

SO_GERICHTE VSBES.2022.6 vom 23. November 2021

SO Obergericht, 2021-11-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.6

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.6 du 23 novembre 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.6 del 23 novembre 2021

Erwägungen

E. 2

a) Die Beschwerdesache sei zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens resp. zur Wahrung der Gehörsrechte im Zusammenhang mit der Stellungnahme des RAD vom 31. Mai 2021 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. b) Eventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen (IV-Rente, berufliche Massnahmen) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. c) Subeventualiter: es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. d) Subsubeventualiter: die Beschwerdesache sei zu ergänzenden medizinischen und/oder beruflich-konkreten Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 3

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

E. 3.1

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG; BGE 130 V 343 E. 3.2 S. 346 f.). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7 S. 228 ff.).

E. 3.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 3.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 3.5 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). 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 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

E. 3.6

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). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 4. Der medizinische Sachverhalt

präsentiert sich wie folgt: 4.1 Gemäss dem Bericht der E.____, über das Erstgespräch im Behandlungszentrum für Psychosomatik vom 7. Mai 2018 erfolgte die Zuweisung des Patienten zum Indikationsgespräch durch seinen (damaligen) Hausarzt Dr. med. H.____ aufgrund einer Zustandsverschlechterung bei seit Jahren bestehender rezidivierender depressiver Störung sowie chronischen Schmerzen. Die psychiatrische Diagnose nach ICD-10 lautete auf rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (F33.1). Als somatische Diagnosen wurden eine chronische generalisierte Schmerzkrankheit bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und im Rahmen der Diagnose «Depression» Hyper- und Dyslipidämie, ein Status nach Perianal-Venenthrombose vom 18. Mai 2015, eine Eisenmangelanämie (Juli 2018) bei rezidivierenden Blutabgängen (Hämorrhoiden) sowie ein Vitamin B12 und D-Mangel und eine COPD Code 2 angegeben. Zur Beurteilung wurde dargelegt, der Beschwerdeführer sei ein komplex erkrankter Patient mit psychischen sowie somatischen Problemen. Die starke Zurückgezogenheit im Rahmen der depressiven Störung im Sinne einer Entlastungsreaktion scheine mit der Zeit einen grossen Belastungsfaktor darzustellen. Inwieweit der Patient von den Programmen im Behandlungszentrum für Psychosomatik profitieren könne (ausgeprägte Passivität im Rahmen der depressiven Störung, Sprachbarriere) sei noch offen. Es sei eine Aufnahme auf der Kriseninterventionsstation vereinbart worden mit der Option, nach der ersten Stabilisierungsphase in das Behandlungszentrum für Psychosomatik verlegt zu werden (IV-Nr. 11 S. 1 f.). 4.2 Aus dem Bericht des F.____ vom 10. September 2018 gehen die Diagnosen «1. Arteriosclerosis obliterans mit PAVK IIa beidseits, Stent-PTA der A. iliaca communis beidseits am 12.07.2012, erneute Stent-PTA der A. iliaca communis beidseits am 30.04.2013 bei Stentverschluss links, aktuell: Instent-Rezidivstenosierung der A. iliaca communis beidseits und hohe Abgangsstenosierung der A. iliaca interna beidseits, vaskuläres Risikoprofil: Nikotinabusus, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie; 2. Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode Juli 2018; 3. Vd. a. generalisierte Angststörung; 4. Chronisch generalisierte Schmerzkrankheit bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, St. n. Perianal-Venenthrombose 05/2015; 5. Rezidivierende Eisenmangelanämie bei Hämorrhoidal-Blutung 07/2017, schwerer Eisenmangel bei normwertigem Vitamin B12- und Folsäure 05/2018» hervor. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, beim Patienten bestehe eine Arteriosclerose obliterans mit einer PAVK IIa beidseits vom proximalen Typ mit einer Gesässclaudicatio beidseits. Dieser Typ der Arteriosklerose habe einen starken Zusammenhang mit dem Zigarettenkonsum. Mit einer Katheterintervention könne die Symptomatik gebessert werden, prognostisch entscheidend sei jedoch der Nikotinkonsum-Stopp. Dem Patienten sei mitgeteilt worden, dass er den Nikotinkonsum körperlich schlecht toleriere und er dringend mit dem Rauchen aufhören solle. Er sei bereit, Schritte zu tun, und habe versprochen, den Nikotinkonsum zu halbieren. Sobald der Nikotinkonsum-Stopp erfolgt sei, sei ihm angeboten worden, die Katheterintervention durchzuführen. Bei erhöhtem Cholesterin sei mit einem Cholesterinsenker zu beginnen und das Gehtraining sollte weitergeführt werden. Bezüglich der Kribbelparästhesien und gegebenenfalls der Sensibilitätsminderung im rechten Bein dürfte eine zusätzliche Komponente vorhanden sein, die mit der PAVK nichts zu tun habe. Die diesbezügliche Ätiologie sei unklar (IV-Nr. 19 S. 15 ff.). 4.3 Dem Bericht des F.____ vom 5. März 2019 (Sprechstundenbericht Angiologie vom 25. Februar 2019) können die Hauptdiagnosen «1. Arteriosclerosis obliterans mit PAVK I beidseits, Stent-PTA der A. iliaca communis beidseits am 12.07.2012, erneute Stent-PTA der A. iliaca communis beidseits am 30.04.2013 bei Stentverschluss links, PTA der A. iliaca

