dr. med. K.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer schliesslich als in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ein, wobei er den Beginn der vollständigen Arbeitsfähigkeit auf das Datum der (letzten) Kontrolle beim Hausarzt Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, legte, dessen Beurteilung vom 10. Juni 2020 (vgl. IV-Nr. 8 S. 4) er als inkonsistent erachtete (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 8, S. 10). Dieser retrospektive Verlauf der Erwerbsfähigkeit erweist sich als grundsätzlich nachvollziehbar. Letztlich ist jedoch für die Beurteilung eines allfälligen Rentenanspruchs des Beschwerdeführers nur entscheidend, in welchem Umfang er ab dem 1. Dezember 2020 in einer Verweistätigkeit arbeits(un)fähig war (vgl. E. II. 2.2 hiervor).

8.3.5 Fehl geht die Auffassung des Beschwerdeführers, wonach seine Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit bis zur Aufnahme der rheumatologischen Behandlung mit einem TNF-Alpha-Blocker im Mai 2021 erheblich eingeschränkt gewesen sei (vgl. A.S. 8) und demzufolge (noch) nicht 100 % betragen habe:

Dr. med. F.\_\_\_\_ äusserte sich erstmals in seinem Bericht vom 16. November 2021 zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und bejahte diese ■ übereinstimmend mit Dr. med. K.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 9 f.; E. II. 8.1 hiervor) ■ für eine körperlich leichte Tätigkeit in Wechselbelastung (vgl. IV-Nr. 72 S. 31; BB 3; E. II. 7.5.1 hiervor). Nicht ohne weiteres zulässig ist indessen der Umkehrschluss, dass vor Aufnahme der von ihm veranlassten Therapie mit Amgevita bzw. Adalimumab zwingend eine Arbeitsunfähigkeit auch in einer Verweistätigkeit vorgelegen haben müsse. So erhob Dr. med. K.\_\_\_\_ anlässlich seiner Untersuchung vom 10. September 2021 nahezu identische blande klinische Befunde an der Wirbelsäule wie Dr. med. F.\_\_\_\_ anlässlich dessen Untersuchung vom 14. September 2021 (vgl. E. II. 8.3.2 hiervor). Die neurologische Teilgutachterin beobachtete im Rahmen ihrer Untersuchung vom 1. September 2021 beim Beschwerdeführer denn auch ■ vereinbar mit dieser Befundlage ■ keinerlei Einschränkungen in den spontanen und von ihm vorgezeigten Bewegungen und Positionswechseln (vgl. IV-Nr. 45.5 S. 5). Der Beschwerdeführer führte anlässlich der internistischen Begutachtung vom 31. August 2021 aus, die rheumatologische Behandlung habe bisher (lediglich) zu einer «10%igen» Abnahme der Beschwerden geführt (vgl. IV-Nr. 45.4 S. 3); gegenüber seinem Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ klagte er trotz der Behandlung mit Amgevita bzw. Adalimumab weiterhin über Schmerzen unter anderem am Kreuz und am Beckenring bzw. berichtete nur über eine leichte Schmerzlinderung am Kreuz (vgl. Berichte vom 8. Oktober 2021 sowie vom 18. Oktober 2021; IV-Nr. 56 S. 8 ff.; E. II. 7.2.3 f. hiervor). Dr. med. F.\_\_\_\_ wies in seinem

Bericht vom 14. September 2021 ebenfalls darauf hin, dass der «subjektive Effekt» der TNF-Alpha-Blockade (noch) nicht überragend sei und, falls die Beschwerden persistierten, sogar eine Therapiepause in Betracht gezogen werde (vgl. IV-Nr. 56 S. 12; E. II. 7.2.1 hiervor). Die nahezu fehlende Funktionseinschränkung an der LWS wurde mit anderen Worten sowohl von Dr. med. F.\_\_\_\_ als auch von Dr. med. K.\_\_\_\_ klinisch festgestellt, bevor die Therapie aus Sicht des Beschwerdeführers überhaupt eine wesentliche Verbesserung seiner Rückenbeschwerden bewirkt hatte. Letzterer war nach eigenen Aussagen aber auch in einem späteren Behandlungsstadium nicht beschwerdefrei und dennoch bescheinigte Dr. med. F.\_\_\_\_ ihm weiterhin eine (volle) Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (vgl. Bericht vom 10. Mai 2022; IV-Nr. 72 S. 35; E. II. 7.5.3 hiervor). Es ist demnach mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. E. II. 5.2 hiervor) davon auszugehen, dass der klinische Befund und mit ihm die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit vor Therapieaufnahme im Mai 2021 nicht anders ausgefallen wäre als im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. med. K.\_\_\_\_.

Hinzu kommt noch ein weiteres: Der für die Beurteilung einer Entzündung erhebliche Blutwert (sog. CRP C-reaktives Protein; vgl. auch [https://flexikon.doccheck.com/de/C-reaktives\\_Protein](https://flexikon.doccheck.com/de/C-reaktives_Protein); zuletzt aufgerufen am 27. Februar 2024) hatte sich gemäss den von den C.\_\_\_\_-Gutachtern bei Dr. med. F.\_\_\_\_ angeforderten Laborbefunden (Blutentnahme vom 7. September 2021; vgl. IV-Nr. 45.2 S. 6 i.V.m. 45.7 S. 15; 45.4 S. 7; 56 S. 12) im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. med. K.\_\_\_\_ (10. September 2021) offenbar aufgrund der Therapie mit dem entzündungshemmenden TNF-Alpha-Blocker bereits normalisiert (vgl. IV-Nr. 56 S. 12; 45.4 S. 7), so dass sich die vom Beschwerdeführer weiterhin beklagten Rückenschmerzen nicht mehr durch humorale Entzündungszeichen objektivieren liessen. Soweit Dr. med. K.\_\_\_\_ mithin in seinem orthopädischen Teilgutachten die Auffassung vertrat, dass für die vom Beschwerdeführer vorgetragene Schmerzen, namentlich die unspezifischen Druckschmerzen im gesamten Bereich der LWS (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 7), keine objektiven Befunde vorlägen und diese somit medizinisch nicht erklärbar seien (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 8), kann ihm ■ auch in Beachtung der nachträglichen Berichterstattung durch Dr. med. F.\_\_\_\_ ■ weiterhin gefolgt werden. Auch diesbezüglich leuchtet nicht ein, weshalb vor Aufnahme der Therapie mit Amgevita bzw. Adalimumab bei gemäss MRI vom 26. April 2021 (auch) bildgebend nachgewiesenen entzündlichen Veränderungen im Bereich der Wirbelkörper eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu erfolgen gehabt hätte als im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung, bei welcher der Beschwerdeführer trotz nun fehlenden Entzündungswerten weiterhin über Schmerzen klagte (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 2). Nicht zu überzeugen vermag in diesem Zusammenhang auch die (nicht fachärztliche) Einschätzung des (neuen) Hausarztes Dr. med. H.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer ohne Befundaufnahme rückwirkend «per 01.09.2020» als in einer leidensangepassten Tätigkeit (leicht bis gelegentlich mittelschwer, wechselbelastend, vorwiegend sitzend) arbeitsunfähig, jedoch ■ in Widerspruch dazu ■ eine Tätigkeit «ohne Belastung der Wirbelsäule/Becken» als grundsätzlich möglich erachtete (vgl. IV-Nr. 56 S. 9 f.; E. II. 7.2.4 hiervor).

8.4 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, Dr. med. G.\_\_\_\_ habe in seinem Bericht vom 5. Oktober 2021 bei ihm in psychiatrischer Hinsicht neu eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert, nachdem er im Bericht vom 23. Februar 2021 noch von einer (bloss) Anpassungsstörung ausgegangen sei. Diese neue Diagnose begründe zumindest

Zweifel am psychiatrischen Begutachtungsergebnis. Ausserdem sei dem psychiatrischen Teilgutachten insbesondere mangels vollständiger gutachterlicher Auseinandersetzung mit den klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 nicht nachvollziehbar zu entnehmen, weshalb bei ihm kein depressives Syndrom und keine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vorliege (vgl. A.S. 9). Das Teilgutachten sei auch deshalb nicht beweiswertig, da seit der Begutachtung im September 2021 bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses doch einige Zeit vergangen sei. Die von Dr. med. J.\_\_\_\_ diagnostizierte Anpassungsstörung sei eine bloss Momentaufnahme und dieser führe nicht aus, weshalb nicht zumindest im Längsverlauf eine sich verselbstständigte Depression vorliege (vgl. A.S. 50).

8.4.1 Dr. med. J.\_\_\_\_ diagnostizierte beim Beschwerdeführer in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 10. September 2021 (lediglich) eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-Nr. 45.6 S. 7). Zur Begründung führte er aus, beim Beschwerdeführer imponiere im von ihm erhobenen psychopathologischen Befund eine indifferente, (nur) teilweise subdepressive Grundstimmung bei einer adäquaten emotionalen Auslenkbarkeit; eine relevante Selbstwertproblematik sei nicht ersichtlich, gedanklich führend seien psychosoziale Belastungskonstellationen vor allem im Hinblick auf eine mittlerweile hohe Verschuldung. Merkmale einer schwerwiegenden depressiven Symptomatik seien hingegen nicht erkennbar. Zwar bekunde der Beschwerdeführer eine Anhedonie, diese könne im Rahmen der Psychopathologie jedoch nicht bestätigt werden (vgl. IV-Nr. 45.6 S. 7). Insgesamt liessen die aktuelle Lebensgestaltung, der erhobene psychopathologische Befund und die vorgetragene anamnestiche Angaben keine Krankheitsdynamik objektivieren, die in psychiatrischer Hinsicht eine Aufhebung bzw. Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründe (vgl. IV-Nr. 45.6 S. 8).

Ergänzend hielt Dr. med. J.\_\_\_\_ in der C.\_\_\_\_-Stellungnahme vom 20. April 2022 fest, die Diagnose einer Anpassungsstörung sei deshalb von ihm gewählt worden, da es sich bei der Dauer der Symptomatik um einen Grenzbefund zwischen einer Anpassungsstörung und einer längeren depressiven Reaktion handle, die geschilderten Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers in den letzten Wochen jedoch für eine weitgehende Restitutio ad integrum sprächen (vgl. IV-Nr. 63 S. 2; E. II. 7.3 hiervor).

8.4.2 Die Herleitung der Diagnose einer Anpassungsstörung und der damit verbundenen vollständigen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch Dr. med. J.\_\_\_\_ vermag zu überzeugen und erweist sich auch als nachvollziehbar: So führte der Beschwerdeführer selber aus, seine «Depressionen» hätten angefangen, nachdem seine Krankentaggeldversicherung ihre Zahlungen im August 2020 eingestellt habe (vgl. IV-Nr. 45.6 S. 3). Wenn solche psychosozialen Belastungsfaktoren indessen ■ wie vorliegend ■ direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, haben diese bei der Invaliditätsbemessung ausgeklammert zu bleiben (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303; Urteil des Bundesgerichts 9C\_258/2021 vom 29. November 2021 E. 3.2). Darüber hinaus berichtete der Beschwerdeführer von durchaus vorhandenen Alltagsaktivitäten, namentlich einer kürzlich erfolgten Ferienreise in sein Heimatland, und von nach wie vor bestehenden, regelmässigen und guten Kontakten mit Familienangehörigen bei in der Zwischenzeit allerdings etwas reduzierteren Kontakten im Freundes- und Bekanntenkreis (vgl. IV-Nr. 45.6 S. 2, S. 4; siehe auch IV-Nr. 45.3 S. 4; 45.4 S. 4 f.). Er lebt denn auch mit seiner Ehefrau und seinem erwachsenen Sohn sowie zeitweise mit dessen Freundin zusammen (vgl. IV-Nr. 45.6 S. 4; 45.4 S. 4). Es ist bei ihm mithin weder eine relevante

Antriebsstörung noch ein erheblicher sozialer Rückzug festzustellen, welche allenfalls eine schwerwiegende depressive Symptomatik begründen könnten (vgl. in diesem Sinne auch ergänzende C.\_\_\_\_-Stellungnahme vom 20. April 2022; IV-Nr. 63 S. 2; E. II. 7.3 hiervor).

8.4.3 Was die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) anbelangt, gilt es darauf hinzuweisen, dass einzig Dr. med. P.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], in ihrem Bericht vom 25. Januar 2021 nach lediglich zwei vom Beschwerdeführer wahrgenommenen Therapiesitzungen einen entsprechenden, nicht weiter begründeten Verdacht äusserte (vgl. IV-Nr. 30 S. 1 ff., insbes. S. 4). Es ist demnach nicht zu beanstanden, wenn Dr. med. J.\_\_\_\_ das Vorliegen dieser auch von Behandlerseite nicht gesicherten Diagnose ■ nachvollziehbar ■ mit der Kurzbegründung verneinte, eine solche könne nicht bestätigt werden, sei doch eine dafür erforderliche unbewältigte Konfliktkonstellation in der vorausgehenden Lebensführung nicht ersichtlich (vgl. IV-Nr. 45.6 S. 8).

8.4.4 An diesem Ergebnis vermag auch der nachträglich ins Recht gelegte Bericht vom 5. Oktober 2021 von Dr. med. G.\_\_\_\_, welcher im Übrigen lediglich Praktischer Arzt ist und über keinen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, nichts zu ändern: Psychosoziale Belastungsfaktoren können zwar zumindest mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Integrität als solcher führen, welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, wenn sie einen verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner ■ unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden ■ Folgen verschlimmern (Urteile des Bundesgerichts 9C\_10/2021 vom 15. Juni 2021 E. 3.3.1; 8C\_559/2019 vom 20. Januar 2020 E. 3.2 mit Hinweis). Eine solche zwischenzeitlich verselbstständigte depressive Störung macht Dr. med. G.\_\_\_\_ ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers auch nicht sinngemäss (vgl. A.S. 9) ■ jedoch in keiner Weise geltend und diese ist gestützt auf die gutachterlichen Erhebungen von Dr. med. J.\_\_\_\_ auch nicht erkennbar. Letzterer hielt in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. April 2022 vielmehr überzeugend fest, dass die Diagnose einer (blossen) Anpassungsstörung von ihm gewählt worden sei, da in der Zwischenzeit aufgrund des Aktivitätsniveaus des Beschwerdeführers (sogar) von einer weitgehenden Abheilung der psychischen Erkrankung auszugehen sei (vgl. IV-Nr. 63 S. 2; E. II. 7.3 hiervor). Unter diesen Umständen ist indessen nicht ersichtlich, weshalb bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses (3. November 2022) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Sinne einer depressiven Störung eingetreten sein sollte. Dr. med. G.\_\_\_\_ argumentiert widersprüchlich, wenn er mit Bericht vom 23. Februar 2021 dem Beschwerdeführer bei angeblich bereits damals bestehenden Symptomen eines mittelgradigen depressiven Syndroms lediglich eine depressive Anpassungsstörung mit unklaren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit bescheinigte (vgl. IV-Nr. 31 S. 3 ff.), mit Bericht vom 5. Oktober 2021 jedoch ■ wie Dr. med. J.\_\_\_\_ zu Recht darauf hinweist (vgl. IV-Nr. 63 S. 2; E. II. 7.3 hiervor) ohne differenzierte Befunderhebung und nähere Begründung ■ nun eine (mittelgradige) depressive Episode feststellt, welche initial bestanden, sich seither nicht verbessert und zu einer durchgehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit geführt habe (vgl. IV-Nr. 56 S. 13; E. II. 7.2.2 hiervor).

8.4.5 Der Vollständigkeit halber ist noch anzufügen, dass aus Gründen der Verhältnismässigkeit dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden kann, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Daher bleibt es entbehrlich, wenn

■ wie vorliegend ■ im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Namentlich in Fällen, bei denen nach bestehender Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die ihrerseits nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es daher in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3 S. 417 mit weiteren Hinweisen). Dies gilt umso mehr, wenn wie hier lediglich eine Anpassungsstörung diagnostiziert werden kann.

8.5 Als Beweisergebnis ist demnach zusammenfassend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit, welche den im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 formulierten Anforderungen entspricht (vgl. E. II. 7.1 hiervor), spätestens seit Dezember 2020 mit einem Arbeitspensum von 100 % ausüben kann. Von weiteren Abklärungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (vgl. E. II. 5.1 hiervor).

9. In einem nächsten Schritt ist auf den strittigen Einkommensvergleich in der angefochtenen Verfügung einzugehen und zu prüfen, ob der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad von 7 % (vgl. IV-Nr. 69 S. 2; A.S. 2) korrekt ist.

9.1

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

9.1.2 Der Beschwerdeführer kam im Jahre 1996 in die Schweiz und arbeitete nach einer ersten (kurzen) Tätigkeit im Gastgewerbe nahezu durchgehend für verschiedene Bauunternehmungen (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 3; 45.4 S. 4; 45.8). Sein letztes, seit Mitte Mai 2018 bestehendes Arbeitsverhältnis als Bauarbeiter bei der Q.\_\_\_\_, [...], wurde ihm wegen Auftragsmangel auf den 31. Dezember 2019 gekündigt, wobei sich die Kündigungsfrist krankheitsbedingt bis auf den 31. März 2020 verlängerte (vgl. Fragebogen für Arbeitgebende vom 16. Juli 2020 [IV-Nr. 18 S. 1]; Kündigungsschreiben vom 28. Oktober 2019 [IV-Nr. 18 S. 9]). Der Beschwerdeführer führte selber aus, es sei ihm aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt worden (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 3; 19 S. 1). Einer Kündigung aus gesundheitlichen Gründen ■ so der Beschwerdeführer bei anderer Gelegenheit (vgl. IV-Nr. 45.4 S. 4) ■ steht hingegen die zeitliche Abfolge entgegen, sprach

doch die Q.\_\_\_\_ die Kündigung bereits am 28. Oktober 2019 aus (vgl. IV-Nr. 18 S. 9) und macht der Beschwerdeführer eine gesundheitliche Beeinträchtigung (frühestens) ab dem 29. Oktober 2019 geltend (vgl. IV-Nr. 2 S. 6; E. II. 2.2 hiervor). Da somit überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen ist, dass die Kündigung nicht gesundheitsbedingt erfolgte, erscheint es sachgerecht, das Valideneinkommen des Beschwerdeführers anhand der statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, 2020, zu ermitteln. Die Anwendung der besagten LSE-Tabelle 2020 samt dem gewählten Wirtschaftszweig (Ziff. 41 ■ 43 [Baugewerbe]) ist zwischen den Parteien denn auch (zu Recht) unbestritten (vgl. A.S. 2, 18; IV-Nr. 69 S. 2). Der Beschwerdeführer macht indessen geltend, es sei ■ entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (vgl. A.S. 2, 28; IV-Nr. 69 S. 2) ■ nicht auf den Tabellenlohn gemäss dem untersten Kompetenzniveau 1, sondern rechtsprechungsgemäss mindestens auf denjenigen gemäss dem Kompetenzniveau 2 abzustellen. Er verfüge über besondere Fertigkeiten und Kenntnisse, da er mehr als zwanzig Jahre auf dem Bau gearbeitet habe (vgl. A.S. 18).

9.1.3 Gemäss eigenen Angaben schloss der Beschwerdeführer nach absolvierter Grundschule im Kosovo keine berufliche Ausbildung ab (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 3; 45.4 S. 4; 45.5 S. 3; 45.7 S. 4). Mit Blick auf die von ihm geltend gemachte langjährige Berufserfahrung als angelernter Maurer bzw. Bauarbeiter (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 3; 45.4 S. 4) ist darauf hinzuweisen, dass eine versicherte Person ohne (qualifizierte) Berufsausbildung, aber mit in langjähriger praktischer Tätigkeit erworbenem handwerklichen Geschick grundsätzlich in einem höheren Kompetenzniveau eingestuft werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_800/2011 vom 14. Dezember 2011 E. 2.3.2, 8C\_439/2010 vom 13. Dezember 2010 E. 3.3.3). Allerdings hat das Bundesgericht auch wiederholt festgehalten, dass eine mehrjährige Berufserfahrung zwar nicht ausser Acht zu lassen sei, heutzutage indessen in den meisten Berufssparten ein Abschluss oder zumindest (formalisierte) Aus- und Weiterbildungen verlangt würden, was wiederum gegen eine höhere Einstufung spreche (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_728/2016 vom 21. Dezember 2016 E. 3.3, 9C\_800/2011 vom 14. Dezember 2011 E. 2.3.2). Es ist nichts bekannt und wird vom Beschwerdeführer auch nicht vorgebracht, dass er nach seiner Einreise in die Schweiz im Jahre 1996 formale Aus- und Weiterbildungen absolviert oder andere besondere berufliche Qualifikationen während der Berufsausübung erworben hätte. Darüber hinaus vermochte er bis zuletzt während seiner beruflichen Tätigkeit im Baugewerbe keinen hohen Verdienst dank eines in langjähriger Praxis erworbenen handwerklichen Geschicks zu erzielen (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto [IV-Nr. 16 S. 2 f.]; Fragebogen für Arbeitgebende vom 16. Juli 2020 [IV-Nr. 18 S. 5 f.]), welcher trotz fehlender qualifizierter Berufsausbildung allenfalls eine höhere Einstufung ins Kompetenzniveau 2 rechtfertigen könnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_842/2014 vom 4. März 2015 E. 2.4.3.1). Es ist somit insgesamt nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des Valideneinkommens auf das Kompetenzniveau 1 abgestellt hat. Bei einem Einkommen von CHF 5■731.00 pro Monat (vgl. LSE 2020, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Ziff. 41-43 [Baugewerbe], Kompetenzniveau 1, Männer) und unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von durchschnittlich 41.3 Stunden im Jahre 2020 (vgl. Tabelle T03.02.03.01.04.01, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 41-43) ergibt sich demnach ein jährliches Valideneinkommen von CHF 71'007.10.

## 9.2

9.2.1 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). Mit dem praxisgemäss anzuwendenden Tabellenwert ergibt sich ein Einkommen von CHF 5'261.00 pro Monat (Arbeitsfähigkeit von 100 %; 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, Ziff. 01-96) resultiert somit ein jährliches Invalideneinkommen von CHF 65'815.10.

9.2.2 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass an der Ermittlung des Invalideneinkommens mittels der LSE-Tabellenlöhne nicht mehr festgehalten werden könne, da diese die behinderungsbedingten Nachteile nicht berücksichtigten (vgl. A.S. 18 f.), ist ihm entgegenzuhalten, dass das Bundesgericht mit Urteil 8C\_256/2021 vom 9. März 2022 (BGE 148 V 174) seine bisherige Rechtsprechung bestätigte, wonach die Tabellenlöhne der LSE ein zulässiges Mittel zur Bestimmung des Invaliditätsgrades darstellen. Ernsthafte sachliche Gründe für eine Änderung der Praxis sah das Bundesgericht keine (a.a.O., E. 9.2.3 ff. sowie E. 9.3 S. 191 ff.).

9.2.3 Der Beschwerdeführer beantragt weiter, es sei vom Tabellenlohn ein leidensbedingter Abzug «in der Grössenordnung von 15 bis 20 %» vorzunehmen. Er sei in einer Vollzeitbeschäftigung auf dem (ausgeglichenen) Arbeitsmarkt gegenüber einem Mitbewerber ohne somatische Einschränkungen insofern benachteiligt, als er auf eine Tätigkeit angewiesen sei, bei welcher er nicht lange sitzen oder stehen müsse. Darüber hinaus rechtfertigten auch der Umstand, dass er gemäss C.\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 den Zeitpunkt von Pausen selbst wählen müsse, sowie seine begrenzten Sprachkenntnisse einen Tabellenlohnabzug (vgl. A.S. 19).

9.2.4 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 pflichtgemässen 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.).

9.2.5 Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer in der angefochtenen Verfügung keinen Abzug (vgl. IV-Nr. 69 S. 1 ff.; A.S. 1 ff.). Den vom Beschwerdeführer angeführten mangelnden Sprachkenntnissen sowie der fehlenden Ausbildung wird bereits bei der Wahl des Kompetenzniveaus 1 Rechnung getragen. Diese Aspekte sind deshalb

nicht abzugsrelevant (Urteil des Bundesgerichts 8C\_549/2019 vom 26. November 2019 E. 7.7). Ohnehin dürften die Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers besser sein, als er sie in seiner Beschwerde darstellt (vgl. IV-Nr. 45.4 S. 4, S. 6; 45.5 S. 5; 45.6 S. 5). Weiter ist nicht ersichtlich, inwiefern dem Beschwerdeführer die Verwertung seiner (vollständigen) Arbeitsfähigkeit mit dem zumutbaren Belastungsprofil gemäss C.\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 (kein schweres Heben und Tragen; keine Arbeiten in Zwangshaltungen für die LWS oder in Vorneige; kein Ersteigen von Leitern und Gerüsten; freie Wahl des Zeitpunktes von Pausen; Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen; vgl. IV-Nr. 45.1 S. 8; E. II. 7.1 hiervor) auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen möglich sein sollte. So besteht auf diesem etwa auch für wechselbelastende Tätigkeiten sowie für Tätigkeiten, bei welchen der Zeitpunkt der Pausen frei gewählt werden kann, ohne dass damit ein erhöhter Pausenbedarf verbunden wäre, ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2). Darüber hinaus können gesundheitliche Einschränkungen, welche ■ wie vorliegend ■ bereits bei der Beurteilung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils berücksichtigt wurden, nicht zusätzlich beim Entscheid, ob ein Abzug gerechtfertigt sei, berücksichtigt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_136/2019 vom 2. Juli 2019 E. 4.2.2).

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. 14 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. 9.2.6 nachfolgend).

9.2.6 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 62'524.35. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 71'007.10 pro Jahr resultiert ein Invaliditätsgrad von (aufgerundet) 12 %. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG; E. II. 4. hiervor).

10. Abschliessend ist ein allfälliger Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen zu prüfen.

10.1 Nachdem der Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens einen Umschulungsanspruch geltend gemacht und um «Erörterung» möglicher Integrationsmassnahmen in Form eines Belastbarkeits- und Aufbautrainings ersucht hatte (vgl. IV-Nr. 56 S. 6; 61 S. 1), hielt die Jobberatungsstelle der Beschwerdegegnerin in einer Aktennotiz vom 27. Mai 2022 fest, ein Aufbautraining scheine gemäss C.\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 nicht erforderlich zu sein, sei doch der Beschwerdeführer seit dem

9. Juni 2020 in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig und vermittelbar. Eine gesundheitsbedingte Unterstützung bei der Stellensuche sei unter anderem dann notwendig, wenn zumutbare Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur eingeschränkt vorhanden seien. Dies sei gemäss ihrer Einschätzung vorliegend nicht der Fall. Ausserdem bestehe bei nicht gesundheitsbedingten Ursachen wie etwa ungenügenden Sprachkenntnissen oder mangelnden beruflichen Kenntnissen kein Anspruch auf Arbeitsvermittlung nach Art. 18 IVG. Aus ihrer Sicht seien somit Integrationsmassnahmen wie beispielsweise ein Aufbautraining oder eine gesundheitsbedingte Unterstützung bei der Stellensuche nicht erforderlich und berufliche Massnahmen abzulehnen (vgl. IV-Nr. 64 S. 1).

Die Beschwerdegegnerin wies alsdann mit ihrer Verfügung vom 3. November 2022 das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung von beruflichen Massnahmen ab. Als Begründung übernahm sie weitgehend das Abklärungsergebnis ihrer Jobberatungsstelle, wobei sie ergänzend ausführte, arbeitslose versicherte Personen mit einem Gesundheitsschaden, bei denen die Vermittlungsfähigkeit behinderungsbedingt nur geringfügig eingeschränkt sei, hätten keinen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Zum vom Beschwerdeführer geltend gemachten Anspruch auf Umschulung nahm sie nicht ausdrücklich Stellung (vgl. IV-Nr. 69 S. 1 f.; A.S. 1 f.).

10.2 In Bezug auf sein (Eventual-) Begehren um Gewährung von beruflichen Massnahmen (vgl. A.S. 10; E. I. 2.1 hiervor) äussert sich der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdebegründung, in der Replik und im Parteivortrag lediglich zu seinem Umschulungsanspruch. Er führt hierzu aus, bei einem rechtskonform ermittelten Invaliditätsgrad werde der Schwellenwert dafür erreicht (vgl. A.S. 19). Es werde von ihm bestritten, dass eine Umschulung bereits an seinen geringen Sprachkenntnissen scheitere. Es sei gerade Aufgabe der Beschwerdegegnerin, im Rahmen von Umschulungsmöglichkeiten die schulischen und beruflichen Möglichkeiten zu klären. Solange diese Abklärungen nicht erfolgt seien, könne nicht davon ausgegangen werden, er sei aus invaliditätsfremden Gründen objektiv nicht eingliederungsfähig (vgl. A.S. 33).