communis beidseits vom 29.11.2018 bei In-stent-Rezidivstenose, zudem Abgangsstenosen der A. iliaca interna beidseits und Stenose der proximalen Nierenarterie links (Crossover-Manöver war mit 7F-Schleuse nicht möglich), vaskuläres Risikoprofil: Nikotinabusus, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie; 2. Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode 07/2018; 3. Vd. a. generalisierte Angststörung; 4. Chronisch generalisierte Schmerzkrankheit bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, Vd. a. pseudoradikuläre Schmerzen Bein links; 5. St. n. Perianal-Venenthrombose 05/2015; 6. Rezidivierende Eisenmangelanämie, bei Hämorrhoidal-Blutung 07/2017, schwerer Eisenmangel bei normwertigem Vitamin B12- und Folsäure 05/2018» entnommen werden. Die Beurteilung lautete dahingehend, die Dilatation der Instent-Stenosen der Arteria iliaca communis beidseits im November 2018 habe doch etwas gebracht, die claudicativen Beschwerden seien verschwunden. Aktuell sei der Patient linksseitig durch pseudoradikuläre Schmerzen links nach langem Stehen und Sitzen gestört. Fraglich bestehe eine leichte Gesässclaudicatio, was angesichts der hochgradigen Abgangsstenosierung der Arteria iliaca interna links und des Abgangsverschlusses der Arteria iliaca interna rechts durchaus möglich sei. Nach wie vor bestünden schmale Verhältnisse im Bereich der distalen Aorta abdominalis und der gesamten Beckenstrombahn beidseits. Zudem lasse sich duplexsonographisch die bereits angiographisch festgestellte hochgradige proximale Nierenarterienstenose links bestätigen (IV-Nr. 11 S. 3 ff.).

4.4 Gemäss dem Bericht des F. ___ vom 9. Juli 2019 berichtete der Patient, dass er seit der Katheterintervention vom November 2018 keine claudicativen Beschwerden mehr im rechten Bein habe. Beim Laufen seien aber lumbale Rückenschmerzen vorhanden mit Besserung auf Stillstehen und runden Rücken machen. Beschwerden bestünden auch bei langem Stehen zum Teil mit Ausstrahlung ins linke Bein. Nachts könne er zum Teil nicht schlafen wegen der Schmerzen im distalen medialen Oberschenkel. Mit einem Schmerzpflaster gingen diese Beschwerden wieder weg. Die Beurteilung lautete wie folgt: Es bestehe ein persistenter Revaskularisationserfolg. Die 24-Stunden-Blutdruckmessung vom März 2019 zeige eine ungenügende Blutdruckeinstellung bei anamnestisch bekannter hochgradiger Stenosierung der proximalen Nierenarterie links. Erfreulicherweise gehe es dem Patienten psychisch nach aufwändiger Medikamenten-Umstellung deutlich besser. In diesem Rahmen sei offenbar auch die antihypertensive Therapie reduziert worden. Bei adäquater Blutdruckeinstellung könne im Verlauf auf eine Katheterintervention der Nierenarterie verzichtet werden. Andernfalls lohne es sich durchaus, eine Intervention durchzuführen, da doch eine erhebliche Arteriosklerose vorliege. Es sei zu hoffen, dass der Beschwerdeführer den Rauchstopp durchführen könne (IV-Nr. 16 S. 6 ff.).