10.3 Da der Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren einen (angeblichen) Anspruch auf Durchführung von anderen beruflichen Massnahmen gemäss Art. 15 ff. IVG nicht weiter begründet, ist nachfolgend einzig auf den von ihm (bereits im vorinstanzlichen Verfahren) geltend gemachten Umschulungsanspruch einzugehen. Auf den Antrag auf weitere berufliche Massnahmen ist hingegen mangels Substantiierung nicht einzutreten.

10.4 Soweit die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer Beschwerdeantwort einen Umschulungsanspruch des Beschwerdeführers mit Verweis auf seine fehlende Eingliederungsfähigkeit aufgrund von «absolut geringen begrenzten Sprachkenntnisse[n]» verneint (vgl. A.S. 27), kann ihr nicht ohne weiteres gefolgt werden, dürften doch die Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers besser sein als von ihm dargestellt (vgl. IV-Nr. 45.4 S. 4, S. 6; 45.5 S. 5; 45.6 S. 5; E. II. 9.2.5 hiervor). Entscheidend ist jedoch Folgendes: Nach Art. 17 Abs. 1 IVG besteht ein Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann. Der Umschulungsanspruch setzt grundsätzlich eine Mindesterwerbseinbusse von rund 20 % in den für die versicherte Person ohne zusätzliche Ausbildung offenstehenden, noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten voraus (BGE 130 V 488 E. 4.2 S. 489 f., 124 V 108 E. 3 S. 111; Urteil des Bundesgerichts 8C\_792/2019 vom 28. Februar 2020 E. 3.1). Angesichts

eines errechneten Invaliditätsgrades von 12 % (vgl. E. II. 9.2.6 hiervor) besteht im vorliegenden Fall somit bereits aus diesem Grund kein entsprechender Anspruch. Darüber hinaus ist vorliegend auch die Notwendigkeit von Umschulungsmassnahmen zu verneinen. So hat der Beschwerdeführer keine Berufsausbildung und bislang lediglich als angelernter Maurer und Bauarbeiter gearbeitet (vgl. E. II. 9.1.3 hiervor). Sodann handelt es sich bei den gemäss Einkommensvergleich zumutbaren Tätigkeiten aus dem Kompetenzniveau 1 (vgl. E. II. 9.2.1 hiervor) um (Hilfs-) Arbeiten, welche im Vergleich zu den vor Eintritt der Invalidität ausgeübten Tätigkeiten als gleichwertig zu bezeichnen sind. Bei solchen (einfachen) Tätigkeiten ist denn auch grundsätzlich weder eine lange Einarbeitungszeit noch eine Umschulung erforderlich. Im Übrigen ist gestützt auf die vorliegenden Akten nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer auch nicht dargetan, in welche Tätigkeit er unter Berücksichtigung seiner Einschränkungen sowie seiner Eignungen und Neigungen erfolgsversprechend umgeschult werden könnte.

11. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht mit Verfügung vom 3. November 2022 einen Anspruch des Beschwerdeführers sowohl auf eine Invalidenrente als auch auf Umschulung verneint hat. Die Beschwerde ist daher in diesem Umfang abzuweisen. Auf den Antrag des Beschwerdeführers um Gewährung von weiteren beruflichen Massnahmen ist mangels Substantiierung nicht einzutreten.

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 1 ■ 000.00 zu bezahlen, die mit dem von ihm geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

#### **E. 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). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

## **E. 6**

Vorab ist auf das (formelle) Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen, wonach eine Verletzung seines Anspruchs auf rechtliches Gehör vorliege. So habe die Beschwerdegegnerin ihm erstmals mit Erlass der angefochtenen Verfügung die ergänzende Stellungnahme der C.\_\_\_\_ vom 20. April 2022, den «Aktannotiz Eingliederung» vom 27. Mai 2022 sowie den Einkommensvergleich zur Kenntnis gebracht, ohne dass er sich dazu hätte äussern und ohne dass er Ergänzungsfragen an die C.\_\_\_\_-Gutachter hätte stellen können (vgl. A.S. 13 ff.). 6.1 Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der

Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung; andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, der in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 370 f. mit Hinweisen). Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst mithin als zentralen Teilgehalt das Recht auf Akteneinsicht. Eine notwendige Bedingung für dessen Wahrnehmung sowie für die Ausübung des damit in engem Zusammenhang stehenden Rechts auf Äusserung besteht darin, dass die Behörde die Parteien davon in Kenntnis setzt, wenn sie dem Dossier neue Akten beifügt, die für die Entscheidungsfindung wesentlich sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_1030/2010 vom 29. April 2011 E. 2.2, mit Hinweisen). Darüber hinaus ergibt sich für Verfügungen eine aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör abgeleitete behördliche Begründungspflicht nach Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG. So muss die Begründung eines Entscheides so abgefasst sein, dass dem Rechtsunterworfenen eine sachgerechte Anfechtung möglich ist. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt (BGE 124 V 180 E. 1a S. 181).

## **E. 6.2**

6.2.1 Mit Vorbescheid vom 21. Oktober 2021 stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in Aussicht, sowohl sein Gesuch um Gewährung von beruflichen Massnahmen als auch sein Rentengesuch abzulehnen. Zur Begründung führte sie aus, ihre medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass ihm seine angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr zumutbar sei. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe jedoch seit April 2020 eine 50%ige, seit Mai 2020 eine 75%ige und seit Juni 2020 eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Ein Rentenanspruch habe nicht entstehen können, da der Beschwerdeführer nicht während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sei (vgl. IV-Nr. 47 S. 1). Im Rahmen des anschliessenden Vorbescheidverfahrens beanstandete der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 22. November 2021 das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 sowie den bisher von der Beschwerdegegnerin nicht durchgeführten Einkommensvergleich. Überdies bekräftigte er seine subjektive und objektive Eingliederungsfähigkeit und legte mehrere medizinische Berichte ins Recht (vgl. IV-Nr. 56; E. II. 7.2 nachfolgend). Mit Schreiben vom 17. Januar 2022 ersuchte er die Beschwerdegegnerin (erneut), ihm den noch fehlenden Einkommensvergleich zuzustellen und einen Termin für ein Eingliederungsgespräch anzusetzen (vgl. IV-Nr. 61).

### **E. 6.2.2**

Nachdem die Beschwerdegegnerin die C.\_\_\_\_ am 22. März 2022 darum gebeten hatte, sich zu den Einwänden des Beschwerdeführers und den von ihm eingereichten medizinischen Unterlagen zu äussern (vgl. IV-Nr. 62), nahm diese am 20. April 2022 dazu Stellung (vgl. IV-Nr. 63; E. II. 7.3 nachfolgend). Mit Aktennotiz vom 27. Mai 2022 gab die versicherungsinterne Jobberatungsstelle die Empfehlung ab, dem Beschwerdeführer keine beruflichen Massnahmen zuzusprechen (vgl. IV-Nr. 64; E. II. 10.1 nachfolgend). Nach

zweifacher Vorlage an den RAD (vgl. IV-Nr. 65 ff.; E. II. 7.4 nachfolgend) verneinte die Beschwerdegegnerin alsdann mit Verfügung vom 3. November 2022 sowohl einen Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen als auch auf eine Invalidenrente. Zur Begründung führte sie (neu) aus, ein Rentenanspruch habe nicht entstehen können, da gestützt auf einen Einkommensvergleich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiere. Zur Beurteilung der medizinischen Situation verwies sie auf das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 samt ergänzender Stellungnahme vom 20. April 2022 sowie auf die beiden RAD-Stellungnahmen vom 4. August 2022 und vom 12. September 2022. Für die Abweisung des Gesuchs um Gewährung von beruflichen Massnahmen übernahm sie weitgehend die Beurteilung ihrer Jobberatungsstelle (vgl. IV-Nr. 69; A.S. 1 ff.).

### **E. 6.3**

6.3.1 Aufgrund der Akten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer über das Einholen einer ergänzenden Stellungnahme bei der C.\_\_\_\_ zu den von ihm neu eingereichten medizinischen Berichten von der Beschwerdegegnerin vorgängig nicht informiert worden war und er diese erst mit Zustellung der angefochtenen Verfügung einsehen konnte (vgl. IV-Nr. 69 S. 3; A.S. 3). Er hatte demnach zuvor keine Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen. Zwar nahm die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 3. November 2022 ausdrücklich Bezug auf diese Stellungnahme (vgl. IV-Nr. 69 S. 2; A.S. 2) und berücksichtigte sie demnach in ihrer Entscheidungsfindung mit. Inhaltlich führten jedoch der orthopädische und der psychiatrische Teilgutachter der C.\_\_\_\_ in ihrer gemeinsamen Stellungnahme vom 20. April 2022 – auch mangels konkreter Ergänzungsfragen seitens der Beschwerdegegnerin (vgl. IV-Nr. 62) – lediglich aus, dass die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwände und neu eingereichten medizinischen Unterlagen keine Gründe aufwiesen, welche geeignet wären, um von ihrer Beurteilung im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 abzuweichen (vgl. IV-Nr. 63 S. 1 f.; E. II. 7.3 nachfolgend). Die Stellungnahme stellte somit an sich kein neues Beweismittel dar, sondern beinhaltete lediglich eine Würdigung der bestehenden medizinischen Aktenlage. Unter diesen Vorzeichen durfte die Beschwerdegegnerin darauf verzichten, sie vor Verfügungserlass dem Beschwerdeführer zuzustellen. Aber selbst wenn darin eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör gesehen werden könnte, würde eine solche keine Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin rechtfertigen (vgl. E. II. 6.4 nachfolgend).

6.3.2 Nicht anders zu beurteilen ist der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer vor Verfügungserlass die beim RAD eingeholten Stellungnahmen nicht zur Kenntnis brachte: RAD-Ärztin med. pract. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, nahm in ihrer Beurteilung vom 4. August 2022 lediglich eine Würdigung des C.\_\_\_\_-Gutachtens vom 19. Oktober 2021 vor und kam zum Schluss, dass auf dieses und die darin festgelegte Arbeits- und Erwerbsfähigkeit abgestützt werden könne (vgl. IV-Nr. 66 S. 2; E. II. 7.4.1 nachfolgend). In ihrer Aktennotiz vom 12. September 2022 hielt sie daraufhin auch nach Durchsicht der neu eingereichten Berichte des behandelnden Rheumatologen und des Hausarztes des Beschwerdeführers an dieser Auffassung fest und erachtete eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung als nicht ausgewiesen (vgl. IV-Nr. 68 S. 2 f.; E. II. 7.4.2 nachfolgend). Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Verfügung vom 3. November 2022 zwar unter anderem auch auf diese beiden RAD-Stellungnahmen (vgl. IV-Nr. 69 S. 2; A.S. 2). Bei diesen handelte es sich aber (erneut) nicht um eine eigenständige fachmedizinische Einschätzung, sondern lediglich um eine versicherungsinterne Würdigung des

C.\_\_\_\_-Gutachtens vom 19. Oktober 2021 sowie der später im Verfahren eingereichten medizinischen Unterlagen. Das rechtliche Gehör wäre nur dann zu gewähren gewesen, wenn die RAD-Stellungnahmen eine neue medizinische Erkenntnis enthalten hätten oder darin neue Befunde erhoben worden wären, welche den Akten bisher nicht entnommen werden konnten (vgl. hierzu auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_501/2012 vom 24. Juli 2012 E. 4.2). Das war vorliegend offenkundig nicht der Fall. Eine vorgängige Zustellung der beiden Aktennotizen des RAD vom 4. August 2022 sowie vom 12. September 2022 war somit ebenfalls nicht zwingend erforderlich, so dass eine Gehörsverletzung auch diesbezüglich zu verneinen ist.

6.3.3 Was der von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nachträglich und ohne vorgängige Anhörung des Beschwerdeführers vorgenommene Einkommensvergleich anbelangt (vgl. IV-Nr. 69 S. 2; A.S. 2), gilt es darauf hinzuweisen, dass dieser auf (berechtigten) Einwand des Beschwerdeführers im Vorbescheidverfahren hin (vgl. IV-Nr. 56 S. 6; 61 S. 1) vorgenommen wurde, ohne dass sich – wie bei einem ungelerten Versicherten (vgl. E. II. 9.1.3 nachfolgend) mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (vgl. E. II. 7.1 sowie E. II. 8.1 nachfolgend) absehbar – am Ergebnis (fehlender Rentenanspruch) etwas geändert hätte. Die (interne) Beurteilung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen durch die Jobberatungsstelle (Aktennotiz vom 27. Mai 2022; vgl. IV-Nr. 64; E. II. 10.1 nachfolgend) erfolgte ebenfalls auf entsprechendes Vorbringen des Beschwerdeführers im Vorbescheidverfahren hin (vgl. IV-Nr. 61 S. 1) und diente überdies der Ergänzung der im Vorbescheid noch fehlenden Begründung für die bereits darin in Aussicht gestellte Gesuchsabweisung (vgl. IV-Nr. 47 S. 2 f.; 69 S. 2; A.S. 2). Die Beschwerdegegnerin kam damit letztlich der ebenfalls aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör fliessenden und ihr obliegenden Begründungspflicht (vgl. E. II. 6.1 hiervor) nach. Eine Gehörsverletzung ist hier insgesamt mithin ebenfalls nicht zu erblicken. Auch wenn eine solche vorliegen würde, wären keine Gründe ersichtlich, welche gegen deren Heilung sprechen könnten (vgl. E. II. 6.4 nachfolgend).

## **E. 6.4**

6.4.1 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheids veranlasst wird oder nicht. Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus – im Sinne einer Heilung des Mangels – selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 136 V 117 E. 4.2.2.2 S. 126 f., 132 V 387 E. 5.1 S. 390; Urteil des Bundesgerichts 9C\_555/2020 vom 3. März 2021 E. 4.4.1 mit Hinweisen).

6.4.2 Da der Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren vor dem über eine uneingeschränkte Kognition verfügenden Versicherungsgericht Gelegenheit hatte, sich umfassend zur Stellungnahme der C.\_\_\_\_ vom 20. April 2022 sowie zur Verfügung vom

3. November 2022 samt darin (nachträglich) erstellten Einkommensvergleich und Begründung für die Verweigerung von beruflichen Massnahmen zu äussern, gälte eine allfällige Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör ohnehin als geheilt. Eine Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin wäre – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. A.S. 15) – als prozessualer Leerlauf zu qualifizieren, der das Verfahren verlängern würde, ohne dass irgendein Nutzen erkennbar wäre. So konnte der Beschwerdeführer mit seiner Beschwerde vom 8. Dezember 2022 neue Beweismittel einbringen (vgl. Beschwerdebeilagen [BB] 3 ff.; IV-Nr. 72 S. 30 ff.; E. II. 7.5 nachfolgend) und es ist nicht einzusehen, weshalb deren rechtskonforme Würdigung nur durch eine Rückweisung der Beschwerdesache an die Beschwerdegegnerin möglich sein sollte.

## **E. 7**

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Verfügung vom 3. November 2022 in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf das polydisziplinäre Gutachten (Fachrichtungen: Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie) der C. \_\_\_ vom 19. Oktober 2021 (IV-Nr. 45.1 ff.) samt ergänzender Stellungnahme vom 20. April 2022 (IV-Nr. 63) ab. Dem Gutachten sind folgende Diagnosen zu entnehmen (vgl. IV-Nr. 45.1 S. 6 f.): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: · Degeneratives LWS-Syndrom mit Rezessusstenose L4/5, Osteochondrosen und Spondylarthrosen laut MRI vom 01.05.2012 ohne radikuläre Symptomatik Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: · CAM-Impingement Hüfte beidseits · Übergewicht, BMI 27.4 kg/m<sup>2</sup> · Hyperlipidämie · Arterielle Hypertonie, ED 09/2020, gut eingestellt · Nikotinabusus 20 Zigaretten täglich · Miktionsstörung mit Pollakisurie, Dysurie, begleitet von Abnahme der Libido · Tinnitus links (seit fünf Jahren) · Inguinalhernie links · Chronische Kopfschmerzen, nicht mehr sicher klassifizierbar mit/bei o Fraglich ursprünglich klassische Migräneattacken, jetzt Kopfschmerzsymptomatik mit migräniformen Begleitsymptomen o V.a. chronifizierte Spannungskopfschmerzen o V.a. massive Verstärkung der Kopfschmerzen durch einen chronischen Analgetikaüberkonsum seit Jahren · Anpassungsstörung (F43.2) Im Rahmen ihrer interdisziplinären Beurteilung hielten die C. \_\_\_-Gutachter fest, der Beschwerdeführer leide unter einem Schmerzsyndrom der Lendenwirbelsäule (LWS) bei im MRI vom 1. Mai 2012 nachgewiesener Spondylarthrose L4 bis S1 und rezessaler Stenosierung auf Höhe L4/5 linksbetont. Diese apparativ nachgewiesenen schweren degenerativen Veränderungen der LWS mit Rezessusstenose L4/5, Osteochondrosen und engem Spinalkanal führten zu einer Minderbelastungsfähigkeit der LWS, auch wenn aktuell eine fast freie Beweglichkeit bestehe. Neurologisch hätten sich keine Zeichen einer Radikulopathie gefunden und eine Sakroiliitis sei bereits früher per Injektion ausgeschlossen worden. Ein geringes CAM-Impingement beider Hüften führe lediglich zu einer endgradigen Einschränkung der Rotation ohne signifikante Funktionseinschränkung. Die bisherige Therapie der Erkrankung der LWS und der Hüften sei konservativ mit Injektionen, Physiotherapie und medikamentöser Therapie erfolgt. Aufgrund einer schwierigen Anamnese sei eine genaue Klassifikation der vom Beschwerdeführer beklagten Kopfschmerzen schwierig. Am ehesten dürfte primär ein Spannungskopfschmerz vorgelegen haben mit migräniformen Symptomen, wobei inzwischen eine Chronifizierung eingetreten sei. Die Kopfschmerzen dürften zudem durch einen über Jahre andauernden Medikamentenübergebrauch verstärkt worden sein. Psychiatrisch seien die Kriterien einer Anpassungsstörung erfüllt, Merkmale einer depressiven Erkrankung lägen nicht vor. Internistisch bestehe aktuell ein leichtes

Übergewicht, eine deutliche Hyperlipidämie, eine gut eingestellte arterielle Hypertonie, ein quittierungsbedürftiger Nikotinabusus, eine Inguinalhernie links, ein Tinnitus und eine urologisch abklärungswürdige Miktionsstörung. Alle nichtorthopädischen Erkrankungen würden keine Arbeitsunfähigkeit bedingen (vgl. IV-Nr. 45.1 S. 4 ff.). Insgesamt sei der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter seit dem 18. November 2019 vollständig arbeitsunfähig. In einer leidensangepassten Tätigkeit (kein schweres Heben und Tragen; keine Arbeiten in Zwangshaltungen für die LWS oder in Vorneige; kein Ersteigen von Leitern und Gerüsten; freie Wahl des Zeitpunktes von Pausen; Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen) sei der Beschwerdeführer seit 1. April 2020 zu 50 %, seit 1. Mai 2020 zu 75 % und seit 9. Juni 2020 zu 100 % arbeitsfähig, wobei die Gesamtarbeitsunfähigkeit ausschliesslich orthopädisch begründet sei (vgl. IV-Nr. 45.1 S. 8 f.).

7.2 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte der Beschwerdeführer mit seinem Einwand vom 22. November 2021 mehrere Arztberichte ein (vgl. IV-Nr. 56).

7.2.1 Mit Bericht vom 14. September 2021 stellte Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, folgende Diagnosen: · HLA B27 positive Spondylarthritis mit ISG-Arthritis sowie entzündlichen Wirbelkörperveränderungen (MRI 26.04.2021) o TNF-Alpha-Blockade mit Amgevita seit 5/21 o Aktuell keine humorale Entzündungsaktivität · Femoroacetabuläres Hüftimpingement (CAM) beidseits · Arterielle Hypertonie · Mittelgradige depressive Episode o Psychiatrische Therapie · Migräne

Unter «Status» vermerkte Dr. med. F.\_\_\_\_ eine ordentliche Wirbelsäulenbeweglichkeit, eine Inklination bis FBA 10 cm ohne Schmerzangabe, symmetrisch bewegliche Hüftgelenke, einen Impingementtest ohne Schmerzangabe sowie einen Mennelltest beidseits mit leichten Schmerzen im ISG-Bereich. Unter der TNF-Alpha-Blockade mit Adalimumab gebe der Beschwerdeführer zumindest eine gewisse Besserung der ursprünglichen Beschwerden an. Aktuell klage er noch über Schmerzen im proximalen linken Oberschenkel ventralseitig, wobei die Schmerzen schwierig zuzuordnen seien. Klinisch bestehe einzig ein leicht positives Mennellzeichen beidseits als Hinweis für eine mögliche ISG-Problematik. Der subjektive Effekt der TNF-Alpha-Blockade sei «nicht überragend», allerdings seien die humoralen Entzündungszeichen verschwunden. Sollten die Beschwerden persistieren, würde er möglicherweise eine Therapiepause veranlassen. Im Moment habe er dem Beschwerdeführer empfohlen, die bisherige Therapie im angestammten Intervall zumindest für zwei Monate weiterzuführen (vgl. IV-Nr. 56 S. 11 f.).

7.2.2 In einem Bericht vom 5. Oktober 2021 bescheinigte Dr. med. G.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, dem Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht aktuell eine mittelgradige depressive Episode, welche im Wesentlichen durch die chronischen Schmerzen unterhalten werde. Der Beschwerdeführer leide seit etwa 2019 unter zunehmenden Rückenschmerzen und einer Depression. Behandlungsversuche mit Infiltration und Adalimumab seien ohne wesentlichen Erfolg geblieben. Im initial bestehenden und aktuellen Zustand könne der Beschwerdeführer vorab aufgrund der depressiven Symptomatik «zu null Prozent» arbeiten. Was und wie lange er zukünftig arbeiten könne, sei nach Besserung der somatischen bzw. der Schmerzproblematik und der Depression zu beurteilen (vgl. IV-Nr. 56 S. 13 f.).

7.2.3 Der Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bestätigte in seinem Bericht vom 8. Oktober 2021 die von Dr. med. F.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen. Der Beschwerdeführer berichte über Schmerzen am Kreuz-Beckenring und an der Hüfte beidseits. Mit der Behandlung unter TNF-Alpha-Blockade mit Adalimumab seien die Hüftschmerzen beidseits kleiner geworden, jedoch habe sich damit nur eine leichte

Schmerzlinderung am Kreuz ergeben. Als Maurer könne er aktuell nicht arbeiten, da die mit dieser Tätigkeit verbundene Belastung des unteren Rückens die anhaltenden Schmerzen aggraviere. Infolge der Behandlung mit Adalimumab sei eine Schmerzlinderung zu erwarten, die ihn arbeiten lassen werde. Diese sei noch nicht gelungen. Stehen könne er nur etwa fünfzehn Minuten, Sitzen vielleicht etwa bis maximal dreissig Minuten lang (vgl. IV-Nr. 56 S. 8).

7.2.4 In einer Stellungnahme vom 18. Oktober 2021 zuhanden der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers führte Dr. med. H. \_\_\_ aus, beim Beschwerdeführer sei (erst) am 26. Mai 2021 durch Dr. med. F. \_\_\_ die Diagnose einer HLA B27 positiven Spondyloarthritis mit ISG-Arthritis sowie entzündlichen Wirbelkörperveränderungen gestellt worden. Die entzündliche Erkrankung der Wirbelsäule und der ISG benötige eine spezifische Behandlung, die der Beschwerdeführer zuvor nicht erhalten habe. Der Beschwerdeführer sei in einer leidensangepassten Tätigkeit (leicht bis gelegentlich mittelschwer, wechselbelastend, vorwiegend sitzend) per 1. September 2020 nicht arbeitsfähig gewesen. Die Infiltrationen des ISG rechts am 5. Juni 2020 und der LWS am 14. August 2020 hätten keine relevante Besserung gebracht, ebenso wenig die am 18. Februar 2021 durchgeführte diagnostische Hüftgelenkinfiltration links. Die bisherige Tätigkeit als Maurer sei dem Beschwerdeführer wahrscheinlich nicht mehr möglich. Hierzu solle jedoch der Ausgang der rheumatologischen Behandlung mit einem TNF-Alpha-Blocker abgewartet werden. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei nur ohne Belastung der Wirbelsäule/des Beckens möglich. Zum aktuellen Zeitpunkt klage der Beschwerdeführer trotz der TNF-Blockade mit Adalimumab seit Mai 2021 über Schmerzen am Kreuz, am Beckenring und an der Hüfte beidseits. Stehen könne er nur etwa fünfzehn Minuten lang, Sitzen ca. bis zu dreissig Minuten am Stück (vgl. IV-Nr. 56 S. 9 f.).

7.3 In einer ergänzenden Stellungnahme vom 20. April 2022 führten die C. \_\_\_-Gutachter Folgendes aus: In orthopädischer Hinsicht könne ihre gutachterliche Einschätzung mit dem Arztbericht vom 14. September 2021 zusätzlich abgestützt werden, sei doch in diesem von Dr. med. F. \_\_\_ ein blander klinischer Untersuchungsbefund an der LWS und an den Hüften dokumentiert worden, wie er fast identisch auch bei der gutachterlichen Untersuchung vorgelegen habe. Auch die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in seinem Einwand vom 22. November 2021 erwähnte Sakroiliitis sei in ihrem Gutachten «adressiert» worden. Diese sei laut Befundbericht des [...]spitals B. \_\_\_ vom 20. Juli 2020 durch eine Probeinfiltration ausgeschlossen worden und es habe im Begutachtungszeitpunkt auch kein klinischer Verdacht auf eine floride Sakroiliitis vorgelegen. Nachdem klinisch von Seiten der Hüften und der LWS objektivierbar keine signifikante Funktionseinschränkung, sondern ein Normalbefund vorgelegen habe, sei eine weitere Diagnostik ihrerseits obsolet gewesen. Auch in psychiatrischer Hinsicht enthalte das Einwandschreiben des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers im Vergleich zum psychiatrischen Teilgutachten keine neuen, bisher nicht bekannten oder nicht berücksichtigten medizinischen Befunde, Berichte oder Erkenntnisse. Die gutachterlich gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung stütze sich auf die anamnestischen Angaben und den erhobenen psychopathologischen Befund, in welchem überwiegend indifferente, nur zum Teil subdepressive Anteile hätten objektiviert werden können. Die gesamte Lebensführung des Beschwerdeführers ergebe keine Anhaltspunkte für eine schwerwiegende depressive Symptomatik im Sinne einer relevanten Antriebsstörung, eines sozialen Rückzugs oder eines Störungsmusters auf der sozialen Kommunikationsebene. Die emotionale Belastbarkeit werde ausschliesslich durch psychosoziale Faktoren tangiert, welche im Kontext mit der Arbeitsfähigkeit ohne Relevanz seien. Die Diagnose einer Anpassungsstörung sei deshalb gewählt worden, da es sich bei

der Dauer der Symptomatik um ein Grenzbefund zwischen einer Anpassungsstörung und einer längeren depressiven Reaktion handle und die vom Beschwerdeführer geschilderten Aktivitäten in den letzten Wochen für eine weitgehende Restitutio ad integrum sprächen. Dr. med. G. \_\_\_ begründe in seinem Arztbericht vom 5. Oktober 2021 die von ihm gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Symptomatik nicht (näher), seien doch seine anamnestischen Angaben unpräzise und nur allgemein formuliert und fehle insbesondere ein differenzierter psychopathologischer Befund. Ebenfalls bleibe offen, worauf sich gemäss Dr. med. G. \_\_\_ die fehlende Besserung der anfänglichen depressiven Symptome gründe. Zusammenfassend und in der Gesamtschau ergäben sich mithin keine Gründe, welche geeignet seien, um von ihren im psychiatrischen und im orthopädischen Teilgutachten formulierten Ausführungen und Schlussfolgerungen abzuweichen (vgl. IV-Nr. 63 S. 1 f.).

7.4 RAD-Ärztin med. pract. D. \_\_\_ nahm daraufhin Stellung zum C. \_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 samt ergänzender Stellungnahme vom 20. April 2022: 7.4.1 In ihrer Aktennotiz vom 4. August 2022 kam sie zum Schluss, dass das C. \_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 ausführlich, nachvollziehbar und in den Schlussfolgerungen begründet sei und demnach für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers darauf abgestützt werden könne. Der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter ab dem 18. November 2019 zu 0 % arbeitsfähig. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei er ab dem 9. Juni 2020 zu 100 % arbeitsfähig (vgl. IV-Nr. 66 S. 2).