4.5 Der damalige Hausarzt, Dr. med. H. ___, FMH für Allgemeine Medizin, hielt in seinem Bericht vom 13. Oktober 2019 fest, es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche körperlich und seelisch belastenden Tätigkeiten seit Oktober 2011. Die Behandlung durch ihn erfolge seit dem 14. Mai 2007, es erfolgten regelmässige monatliche Kontrollen. Der Patient übe wegen jahrelanger Arbeitslosigkeit gegenwärtig keine Tätigkeit aus. Er habe überhaupt keine Tagesstruktur mehr. Die Funktionsbeeinträchtigungen seien deshalb schwer zu beurteilen. Der Patient lebe vollständig isoliert ohne Beziehungsnetz. Die Kenntnisse der deutschen Sprache seien nach vielen Jahren erstaunlich schlecht. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine rezidivierende depressive Störung (F33.1), eine chronische generalisierte Schmerzkrankheit bei degenerativen WS-Veränderungen, eine Eisen-Mangelanämie bei chronischen rezidivierenden Hämorrhoidenblutungen, eine PAVK beidseits sowie eine arterielle Hypertonie angegeben. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf

die Arbeitsfähigkeit wurden ein Status nach Perianal-Venenthrombose sowie eine COPD aufgeführt. Nach so langer Zeit ohne Beschäftigung bestehe eine äusserst ungünstige Prognose. Eine angepasste Tätigkeit sei maximal 1 bis 2 Stunden pro Tag zumutbar. Die Prognose zur Eingliederung sei eher düster. Die jahrelange Absenz von jeglicher beruflicher Tätigkeit stehe der Eingliederung im Weg (IV-Nr. 16 S. 1 ff.). 4.6 Dr. med. I.____, Leitender Arzt Angiologie, F.____, hielt in seinem Bericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 17. Dezember 2019 fest, der Patient sei schon in den Jahren 2012 und 2013 bei ihm in Behandlung gestanden wegen einer PAVK. Die ambulante angiologische Behandlung durch ihn sei am 7. September und 16. Oktober 2018, am 29. November 2018 (Katheterintervention) sowie am 25. Februar und 25. Juni 2019 erfolgt. Aktuell bestünden keine belastungsabhängigen (claudicativen) Wadenschmerzen mehr, da am 29. November 2018 erneut eine Katheterintervention erfolgt sei. Hingegen bestünden von Seiten der arteriellen Hypertonie weiterhin ungenügend eingestellte Blutdruckwerte, die auch mit der hochgradigen Einengung der oberen Nierenarterie links (11/2018 diagnostiziert) zusammenhängen könnten. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten auf rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode, Verdacht auf generalisierte Angststörung, chronisch generalisierte Schmerzkrankheit bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, Verdacht auf pseudoradikuläre Schmerzen im Bein links sowie renovaskuläre Verschlusskrankheit mit aktuell ungenügend eingestellter arterieller Hypertonie. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die Arteriosclerosis mit PAVK I beidseits, ein Status nach Perianal-Venenthrombose 05/2015 und eine rezidivierende Eisenmangelanämie angegeben. Angaben zur Arbeitsfähigkeit konnte der behandelnde Angiologe nicht machen (IV-Nr. 19 S. 1 ff.). 4.7 Die RAD-Ärztin Dr. med. G.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 30. März 2020 fest, beim Exploranden bestehe bei entsprechend vorhandenen Risikofaktoren (Nikotinabusus, Bluthochdruck, erhöhte Fettwerte) eine sogenannte PAVK (Verkalkung von Blutgefässen in den Beinen mit entsprechend auftretenden Verschlüssen bzw. Durchblutungsstörungen). Die in diesem Zusammenhang auftretenden Beschwerden (Schmerzen in den Beinen beim Gehen) seien nach dem Eingriff im November 2018 (Aufdehnung von Engstellen, die erneut in einem Stent aufgetreten seien) deutlich rückläufig gewesen. Während des Intake-Gesprächs habe der Versicherte jedoch darüber geklagt, dass bereits nach kurzer Zeit im Sitzen Rückenschmerzen im LWS-Bereich mit Ausstrahlung ins Gesäss beidseits aufträten. Zusätzlich habe seit etwa Mitte 2018 eine depressive Episode vermutlich mittleren Schweregrades bestanden. Es habe ein achtwöchiger stationärer Aufenthalt in der Psychosomatik [...] stattgefunden (der Austrittsbericht liege nicht vor). Im Anschluss daran sei die ambulante Psychotherapie nach wenigen Sitzungen beendet worden. Die RAD-Ärztin zog folgendes Fazit: Beim Versicherten bestünden anamnestisch degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule mit Zustand nach einer HWS-Discushernie und vermutlich Operation dergleichen im Jahr 2012. Beschwerden von Seiten der HWS stünden aktuell wohl eher im Hintergrund. Insgesamt sei der medizinische Sachverhalt weiterhin nicht genügend abgeklärt. Eine polydisziplinäre Abklärung sei angezeigt (IV-Nr. 24 S. 2 ff.). 4.8 Aus dem Bericht des F.____, Angiologie (Dr. med. I.____), vom 15. Juli 2020 (Sprechstundenbericht Angiologie vom 13. Juli 2020) geht die Diagnose «Arteriosclerosis obliterans mit PAVK I – II beidseits» hervor; aktuell bestehe ein persistenter Revaskularisationserfolg im Bereich der Arteria iliaca communis beidseits, eine signifikante Abgangsstenosierung der Arteria iliaca externa rechts sowie eine hochgradige Abgangsstenosierung der Arteria iliaca interna links und signifikant rechts. Im