7.4.2 In einer weiteren Stellungnahme vom 12. September 2022 wies sie darauf hin, dass im allgemein-internistischen Teilgutachten die rheumatologische Behandlung mit dem TNF-Alpha-Blocker aufgenommen und eine bereits 10%ige Abnahme der Beschwerden festgehalten worden sei. Ausserdem hätten die C. \_\_\_-Gutachter auch die von Dr. med. F. \_\_\_ veranlassten Laborparameter eingesehen. Seitens des orthopädischen Teilgutachters sei eine sorgfältige Befunderhebung der Wirbelsäule, der ISG, des Beckens und der Hüftgelenke vorgenommen worden und dessen klinischen Befunde differierten im Wesentlichen nicht von denen von Dr. med. F. \_\_\_. So habe Letzterer sogar überlegt, bei Beschwerdepersistenz möglicherweise eine Therapiepause zu veranlassen. Die Bewertung der Symptome durch den Hausarzt Dr. med. H. \_\_\_ unterscheide sich im Vergleich zu derjenigen durch den orthopädischen Teilgutachter einzig im Bereich der Zumutbarkeit in einer Verweistätigkeit, während die versicherungsmedizinische Wertung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit identisch sei. Es sei insgesamt keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen und es könne ohne weitere medizinische Abklärungen auf das C. \_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 abgestellt werden (vgl. IV-Nr. 68 S. 2 f.).

7.5 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer weitere, vor Verfügungserlass erstellte und somit vorliegend zu berücksichtigende (vgl. E. II. 2.1 hiervor) medizinische Berichte ein: 7.5.1 Dr. med. F. \_\_\_ hielt in einem Verlaufsbericht vom 16. November 2021 an seiner bisherigen Diagnosestellung fest (vgl. E. II. 7.2.1 hiervor) und vermerkte zudem, dass die Laborergebnisse vom 7. September 2021 keine humoralen Entzündungsaktivitäten gezeigt hätten. Der Beschwerdeführer berichte insgesamt über eine Reduktion der ursprünglichen Beschwerden. Inflammac werde immer noch, allerdings nur noch unregelmässig eingenommen. Aktuell klage er weiterhin noch über etwas wechselnde Beschwerden im Bereich des Beckens sowie der Beine, insbesondere auch über eine Müdigkeit in den Beinen, welche ihm längeres Gehen verunmögliche. Als klinischer Befund erhob Dr. med. F. \_\_\_ einen hinkfreien und flüssigen Gang, eine Wirbelsäulenbeweglichkeit mit Inklination bis FBA 10 cm ohne Schmerzangabe sowie im Sitzen symmetrische und schmerzfrei

bewegliche Hüftgelenke. Im Rahmen seiner medizinischen Beurteilung führte Dr. med. F. \_\_\_ aus, die TNF-Alpha-Blockade mit Adalimumab werde vom Beschwerdeführer gut vertragen und dieser berichte auch über eine Besserung der Beschwerden gegenüber vor Therapiebeginn. Die vom Beschwerdeführer momentan beklagten Beschwerden seien schwierig zuzuordnen und dürften nicht mit der Spondylarthritis in Zusammenhang stehen. Das Hauptproblem des Beschwerdeführers scheine aktuell vor allem seine Arbeitslosigkeit zu sein. Seines Erachtens sollten nach Möglichkeit Wiedereingliederungsmassnahmen allenfalls über die Arbeitslosenversicherung eingeleitet werden. Für eine körperlich leichte Arbeit in Wechselbelastung halte er den Beschwerdeführer für arbeitsfähig. Die bisherige Therapie in der angestammten Dosierung werde weitergeführt (vgl. IV-Nr. 72 S. 30 f.; BB 3).

7.5.2 Der Beschwerdeführer berichtete im Rahmen der rheumatologischen Sprechstunde vom 8. Februar 2022 gegenüber Dr. med. F. \_\_\_, er sei grundsätzlich mit dem Verlauf zufrieden und die TNF-Alpha-Blockade mit Amgevita zeige einen positiven Effekt. Inflammac werde von ihm nur noch unregelmässig eingenommen. Störend sei für ihn vor allem eine Nachmittagsmüdigkeit, während er sich am Morgen eigentlich fit fühle. Dr. med. F. \_\_\_ führte aus, die C. \_\_\_-Gutachter hätten die Rückenbeschwerden als degeneratives LWS-Syndrom interpretiert. Seines Erachtens bestehe allerdings eine HLA B27 positive Spondylarthritis mit ISG-Arthritis sowie entzündlichen Veränderungen im Bereich der Wirbelkörper. Entsprechend zeige die TNF-Alpha-Blockade auch eine gute Wirkung und habe der Einsatz von NSAR reduziert werden können. Er halte den Beschwerdeführer als in einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Arbeit arbeitsfähig. Er habe ihm erneut nahegelegt, sich auf dem RAV zu melden oder selbständig eine neue Arbeitsstelle zu suchen (vgl. Bericht vom 8. Februar 2022; IV-Nr. 72 S. 32 f.; BB 4).

7.5.3 Mit Verlaufsbericht vom 10. Mai 2022 hielt Dr. med. F. \_\_\_ fest, der Beschwerdeführer berichte insgesamt über eine Besserung der ursprünglich beklagten Rückenbeschwerden. Auch der Schlaf habe sich gebessert, allerdings sei er nicht belastbar und ermüde schnell. Schmerzmedikamente nehme er nur noch sporadisch ein und diese zeigten eine gute Wirkung. Zum Status notierte Dr. med. F. \_\_\_: «Becken horizontal. Inklination bis FBA 10 cm. LWS mit Reklinationsschmerz. Dornfortsätze im LWS-Bereich indolent. Keine Beckenkammtendinosen. ISG indolent. Seitneigung der LWS beidseits ca. zu einem Drittel eingeschränkt. Periphere Gelenke frei beweglich.» Der Beschwerdeführer sei zwar nicht beschwerdefrei, insgesamt hätten sich jedoch die ursprünglichen Beschwerden und vor allem auch der Schlaf unter der TNF-Alpha-Blockade mit Amgevita gegenüber vor Beginn der Therapie doch deutlich gebessert. Inflammac werde nur noch sporadisch eingenommen. Die Laborkontrolle zeige keine Auffälligkeiten und insbesondere keine humoralen Entzündungszeichen. Er habe dem Beschwerdeführer empfohlen, die angestammte Therapie in der bisherigen Dosierung weiterzuführen und im Sinne einer Trainingstherapie regelmässig Velo zu fahren, zu laufen oder bei wärmeren Temperaturen auch schwimmen zu gehen. Für eine körperlich leichtere Arbeit in Wechselbelastung scheine ihm der Beschwerdeführer durchaus arbeitsfähig. Er habe ihm empfohlen, nach einer entsprechenden Arbeit Ausschau zu halten (vgl. IV-Nr. 72 S. 34 f.; BB 5).

## **E. 8**

8.1 Das C. \_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 genießt grundsätzlich vollen Beweiswert, entspricht es doch sämtlichen Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II. 5.2 hiervor): Es stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit des

Beschwerdeführers zu beurteilen. Weiter haben die Experten den Beschwerdeführer zu seinen subjektiven Beschwerden, seinen Lebensumständen sowie seiner Vorgeschichte befragt (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 2 ff.; 45.4 S. 2 ff.; 45.5 S. 2 ff.; 45.6 S. 2 ff.), die objektiven Befunde erhoben (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 5 f.; 45.4 S. 6 f.; 45.5 S. 5 f.; 45.6 S. 5 f.) und die wesentlichen Akten zur Kenntnis genommen (vgl. IV-Nr. 45.2). Auf dieser Grundlage befassten sich die einzelnen Gutachter sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 6 ff.; 45.4 S. 8 ff.; 45.5 S. 6 ff.; 45.6 S. 7 ff.). In der interdisziplinären Besprechung gelangten die Experten sodann zu einer gemeinsamen Beurteilung (vgl. E. II. 7.1 hiervor), welche vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde grundsätzlich überzeugt und nachvollziehbar ist. Dem Beschwerdeführer ist demgemäss gesamthaft gesehen in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 0 %, in einer den orthopädischen Einschränkungen angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von (gegenwärtig) 100 % zu bescheinigen (vgl. IV-Nr. 45.1 S. 9). Zwischen den Parteien ist der Beweiswert des internistischen Teilgutachtens vom 13. September 2021 und die darin dem Beschwerdeführer in internistischer Hinsicht bescheinigte vollständige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in jeder anderen Tätigkeit (vgl. IV-Nr. 45.4 S. 11 f.) unbestritten und gibt ausweislich der Akten zu keinen Beanstandungen Anlass. Im Rahmen des Parteivortrages lässt der Beschwerdeführer erstmals den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens vom 30. September 2021 bestreiten. Er beschränkt sich indessen darauf, auf die ihm neu bestätigte Diagnose einer Migräne zu verweisen, ohne diese durch entsprechende medizinische Unterlagen zu belegen (vgl. A.S. 50). Unter diesen Vorzeichen bestehen keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des neurologischen Teilgutachtens und es ist auf die darin schlüssig und nachvollziehbar begründete Diagnose von nicht mehr sicher klassifizierbaren chronischen Kopfschmerzen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit abzustellen (vgl. IV-Nr. 45.5 S. 6 ff.). Darüber hinaus erhebt der Beschwerdeführer verschiedene (substantiierte) Einwände gegen das orthopädische Teilgutachten vom 6. Oktober 2021 sowie gegen das psychiatrische Teilgutachten vom 27. September 2021. Dem orthopädischen Teilgutachten lässt sich entnehmen, dass beim Beschwerdeführer ein degeneratives LWS-Syndrom mit Rezessusstenose L4/5, Osteochondrosen und Spondylarthrosen sowie ein CAM-Impingement Hüfte beidseits vorliege. Während die aktuell (lediglich) endgradige Bewegungseinschränkung der LWS zu einer signifikanten Minderbelastungsfähigkeit führe, bewirke die endgradige Einschränkung der Hüftbeweglichkeit beidseits keine signifikanten Einschränkungen. Aufgrund der Erkrankung an der LWS sei in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter von einer Arbeitsfähigkeit von 0 %, in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit (kein schweres Heben und Tragen; keine Arbeiten in Zwangshaltungen für die LWS oder in Vorneige; kein Ersteigen von Leitern und Gerüsten; freie Wahl des Zeitpunktes von Pausen; Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen) von einer (gegenwärtigen) Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 7 ff.). Im psychiatrischen Teilgutachten wird aufgezeigt, dass beim Beschwerdeführer lediglich eine Anpassungsstörung bestehe, welche ihn weder in der bisherigen, noch in einer anderen Tätigkeit in seiner Arbeitsfähigkeit einschränke (vgl. IV-Nr. 45.6 S. 7 ff.). Nachfolgend ist auf die verschiedenen Vorbringen des Beschwerdeführers näher einzugehen. 8.2 Anlässlich der Verhandlung vom 28. Februar 2024 macht der Beschwerdeführer neu geltend, das C.\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 sei beweisrechtlich nicht verwertbar, da die Konsensbesprechung mangelhaft und nicht nachvollziehbar sei. Diese entspreche nicht den Vorgaben der Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der

medizinischen Begutachtung (EKQMB). Der psychiatrische Teilgutachter habe nur das Endgutachten abgesegnet und an der Konsensbesprechung gar nicht teilgenommen. Letztere müsse dokumentiert sein, was vorliegend nicht der Fall sei. Eine Besprechung «per E-Mail» sei nicht glaubwürdig (vgl. A.S. 50).

8.2.1 In den Leitlinien zur Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen in der Versicherungsmedizin der Swiss Insurance Medicine (SIM), Stand 4. Dezember 2020, auf welche auch der vom Beschwerdeführer ins Recht gelegte Überprüfungsbericht der EKQMB und der Fachstelle der EKQMB vom 7. November 2023 über die Gutachten der I. \_\_\_ der Jahre 2022/2023 verweist (vgl. S. 19 Fn. 20 [BB 6]), wird unter Ziff. 4.1 festgehalten, dass in einfachen, klaren Fallkonstellationen die beteiligten Fachgutachterinnen und Fachgutachter ihr Einverständnis zur formulierten Konsensbeurteilung auf dem Korrespondenzweg geben. (Einzig) relevante Diskrepanzen erfordern die Besprechung in einer Konsensuskonferenz. Das Ergebnis einer solchen Konsenskonferenz wird in der schriftlichen Konsensbeurteilung festgehalten und von allen Beteiligten durch Unterschrift unter die Konsensbeurteilung bestätigt.

8.2.2 Der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des C. \_\_\_-Gutachtens vom 19. Oktober 2021 ist unter « 5. Angaben zur Entstehung des Konsens» zu entnehmen, dass am 4. Oktober 2021 eine Besprechung «per E-Mail» unter Teilnahme sämtlicher Teilgutachter, namentlich auch des psychiatrischen Teilgutachters Dr. med. J. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, stattfand (vgl. IV-Nr. 45.1 S. 10). Im Anschluss daran unterzeichneten sowohl der fallführende orthopädische Teilgutachter Dr. med. K. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als auch sämtliche zusätzlich involvierten Teilgutachter und mit ihnen Dr. med. J. \_\_\_ das Gesamtgutachten und bezeugten damit ihr Einverständnis mit den Schlussfolgerungen (vgl. IV-Nr. 45.1 S. 11). Dieses Vorgehen erweist sich als leitlinienkonform: So ist vorliegend nicht von einer übermässig komplexen interdisziplinären Problemstellung auszugehen, zumal sich die Gesamtarbeitsunfähigkeit nach Auffassung der C. \_\_\_-Gutachter ausschliesslich orthopädisch begründet (vgl. IV-Nr. 45.1 S. 9) und diesbezüglich kein Bereinigungsbedarf zwischen den einzelnen Fachdisziplinen besteht. Es ist demnach nicht zu beanstanden, dass lediglich ein schriftlicher Austausch über die Konsensbeurteilung unter den beteiligten Teilgutachter erfolgte. Darüber hinaus erweist sich auch die blosser Unterzeichnung des Gesamtgutachtens durch die Teilgutachter als zulässig, wäre doch selbst bei Durchführung einer (vorliegend nicht zwingend erforderlichen) mündlichen Konsenskonferenz einzig das Ergebnis der Besprechung offenzulegen und unterschriftlich zu bestätigen.

### **E. 8.3**

Der Beschwerdeführer beanstandet weiter, die Beschwerdegegnerin habe nach seinem Einwand vom 22. November 2021 in orthopädischer bzw. rheumatologischer Hinsicht nur einseitige ergänzende medizinische Abklärungen vorgenommen. Die C. \_\_\_-Gutachter hätten sich in ihrer Stellungnahme vom 20. April 2022 gar nicht mit den von ihm vorgebrachten und dokumentierten Befunden auseinandergesetzt. So seien nach der Berichterstattung von Dr. med. F. \_\_\_ nämlich entgegen der gutachterlichen Beurteilung die Rückenbeschwerden nicht (einzig) als degeneratives LWS-Syndrom zu interpretieren, sondern auf die HLA B27 positive Spondylarthritis mit ISG-Arthritis sowie entsprechenden entzündlichen Veränderungen im Bereich der Wirbelkörper, welche im MRI vom 26. April 2021 zur Darstellung gelangt seien, zurückzuführen. Die Beschwerdesituation und damit die Arbeitsfähigkeit habe sich erst mit dem Beginn der TNF-Alpha-Blockade seit Mai 2021

gebessert. Aufgrund der Nichtberücksichtigung dieses Aspekts der Krankheitsentwicklung bestünden somit konkrete Indizien gegen die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der gutachtlichen Schlussfolgerungen, gerade auch was den Verlauf der Arbeitsfähigkeit anbelange. Es sei unbestritten, dass ihm mit der nun von Erfolg gekennzeichneten Behandlung grundsätzlich eine leichte und wechselbelastende Tätigkeit in Bezug auf seine Beschwerden an der Wirbelsäule zumutbar sei. Nicht nachvollziehbar sei hingegen der auf den 1. April 2020 gutachterlich festgelegte Beginn einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Vielmehr sei seine Leistungsfähigkeit aufgrund der Schmerzsituation vor Beginn der TNF-Alpha-Blockade im Mai 2021 auch in einer leichten Tätigkeit empfindlich vermindert gewesen. Die gegenteilige Behauptung der C.\_\_\_\_-Gutachter stehe denn auch in nicht diskutiertem Widerspruch zur Einschätzung von Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 17. April 2020, welcher eine angepasste Tätigkeit nur im Umfang von 50 % für möglich gehalten und die Steh- und Sitzdauer unterschiedlich beurteilt habe. Demnach vermöge das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 keine volle Beweiskraft zu entfalten und gerade dessen retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in keiner Weise zu überzeugen. Das Bundesgericht habe denn auch in mehreren Leitentscheiden festgehalten, dass eine Auseinandersetzung mit divergierenden Meinungen auch und gerade in medizinischen Gutachten zwingend stattfinden müsse (vgl. A.S. 15 ff.).

8.3.1 Zwar hatten die C.\_\_\_\_-Gutachter im Zeitpunkt ihrer Untersuchung des Beschwerdeführers (noch) keine Kenntnis von der Diagnosestellung durch Dr. med. F.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 7.2.1 hiervor), jedoch sehr wohl von der von diesem angeordneten Therapie mit einem entzündungshemmenden TNF-Alpha-Blocker (Amgevita bzw. Adalimumab; vgl. IV-Nr. 45.3 S. 4; 45.4 S. 3, S. 5 f.; 45.5 S. 4; 45.7 S. 3). Der orthopädische Teilgutachter Dr. med. K.\_\_\_\_ ging alsdann in seiner Diagnoseherleitung und versicherungsmedizinischen Beurteilung nicht weiter darauf ein (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 6 ff.) und kam demnach – zumindest implizit – zum Schluss, dass diesem Umstand keine besondere Beachtung beizumessen sei. Darüber hinaus nahm er anschliessend im Rahmen der ergänzenden C.\_\_\_\_-Stellungnahme vom 20. April 2022 auch noch ausdrücklich Stellung zum vom Beschwerdeführer nachträglich eingereichten Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 14. September 2021 (vgl. IV-Nr. 63 S. 1; E. II. 7.3 hiervor). Er verfügte somit grundsätzlich über die massgebenden medizinischen Unterlagen und setzte sich mit diesen auch auseinander.

8.3.2 Für die Belange der Invalidenversicherung kommt es grundsätzlich nicht auf die gestellte Diagnose an, 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). Von einer Diagnose kann denn auch nicht direkt auf die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden (BGE 145 V 215 E. 6.1 S. 227; Urteil des Bundesgerichts 9C\_59/2022 vom 31. März 2022 E. 4.3). Der orthopädische Teilgutachter Dr. med. K.\_\_\_\_ und der behandelnde Rheumatologe Dr. med. F.\_\_\_\_ erhoben – wie RAD-Ärztin med. pract. D.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 68 S. 3; E. II. 7.4.2 hiervor) und Dr. med. K.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 63 S. 1; E. II. 7.3 hiervor) zu Recht darauf hinweisen – praktisch zeitgleich nahezu identische klinische Befunde an der Wirbelsäule (Dr. med. K.\_\_\_\_: LWS endgradig bewegungseingeschränkt, paravertebraler Muskelhartspann, Druckschmerz über den Facetten und über dem ISG beidseits, Beckengeradstand, Finger-Boden-Abstand [FBA]: 5 cm [vgl. IV-Nr. 45.3 S. 5]; Dr. med. F.\_\_\_\_: ordentliche Wirbelsäulenbeweglichkeit, Inklination bis FBA 10 cm ohne Schmerzangabe, leichte Schmerzen im ISG-Bereich [vgl. IV-Nr. 56 S. 11; 72 S. 30; BB 3]). Während jedoch Dr. med. K.\_\_\_\_ daraufhin – vereinbar mit der Diagnosestellung durch den

behandelnden Neurochirurgen Dr. med. M.\_\_\_\_ (vgl. Berichte vom 3. Mai 2018 sowie vom 13. September 2018; IV-Nr. 22 S. 2 ff.) sowie des [...]spitals B.\_\_\_\_, [...] (vgl. Bericht vom 2. Oktober 2020; IV-Nr. 23 S. 6) – die Diagnose eines degenerativen LWS-Syndroms mit Rezessusstenose L4/5, Osteochondrosen und Spondylarthrosen stellte (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 7; E. II. 8.1 hiervor), kam Dr. med. F.\_\_\_\_ – offenbar unter anderem gestützt auf ein von ihm veranlasstes MRI vom 26. April 2021 (vgl. IV-Nr. 72 S. 32) – zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine HLA B27 positive Spondylarthritis mit ISG-Arthritis sowie entzündlichen Wirbelkörperveränderungen vorliege (vgl. IV-Nr. 56 S. 11; E. II. 7.2.1 hiervor). Im Ergebnis gingen jedoch beide Fachärzte übereinstimmend davon aus, dass der Beschwerdeführer gegenwärtig zumindest in einer Verweistätigkeit (vollständig) arbeitsfähig sei (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 9; 72 S. 31, S. 32, S. 35; BB 3-5; E. II. 7.5 und E. II. 8.1 hiervor), wobei Dr. med. K.\_\_\_\_ das Belastungsprofil sogar noch enger eingrenzte (kein schweres Heben und Tragen; keine Zwangshaltungen für die LWS oder Vorneige; freie Wahl des Zeitpunktes von Pausen; Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen [vgl. IV-Nr. 45.3 S. 8 f.; E. II. 8.1 hiervor]) als Dr. med. F.\_\_\_\_ (körperlich leichte[re] bis mittelschwere Tätigkeit in Wechselbelastung [vgl. IV-Nr. 72 S. 31, S. 32, S. 35; BB 3-5; E. II. 7.5 hiervor]). Es ist somit nicht zu beanstanden, wenn Dr. med. K.\_\_\_\_ in Kenntnis der abweichenden Diagnosestellung durch Dr. med. F.\_\_\_\_ in der ergänzenden C.\_\_\_\_-Stellungnahme vom 20. April 2022 aufgrund der an der LWS fehlenden «signifikanten» Funktionseinschränkung eine weitere Diagnostik als überflüssig erachtete (vgl. IV-Nr. 63 S. 2; E. II. 7.3 hiervor). 8.3.3 Dessen ungeachtet vermag die (einzig) von Dr. med. F.\_\_\_\_ gestellte Diagnose nicht vollumfänglich zu überzeugen: Eine Spondylarthritis manifestiert sich unter anderem klinisch gemeinsam mit einer Sakroiliitis, welche eine entzündliche Veränderung im Bereich des ISG bezeichnet (siehe dazu <https://flexikon.doccheck.com/de/Spondylarthritis> sowie <https://flexikon.doccheck.com/de/Sakroiliitis>, zuletzt aufgerufen am 27. Februar 2024). Wie Dr. med. K.\_\_\_\_ in seinem orthopädischen Teilgutachten vom 6. Oktober 2021 (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 7) sowie in der ergänzenden C.\_\_\_\_-Stellungnahme vom 20. April 2022 (vgl. IV-Nr. 63 S. 1; E. II. 7.3 hiervor) zu Recht vermerkte, wurde jedoch eine Sakroiliitis gemäss einem Bericht des [...]spitals B.\_\_\_\_, [...], vom 20. Juli 2020 durch eine Probeinfiltration klinisch ausgeschlossen (vgl. IV-Nr. 23 S. 10). Ausserdem bestand – so Dr. med. K.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 63 S. 1; E. II. 7.3 hiervor) – auch im Untersuchungszeitpunkt (10. September 2021) kein klinischer Verdacht auf eine floride Sakroiliitis. Dr. med. F.\_\_\_\_ führte denn in seinem Bericht vom 14. September 2021 selber aus, dass klinisch einzig ein leicht positives Mennellzeichen beidseits als Hinweis für eine mögliche ISG-Problematik vorliege (vgl. IV-Nr. 56 S. 12; E. II. 7.2.1 hiervor). Die von ihm (mit-) diagnostizierte ISG-Arthritis, welche einer Sakroiliitis entspricht (siehe dazu <https://flexikon.doccheck.com/de/Arthritis>, zuletzt aufgerufen am 27. Februar 2024), war somit – zumindest klinisch – nicht gesichert. 8.3.4 Was der gutachterlich festgelegte Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit anbelangt, gilt es vorab darauf hinzuweisen, dass der orthopädische Teilgutachter Dr. med. K.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer entgegen dessen Auffassung (vgl. A.S. 8) ab dem 1. April 2020 nicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit bescheinigte, sondern – in Übereinstimmung mit Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, [...]spital B.\_\_\_\_, [...] (vgl. Bericht zuhanden der Krankentaggeldversicherung vom 17. April 2020; IV-Nr. 8 S. 7) – vorerst lediglich eine solche von 50 %. Ab dem 1. Mai 2020 erachtete er ihn alsdann zu 75 % arbeitsfähig (vgl. in diesem Sinne auch «Zweitbeurteilung» zuhanden der Krankentaggeldversicherung von

Dr. med.N.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Arbeitsmedizin und Allgemeine Innere Medizin, vom 6. Juli 2020; IV-Nr. 24.3 S. 6). Erst ab dem 9. Juni 2020 stufte Dr. med. K.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer schliesslich als in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ein, wobei er den Beginn der vollständigen Arbeitsfähigkeit auf das Datum der (letzten) Kontrolle beim Hausarzt Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, legte, dessen Beurteilung vom 10. Juni 2020 (vgl. IV-Nr. 8 S. 4) er als inkonsistent erachtete (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 8, S. 10). Dieser retrospektive Verlauf der Erwerbsfähigkeit erweist sich als grundsätzlich nachvollziehbar. Letztlich ist jedoch für die Beurteilung eines allfälligen Rentenanspruchs des Beschwerdeführers nur entscheidend, in welchem Umfang er ab dem 1. Dezember 2020 in einer Verweistätigkeit arbeits(un)fähig war (vgl. E. II. 2.2 hiervor). 8.3.5 Fehl geht die Auffassung des Beschwerdeführers, wonach seine Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit bis zur Aufnahme der rheumatologischen Behandlung mit einem TNF-Alpha-Blocker im Mai 2021 erheblich eingeschränkt gewesen sei (vgl. A.S. 8) und demzufolge (noch) nicht 100 % betragen habe: Dr. med. F.\_\_\_\_ äusserte sich erstmals in seinem Bericht vom 16. November 2021 zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und bejahte diese – übereinstimmend mit Dr. med. K.\_\_\_\_ (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 9 f.; E. II. 8.1 hiervor) – für eine körperlich leichte Tätigkeit in Wechselbelastung (vgl. IV-Nr. 72 S. 31; BB 3; E. II. 7.5.1 hiervor). Nicht ohne weiteres zulässig ist indessen der Umkehrschluss, dass vor Aufnahme der von ihm veranlassten Therapie mit Amgevita bzw. Adalimumab zwingend eine Arbeitsunfähigkeit auch in einer Verweistätigkeit vorgelegen haben müsse. So erhob Dr. med. K.\_\_\_\_ anlässlich seiner Untersuchung vom 10. September 2021 nahezu identische blande klinische Befunde an der Wirbelsäule wie Dr. med. F.\_\_\_\_ anlässlich dessen Untersuchung vom 14. September 2021 (vgl. E. II. 8.3.2 hiervor). Die neurologische Teilgutachterin beobachtete im Rahmen ihrer Untersuchung vom 1. September 2021 beim Beschwerdeführer denn auch – vereinbar mit dieser Befundlage – keinerlei Einschränkungen in den spontanen und von ihm vorgezeigten Bewegungen und Positionswechseln (vgl. IV-Nr. 45.5 S. 5). Der Beschwerdeführer führte anlässlich der internistischen Begutachtung vom 31. August 2021 aus, die rheumatologische Behandlung habe bisher (lediglich) zu einer «10%igen» Abnahme der Beschwerden geführt (vgl. IV-Nr. 45.4 S. 3); gegenüber seinem Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ klagte er trotz der Behandlung mit Amgevita bzw. Adalimumab weiterhin über Schmerzen unter anderem am Kreuz und am Beckenring bzw. berichtete nur über eine leichte Schmerzlinderung am Kreuz (vgl. Berichte vom 8. Oktober 2021 sowie vom 18. Oktober 2021; IV-Nr. 56 S. 8 ff.; E. II. 7.2.3 f. hiervor). Dr. med. F.\_\_\_\_ wies in seinem Bericht vom 14. September 2021 ebenfalls darauf hin, dass der «subjektive Effekt» der TNF-Alpha-Blockade (noch) nicht überragend sei und, falls die Beschwerden persistierten, sogar eine Therapiepause in Betracht gezogen werde (vgl. IV-Nr. 56 S. 12; E. II. 7.2.1 hiervor). Die nahezu fehlende Funktionseinschränkung an der LWS wurde mit anderen Worten sowohl von Dr. med. F.\_\_\_\_ als auch von Dr. med. K.\_\_\_\_ klinisch festgestellt, bevor die Therapie aus Sicht des Beschwerdeführers überhaupt eine wesentliche Verbesserung seiner Rückenbeschwerden bewirkt hatte. Letzterer war nach eigenen Aussagen aber auch in einem späteren Behandlungsstadium nicht beschwerdefrei und dennoch bescheinigte Dr. med. F.\_\_\_\_ ihm weiterhin eine (volle) Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (vgl. Bericht vom 10. Mai 2022; IV-Nr. 72 S. 35; E. II. 7.5.3 hiervor). Es ist demnach mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. E. II. 5.2 hiervor) davon auszugehen, dass der klinische Befund und mit ihm die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit vor Therapieaufnahme im Mai 2021