Weiteren liege das vaskuläre Risikoprofil Nikotinabusus, arterielle Hypertonie und Dyslipidämie vor. Ferner wurde eine «Renovaskuläre Verschlusskrankheit» diagnostiziert; aktuell bestünden nach wie vor eine hochgradige Stenosierung der proximalen Nierenarterie links, ein erhaltenes Nierenparenchym links sowie ein normotoner Blutdruck unter Lisinopril 20 mg. Sodann wurden die Diagnosen «Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode 07/2018», «V.d.a. generalisierte Angststörung», «Chronisch generalisierte Schmerzkrankheit bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen», «St.n. Perianal-Venenthrombose 05/2015» und «Rezidivierende Eisenmangelanämie» angegeben. Zur Anamnese wurde dargelegt, der Patient berichte, dass es ihm nicht schlecht gehe. Er laufe nicht viel, da er kaum Lust habe. Er habe Bauch- und Brustprobleme, was ihn davon abhalte zu trainieren. Am 24. Juni 2020 habe er sich vaskulär ausführlich untersuchen lassen. Die Schlussfolgerung sei gewesen, dass kein Zusammenhang zwischen den aktuellen Beschwerden und der Durchblutung bestehe. Vielmehr verursache der Rücken die Beschwerden. Beim Laufen habe er keine Begrenzung claudicativer Art, wenn das Tempo langsam sei. Bei schnellem Laufen werde er vor einem Kilometer müde im Unterschenkelbereich beidseits im Sinne einer Kraftlosigkeit. Schmerzen träten keine auf. Bergauf komme es zusätzlich zu lumbalen Rückenschmerzen. Beim Treppenabsteigen könne er nicht so locker sein; er müsse vorsichtig sein, da er unsicher sei. Zudem habe er bei längerem Stehen ein Einschlafen der Füsse links mehr als rechts. Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, in Bezug auf die Re-Intervention im Bereich der Arteria iliaca communis beidseits bestehe ein schöner Interventionserfolg mit weitlumiger proximaler Beckenstrombahn. Leider zeige sich eine Abgangsstenosierung der Arteria iliaca externa rechts. Zudem bestünden die bekannten Stenosen der Arteria iliaca interna beidseits jeweils im Abgangsbereich, links hochgradig, rechts hämodynamisch signifikant. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom Dezember 2019 zeige sich einfach-apparativ eine diskrete Verschlechterung der gesamten Beindurchblutung beidseits, ohne dass deswegen subjektiv eine Beeinträchtigung der claudicativen Symptomatik entstanden wäre. Auch im Bereich der proximalen linken Nierenarterie zeige sich weiterhin die hämodynamisch signifikante bis hochgradige Stenosierung bei erhaltenem altem Nierenparenchym und normaler Nierengrösse links. Als Ausdruck der Stenosierung bestehe ein deutlich erniedrigter Resistance-Index im Nierenparenchym-Bereich links gegenüber rechts. Im Augenblick sei keine Indikation zu einem Nierenarterien-Stenting gegeben. Den Nikotinkonsum habe der Patient einstellen können. Er rauche noch sehr sporadisch einzelne Zigaretten. Die medikamentöse Behandlung sei fortzuführen und eine angiologische Verlaufskontrolle sei vorgesehen (IV-Nr. 31). 4.9 Gemäss dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten des C.____ (C.____), [...], vom 21. August 2020 (Untersuchungen vom 16. und 23. Juni 2020) konnten im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Sämtliche angegebenen Diagnosen (1. Peripher arterielle Verschlusskrankheit aktuell Stadium I-II beidseits [ICD-10 I70.2], Gesässclaudicatio möglich, Status nach Stent-PTA Arteria iliaca communis beidseits 12.07.2012, Status nach Stent-PTA Arteria iliaca communis beidseits 30.04.2013 bei Stentverschluss links, Status nach PTA der Arteria iliaca communis beidseits 29.11.2018 bei Instentrezidivstenosen und Abgangsstenosen der Arteria iliaca interna beidseits, aktuell: persistierender Revaskularisationserfolg, kardiovaskuläre Risikofaktoren [arterielle Hypertonie ICD-10 I10 aktuell unter Lisinopril 20 mg pro Tag hypertensive Blutdruckwerte im ambulanten Setting gemäss Hausarzt normale Blutdruckwerte, Hyperlipidämie ICD.10 E78.2, anhaltender Nikotinabusus ICD-10 F17.1]; 2. Renovaskuläre Verschlusskrankheit,