nicht anders ausgefallen wäre als im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. med. K.\_\_\_\_. Hinzu kommt noch ein weiteres: Der für die Beurteilung einer Entzündung erhebliche Blutwert (sog. CRP C-reaktives Protein; vgl. auch [https://flexikon.doccheck.com/de/C-reaktives\\_Protein](https://flexikon.doccheck.com/de/C-reaktives_Protein); zuletzt aufgerufen am 27. Februar 2024) hatte sich gemäss den von den C.\_\_\_\_-Gutachtern bei Dr. med. F.\_\_\_\_ angeforderten Laborbefunden (Blutentnahme vom 7. September 2021; vgl. IV-Nr. 45.2 S. 6 i.V.m. 45.7 S. 15; 45.4 S. 7; 56 S. 12) im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. med. K.\_\_\_\_ (10. September 2021) offenbar aufgrund der Therapie mit dem entzündungshemmenden TNF-Alpha-Blocker bereits normalisiert (vgl. IV-Nr. 56 S. 12; 45.4 S. 7), so dass sich die vom Beschwerdeführer weiterhin beklagten Rückenschmerzen nicht mehr durch humorale Entzündungszeichen objektivieren liessen. Soweit Dr. med. K.\_\_\_\_ mithin in seinem orthopädischen Teilgutachten die Auffassung vertrat, dass für die vom Beschwerdeführer vorgetragene Schmerzen, namentlich die unspezifischen Druckschmerzen im gesamten Bereich der LWS (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 7), keine objektiven Befunde vorlägen und diese somit medizinisch nicht erklärbar seien (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 8), kann ihm – auch in Beachtung der nachträglichen Berichterstattung durch Dr. med. F.\_\_\_\_ – weiterhin gefolgt werden. Auch diesbezüglich leuchtet nicht ein, weshalb vor Aufnahme der Therapie mit Amgevita bzw. Adalimumab bei gemäss MRI vom 26. April 2021 (auch) bildgebend nachgewiesenen entzündlichen Veränderungen im Bereich der Wirbelkörper eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu erfolgen gehabt hätte als im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung, bei welcher der Beschwerdeführer trotz nun fehlenden Entzündungswerten weiterhin über Schmerzen klagte (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 2). Nicht zu überzeugen vermag in diesem Zusammenhang auch die (nicht fachärztliche) Einschätzung des (neuen) Hausarztes Dr. med. H.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer ohne Befundaufnahme rückwirkend «per 01.09.2020» als in einer leidensangepassten Tätigkeit (leicht bis gelegentlich mittelschwer, wechselbelastend, vorwiegend sitzend) arbeitsunfähig, jedoch – in Widerspruch dazu – eine Tätigkeit «ohne Belastung der Wirbelsäule/Becken» als grundsätzlich möglich erachtete (vgl. IV-Nr. 56 S. 9 f.; E. II. 7.2.4 hiervor).

8.4 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, Dr. med. G.\_\_\_\_ habe in seinem Bericht vom 5. Oktober 2021 bei ihm in psychiatrischer Hinsicht neu eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert, nachdem er im Bericht vom 23. Februar 2021 noch von einer (blosser) Anpassungsstörung ausgegangen sei. Diese neue Diagnose begründe zumindest Zweifel am psychiatrischen Begutachtungsergebnis. Ausserdem sei dem psychiatrischen Teilgutachten insbesondere mangels vollständiger gutachterlicher Auseinandersetzung mit den klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 nicht nachvollziehbar zu entnehmen, weshalb bei ihm kein depressives Syndrom und keine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vorliege (vgl. A.S. 9). Das Teilgutachten sei auch deshalb nicht beweiswertig, da seit der Begutachtung im September 2021 bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses doch einige Zeit vergangen sei. Die von Dr. med. J.\_\_\_\_ diagnostizierte Anpassungsstörung sei eine blosser Momentaufnahme und dieser führe nicht aus, weshalb nicht zumindest im Längsverlauf eine sich verselbstständigte Depression vorliege (vgl. A.S. 50).

8.4.1 Dr. med. J.\_\_\_\_ diagnostizierte beim Beschwerdeführer in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 10. September 2021 (lediglich) eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-Nr. 45.6 S. 7). Zur Begründung führte er aus, beim Beschwerdeführer imponiere im von ihm erhobenen psychopathologischen Befund eine indifferente, (nur) teilweise subdepressive Grundstimmung bei einer adäquaten emotionalen Auslenkbarkeit; eine

relevante Selbstwertproblematik sei nicht ersichtlich, gedanklich führend seien psychosoziale Belastungskonstellationen vor allem im Hinblick auf eine mittlerweile hohe Verschuldung. Merkmale einer schwerwiegenden depressiven Symptomatik seien hingegen nicht erkennbar. Zwar bekunde der Beschwerdeführer eine Anhedonie, diese könne im Rahmen der Psychopathologie jedoch nicht bestätigt werden (vgl. IV-Nr. 45.6 S. 7). Insgesamt liessen die aktuelle Lebensgestaltung, der erhobene psychopathologische Befund und die vorgetragene anamnestische Angaben keine Krankheitsdynamik objektivieren, die in psychiatrischer Hinsicht eine Aufhebung bzw. Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründe (vgl. IV-Nr. 45.6 S. 8). Ergänzend hielt Dr. med. J. \_\_\_ in der C. \_\_\_-Stellungnahme vom 20. April 2022 fest, die Diagnose einer Anpassungsstörung sei deshalb von ihm gewählt worden, da es sich bei der Dauer der Symptomatik um einen Grenzbefund zwischen einer Anpassungsstörung und einer längeren depressiven Reaktion handle, die geschilderten Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers in den letzten Wochen jedoch für eine weitgehende Restitutio ad integrum sprächen (vgl. IV-Nr. 63 S. 2; E. II. 7.3 hiervor).

8.4.2 Die Herleitung der Diagnose einer Anpassungsstörung und der damit verbundenen vollständigen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch Dr. med. J. \_\_\_ vermag zu überzeugen und erweist sich auch als nachvollziehbar: So führte der Beschwerdeführer selber aus, seine «Depressionen» hätten angefangen, nachdem seine Krankentaggeldversicherung ihre Zahlungen im August 2020 eingestellt habe (vgl. IV-Nr. 45.6 S. 3). Wenn solche psychosozialen Belastungsfaktoren indessen – wie vorliegend – direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, haben diese bei der Invaliditätsbemessung ausgeklammert zu bleiben (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303; Urteil des Bundesgerichts 9C\_258/2021 vom 29. November 2021 E. 3.2). Darüber hinaus berichtete der Beschwerdeführer von durchaus vorhandenen Alltagsaktivitäten, namentlich einer kürzlich erfolgten Ferienreise in sein Heimatland, und von nach wie vor bestehenden, regelmässigen und guten Kontakten mit Familienangehörigen bei in der Zwischenzeit allerdings etwas reduzierteren Kontakten im Freundes- und Bekanntenkreis (vgl. IV-Nr. 45.6 S. 2, S. 4; siehe auch IV-Nr. 45.3 S. 4; 45.4 S. 4 f.). Er lebt denn auch mit seiner Ehefrau und seinem erwachsenen Sohn sowie zeitweise mit dessen Freundin zusammen (vgl. IV-Nr. 45.6 S. 4; 45.4 S. 4). Es ist bei ihm mithin weder eine relevante Antriebsstörung noch ein erheblicher sozialer Rückzug festzustellen, welche allenfalls eine schwerwiegende depressive Symptomatik begründen könnten (vgl. in diesem Sinne auch ergänzende C. \_\_\_-Stellungnahme vom 20. April 2022; IV-Nr. 63 S. 2; E. II. 7.3 hiervor).

8.4.3 Was die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) anbelangt, gilt es darauf hinzuweisen, dass einzig Dr. med. P. \_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], in ihrem Bericht vom 25. Januar 2021 nach lediglich zwei vom Beschwerdeführer wahrgenommenen Therapiesitzungen einen entsprechenden, nicht weiter begründeten Verdacht äusserte (vgl. IV-Nr. 30 S. 1 ff., insbes. S. 4). Es ist demnach nicht zu beanstanden, wenn Dr. med. J. \_\_\_ das Vorliegen dieser auch von Behandlerseite nicht gesicherten Diagnose – nachvollziehbar – mit der Kurzbegründung verneinte, eine solche könne nicht bestätigt werden, sei doch eine dafür erforderliche unbewältigte Konfliktkonstellation in der vorausgehenden Lebensführung nicht ersichtlich (vgl. IV-Nr. 45.6 S. 8).

8.4.4 An diesem Ergebnis vermag auch der nachträglich ins Recht gelegte Bericht vom 5. Oktober 2021 von Dr. med. G. \_\_\_, welcher im Übrigen lediglich Praktischer Arzt ist und über keinen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, nichts zu ändern: Psychosoziale Belastungsfaktoren können zwar zumindest mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und

soweit sie zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Integrität als solcher führen, welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, wenn sie einen verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern (Urteile des Bundesgerichts 9C\_10/2021 vom 15. Juni 2021 E. 3.3.1; 8C\_559/2019 vom 20. Januar 2020 E. 3.2 mit Hinweis). Eine solche zwischenzeitlich verselbstständigte depressive Störung macht Dr. med. G.\_\_\_\_ – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers auch nicht sinngemäss (vgl. A.S. 9) – jedoch in keiner Weise geltend und diese ist gestützt auf die gutachterlichen Erhebungen von Dr. med. J.\_\_\_\_ auch nicht erkennbar. Letzterer hielt in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. April 2022 vielmehr überzeugend fest, dass die Diagnose einer (blossen) Anpassungsstörung von ihm gewählt worden sei, da in der Zwischenzeit aufgrund des Aktivitätenniveaus des Beschwerdeführers (sogar) von einer weitgehenden Abheilung der psychischen Erkrankung auszugehen sei (vgl. IV-Nr. 63 S. 2; E. II. 7.3 hiervor). Unter diesen Umständen ist indessen nicht ersichtlich, weshalb bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses (3. November 2022) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Sinne einer depressiven Störung eingetreten sein sollte. Dr. med. G.\_\_\_\_ argumentiert widersprüchlich, wenn er mit Bericht vom 23. Februar 2021 dem Beschwerdeführer bei angeblich bereits damals bestehenden Symptomen eines mittelgradigen depressiven Syndroms lediglich eine depressive Anpassungsstörung mit unklaren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit bescheinigte (vgl. IV-Nr. 31 S. 3 ff.), mit Bericht vom 5. Oktober 2021 jedoch – wie Dr. med. J.\_\_\_\_ zu Recht darauf hinweist (vgl. IV-Nr. 63 S. 2; E. II. 7.3 hiervor) ohne differenzierte Befunderhebung und nähere Begründung – nun eine (mittelgradige) depressive Episode feststellt, welche initial bestanden, sich seither nicht verbessert und zu einer durchgehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit geführt habe (vgl. IV-Nr. 56 S. 13; E. II. 7.2.2 hiervor).

8.4.5 Der Vollständigkeit halber ist noch anzufügen, dass aus Gründen der Verhältnismässigkeit dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden kann, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Daher bleibt es entbehrlich, wenn – wie vorliegend – im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Namentlich in Fällen, bei denen nach bestehender Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die ihrerseits nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es daher in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3 S. 417 mit weiteren Hinweisen). Dies gilt umso mehr, wenn wie hier lediglich eine Anpassungsstörung diagnostiziert werden kann.

8.5 Als Beweisergebnis ist demnach zusammenfassend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit, welche den im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 formulierten Anforderungen entspricht (vgl. E. II. 7.1 hiervor), spätestens seit Dezember 2020 mit einem Arbeitspensum von 100 % ausüben kann. Von weiteren Abklärungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (vgl. E. II. 5.1 hiervor).

9. In einem nächsten Schritt ist auf den strittigen Einkommensvergleich in der angefochtenen Verfügung einzugehen und zu prüfen, ob der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad von 7 % (vgl. IV-Nr. 69 S. 2; A.S. 2) korrekt ist.

9.1 9.1.1 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.). 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 mitzuberücksichtigen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_478/2021 vom 11. November 2021 E. 5.3.1 mit mehreren Hinweisen).

9.1.2 Der Beschwerdeführer kam im Jahre 1996 in die Schweiz und arbeitete nach einer ersten (kurzen) Tätigkeit im Gastgewerbe nahezu durchgehend für verschiedene Bauunternehmungen (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 3; 45.4 S. 4; 45.8). Sein letztes, seit Mitte Mai 2018 bestehendes Arbeitsverhältnis als Bauarbeiter bei der Q.\_\_\_\_, [...], wurde ihm wegen Auftragsmangel auf den 31. Dezember 2019 gekündigt, wobei sich die Kündigungsfrist krankheitsbedingt bis auf den 31. März 2020 verlängerte (vgl. Fragebogen für Arbeitgebende vom 16. Juli 2020 [IV-Nr. 18 S. 1]; Kündigungsschreiben vom 28. Oktober 2019 [IV-Nr. 18 S. 9]). Der Beschwerdeführer führte selber aus, es sei ihm aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt worden (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 3; 19 S. 1). Einer Kündigung aus gesundheitlichen Gründen – so der Beschwerdeführer bei anderer Gelegenheit (vgl. IV-Nr. 45.4 S. 4) – steht hingegen die zeitliche Abfolge entgegen, sprach doch die Q.\_\_\_\_ die Kündigung bereits am 28. Oktober 2019 aus (vgl. IV-Nr. 18 S. 9) und macht der Beschwerdeführer eine gesundheitliche Beeinträchtigung (frühestens) ab dem 29. Oktober 2019 geltend (vgl. IV-Nr. 2 S. 6; E. II. 2.2 hiervor). Da somit überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen ist, dass die Kündigung nicht gesundheitsbedingt erfolgte, erscheint es sachgerecht, das Valideneinkommen des Beschwerdeführers anhand der statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, 2020, zu ermitteln. Die Anwendung der besagten LSE-Tabelle 2020 samt dem gewählten Wirtschaftszweig (Ziff. 41 – 43 [Baugewerbe]) ist zwischen den Parteien denn auch (zu Recht) unbestritten (vgl. A.S. 2, 18; IV-Nr. 69 S. 2). Der Beschwerdeführer macht indessen geltend, es sei – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (vgl. A.S. 2, 28; IV-Nr. 69 S. 2) – nicht auf den Tabellenlohn gemäss dem untersten Kompetenzniveau 1, sondern rechtsprechungsgemäss mindestens auf denjenigen gemäss dem Kompetenzniveau 2 abzustellen. Er verfüge über besondere Fertigkeiten und Kenntnisse, da er mehr als zwanzig Jahre auf dem Bau gearbeitet habe (vgl. A.S. 18).

9.1.3 Gemäss eigenen Angaben schloss der Beschwerdeführer nach absolvierter Grundschule im Kosovo keine berufliche Ausbildung ab (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 3; 45.4 S. 4; 45.5 S. 3; 45.7 S. 4). Mit Blick auf die von ihm geltend gemachte langjährige Berufserfahrung als angelernter Maurer bzw. Bauarbeiter (vgl. IV-Nr. 45.3 S. 3; 45.4 S. 4) ist darauf hinzuweisen, dass eine versicherte Person ohne (qualifizierte) Berufsausbildung, aber mit in langjähriger praktischer Tätigkeit erworbenem handwerklichen Geschick grundsätzlich in einem höheren Kompetenzniveau eingestuft werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_800/2011 vom 14. Dezember 2011 E. 2.3.2, 8C\_439/2010 vom 13. Dezember 2010 E. 3.3.3). Allerdings hat das Bundesgericht

auch wiederholt festgehalten, dass eine mehrjährige Berufserfahrung zwar nicht ausser Acht zu lassen sei, heutzutage indessen in den meisten Berufssparten ein Abschluss oder zumindest (formalisierte) Aus- und Weiterbildungen verlangt würden, was wiederum gegen eine höhere Einstufung spreche (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_728/2016 vom 21. Dezember 2016 E. 3.3, 9C\_800/2011 vom 14. Dezember 2011 E. 2.3.2). Es ist nichts bekannt und wird vom Beschwerdeführer auch nicht vorgebracht, dass er nach seiner Einreise in die Schweiz im Jahre 1996 formale Aus- und Weiterbildungen absolviert oder andere besondere berufliche Qualifikationen während der Berufsausübung erworben hätte. Darüber hinaus vermochte er bis zuletzt während seiner beruflichen Tätigkeit im Baugewerbe keinen hohen Verdienst dank eines in langjähriger Praxis erworbenen handwerklichen Geschicks zu erzielen (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto [IV-Nr. 16 S. 2 f.]; Fragebogen für Arbeitgebende vom 16. Juli 2020 [IV-Nr. 18 S. 5 f.]), welcher trotz fehlender qualifizierter Berufsausbildung allenfalls eine höhere Einstufung ins Kompetenzniveau 2 rechtfertigen könnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_842/2014 vom 4. März 2015 E. 2.4.3.1). Es ist somit insgesamt nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des Valideneinkommens auf das Kompetenzniveau 1 abgestellt hat. Bei einem Einkommen von CHF 5'731.00 pro Monat (vgl. LSE 2020, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Ziff. 41-43 [Baugewerbe], Kompetenzniveau 1, Männer) und unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von durchschnittlich 41.3 Stunden im Jahre 2020 (vgl. Tabelle T03.02.03.01.04.01, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 41-43) ergibt sich demnach ein jährliches Valideneinkommen von CHF 71'007.10. 9.2 9.2.1 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). Mit dem praxisgemäss anzuwendenden Tabellenwert ergibt sich ein Einkommen von CHF 5'261.00 pro Monat (Arbeitsfähigkeit von 100 %; 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, Ziff. 01-96) resultiert somit ein jährliches Invalideneinkommen von CHF 65'815.10. 9.2.2 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass an der Ermittlung des Invalideneinkommens mittels der LSE-Tabellenlöhne nicht mehr festgehalten werden könne, da diese die behinderungsbedingten Nachteile nicht berücksichtigten (vgl. A.S. 18 f.), ist ihm entgegenzuhalten, dass das Bundesgericht mit Urteil 8C\_256/2021 vom 9. März 2022 (BGE 148 V 174) seine bisherige Rechtsprechung bestätigte, wonach die Tabellenlöhne der LSE ein zulässiges Mittel zur Bestimmung des Invaliditätsgrades darstellen. Ernsthafte sachliche Gründe für eine Änderung der Praxis sah das Bundesgericht keine (a.a.O., E. 9.2.3 ff. sowie E. 9.3 S. 191 ff.). 9.2.3 Der Beschwerdeführer beantragt weiter, es sei vom Tabellenlohn ein leidensbedingter Abzug «in der Grössenordnung von 15 bis 20 %» vorzunehmen. Er sei in einer Vollzeitbeschäftigung auf dem (ausgeglichenen) Arbeitsmarkt gegenüber einem Mitbewerber ohne somatische Einschränkungen insofern benachteiligt, als er auf eine Tätigkeit angewiesen sei, bei welcher er nicht lange sitzen oder stehen müsse. Darüber hinaus rechtfertigten auch der Umstand, dass er gemäss C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 den Zeitpunkt von Pausen selbst wählen müsse, sowie seine begrenzten Sprachkenntnisse einen Tabellenlohnabzug (vgl. A.S. 19). 9.2.4 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.).

9.2.5 Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer in der angefochtenen Verfügung keinen Abzug (vgl. IV-Nr. 69 S. 1 ff.; A.S. 1 ff.). Den vom Beschwerdeführer angeführten mangelnden Sprachkenntnissen sowie der fehlenden Ausbildung wird bereits bei der Wahl des Kompetenzniveaus 1 Rechnung getragen. Diese Aspekte sind deshalb nicht abzugsrelevant (Urteil des Bundesgerichts 8C\_549/2019 vom 26. November 2019 E. 7.7). Ohnehin dürften die Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers besser sein, als er sie in seiner Beschwerde darstellt (vgl. IV-Nr. 45.4 S. 4, S. 6; 45.5 S. 5; 45.6 S. 5). Weiter ist nicht ersichtlich, inwiefern dem Beschwerdeführer die Verwertung seiner (vollständigen) Arbeitsfähigkeit mit dem zumutbaren Belastungsprofil gemäss C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 (kein schweres Heben und Tragen; keine Arbeiten in Zwangshaltungen für die LWS oder in Vorneige; kein Ersteigen von Leitern und Gerüsten; freie Wahl des Zeitpunktes von Pausen; Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen; vgl. IV-Nr. 45.1 S. 8; E. II. 7.1 hiervor) auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen möglich sein sollte. So besteht auf diesem etwa auch für wechselbelastende Tätigkeiten sowie für Tätigkeiten, bei welchen der Zeitpunkt der Pausen frei gewählt werden kann, ohne dass damit ein erhöhter Pausenbedarf verbunden wäre, ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2). Darüber hinaus können gesundheitliche Einschränkungen, welche – wie vorliegend – bereits bei der Beurteilung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils berücksichtigt wurden, nicht zusätzlich beim Entscheid, ob ein Abzug gerechtfertigt sei, berücksichtigt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_136/2019 vom 2. Juli 2019 E. 4.2.2). 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. 14 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. 9.2.6 nachfolgend).

9.2.6 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 62'524.35. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 71'007.10 pro Jahr resultiert ein Invaliditätsgrad von (aufgerundet) 12 %. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG; E. II. 4. hiervor). 10. Abschliessend ist ein allfälliger Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen zu prüfen.

10.1 Nachdem der Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens einen Umschulungsanspruch geltend gemacht und um «Erörterung» möglicher Integrationsmassnahmen in Form eines Belastbarkeits- und Aufbautrainings ersucht hatte (vgl. IV-Nr. 56 S. 6; 61 S. 1), hielt die Jobberatungsstelle der Beschwerdegegnerin in einer Aktennotiz vom 27. Mai 2022 fest, ein Aufbautraining scheine gemäss C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Oktober 2021 nicht erforderlich zu sein, sei doch der Beschwerdeführer seit dem 9. Juni 2020 in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig und vermittelbar. Eine gesundheitsbedingte Unterstützung bei der Stellensuche sei unter anderem dann notwendig, wenn zumutbare Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur eingeschränkt vorhanden seien. Dies sei gemäss ihrer Einschätzung vorliegend nicht der Fall. Ausserdem bestehe bei nicht gesundheitsbedingten Ursachen wie etwa ungenügenden Sprachkenntnissen oder mangelnden beruflichen Kenntnissen kein Anspruch auf Arbeitsvermittlung nach Art. 18 IVG. Aus ihrer Sicht seien somit Integrationsmassnahmen wie beispielsweise ein Aufbautraining oder eine gesundheitsbedingte Unterstützung bei der Stellensuche nicht erforderlich und berufliche Massnahmen abzulehnen (vgl. IV-Nr. 64 S. 1). Die Beschwerdegegnerin wies alsdann mit ihrer Verfügung vom 3. November 2022 das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung von beruflichen Massnahmen ab. Als Begründung übernahm sie weitgehend das Abklärungsergebnis ihrer Jobberatungsstelle, wobei sie ergänzend ausführte, arbeitslose versicherte Personen mit einem Gesundheitsschaden, bei denen die Vermittlungsfähigkeit behinderungsbedingt nur geringfügig eingeschränkt sei, hätten keinen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Zum vom Beschwerdeführer geltend gemachten Anspruch auf Umschulung nahm sie nicht ausdrücklich Stellung (vgl. IV-Nr. 69 S. 1 f.; A.S. 1 f.).

10.2 In Bezug auf sein (Eventual-) Begehren um Gewährung von beruflichen Massnahmen (vgl. A.S. 10; E. I. 2.1 hiervor) äussert sich der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdebegündung, in der Replik und im Parteivortrag lediglich zu seinem Umschulungsanspruch. Er führt hierzu aus, bei einem rechtskonform ermittelten Invaliditätsgrad werde der Schwellenwert dafür erreicht (vgl. A.S. 19). Es werde von ihm bestritten, dass eine Umschulung bereits an seinen geringen Sprachkenntnissen scheitere. Es sei gerade Aufgabe der Beschwerdegegnerin, im Rahmen von Umschulungsmöglichkeiten die schulischen und beruflichen Möglichkeiten zu klären. Solange diese Abklärungen nicht erfolgt seien, könne nicht davon ausgegangen werden, er sei aus invaliditätsfremden Gründen objektiv nicht eingliederungsfähig (vgl. A.S. 33).

10.3 Da der Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren einen (angeblichen) Anspruch auf Durchführung von anderen beruflichen Massnahmen gemäss Art. 15 ff. IVG nicht weiter begründet, ist nachfolgend einzig auf den von ihm (bereits im vorinstanzlichen Verfahren) geltend gemachten Umschulungsanspruch einzugehen. Auf den Antrag auf weitere berufliche Massnahmen ist hingegen mangels Substantiierung nicht einzutreten. 10.4 Soweit die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer Beschwerdeantwort einen Umschulungsanspruch des Beschwerdeführers mit Verweis auf seine fehlende

Eingliederungsfähigkeit aufgrund von «absolut geringen begrenzten Sprachkenntnisse[n]» verneint (vgl. A.S. 27), kann ihr nicht ohne weiteres gefolgt werden, dürften doch die Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers besser sein als von ihm dargestellt (vgl. IV-Nr. 45.4 S. 4, S. 6; 45.5 S. 5; 45.6 S. 5; E. II. 9.2.5 hiervor). Entscheidend ist jedoch Folgendes: Nach Art. 17 Abs. 1 IVG besteht ein Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann. Der Umschulungsanspruch setzt grundsätzlich eine Mindesteinkommenseinbusse von rund 20 % in den für die versicherte Person ohne zusätzliche Ausbildung offenstehenden, noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten voraus (BGE 130 V 488 E. 4.2 S. 489 f., 124 V 108 E. 3 S. 111; Urteil des Bundesgerichts 8C\_792/2019 vom 28. Februar 2020 E. 3.1). Angesichts eines errechneten Invaliditätsgrades von 12 % (vgl. E. II. 9.2.6 hiervor) besteht im vorliegenden Fall somit bereits aus diesem Grund kein entsprechender Anspruch. Darüber hinaus ist vorliegend auch die Notwendigkeit von Umschulungsmassnahmen zu verneinen. So hat der Beschwerdeführer keine Berufsausbildung und bislang lediglich als angelernter Maurer und Bauarbeiter gearbeitet (vgl. E. II. 9.1.3 hiervor). Sodann handelt es sich bei den gemäss Einkommensvergleich zumutbaren Tätigkeiten aus dem Kompetenzniveau 1 (vgl. E. II. 9.2.1 hiervor) um (Hilfs-) Arbeiten, welche im Vergleich zu den vor Eintritt der Invalidität ausgeübten Tätigkeiten als gleichwertig zu bezeichnen sind. Bei solchen (einfachen) Tätigkeiten ist denn auch grundsätzlich weder eine lange Einarbeitungszeit noch eine Umschulung erforderlich. Im Übrigen ist gestützt auf die vorliegenden Akten nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer auch nicht dargetan, in welche Tätigkeit er unter Berücksichtigung seiner Einschränkungen sowie seiner Eignungen und Neigungen erfolgsversprechend umgeschult werden könnte. 11. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht mit Verfügung vom 3. November 2022 einen Anspruch des Beschwerdeführers sowohl auf eine Invalidenrente als auch auf Umschulung verneint hat. Die Beschwerde ist daher in diesem Umfang abzuweisen. Auf den Antrag des Beschwerdeführers um Gewährung von weiteren beruflichen Massnahmen ist mangels Substantiierung nicht einzutreten.

## **E. 12**

12.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

12.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 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 von ihm geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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