hochgradige Stenose der proximalen Nierenarterie links, angiographisch 11/2018 ICD-10 I70.1, aktuell Nierengrösse symmetrisch normal, Resistenzindex links erniedrigt;

3. Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen [ICD-10 F68.0], chronischer Schmerz [ICD-10 R52.9]; 4. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert [ICD-10 F33.4]; 5. Chronisches zerviko- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom [ICD-10 M53.8], klinisch segmental unauffällige Bewegungsfähigkeit der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule ohne objektivierbare Dysfunktionen, klinisch keinerlei Hinweise für zervikale oder lumboradikuläre sensomotorische Ausfälle, Röntgen LWS ap/seitlich vom 16.06.2020: Harmonisches Aligement der dargestellten lumbalen Wirbelsäule mit leicht betonter Lendenlordose, im Segment LWK5/SWK1 dorsal betonte Erniedrigung der Bandscheibenhöhe mit zusätzlichen Überlastungszeichen der Facettengelenke L4/5 und betont L5/S1, proximal von LWK5 gut erhaltene Bandscheibenhöhen, im ap-Bild diskrete thorakolumbal rechtskonvexe Skoliose, die mitabgebildeten Iliosakralgelenke stellen sich unauffällig dar, keine relevanten lateralen Spondylosen, Röntgen HWS ap/seitlich vom 16.06.2020: Im Seitenbild Streckhaltung der HWS mit degenerativ bedingter Osteochondrose HWK4/5, HWK5/6 und HWK6/7 mit jeweils ventralen, zum Teil spangenbildenden Spondylosen, im ap-Bild zusätzliche bilaterale Unkarthrosen zwischen HWK5/6 und HWK6/7, keine spezifischen schmerzhaften Myogelosen objektivierbar; 6. Verdacht auf essentiellen Haltetremor [ICD-10 G25.0]; 7. Anamnestisch Verdacht auf COPD [ICD-10 J44.9], aktuell klinisch unauffälliger Auskultationsbefund, anhaltender Nikotinabusus [ICD-10 F17.1]; 8. Anamnestisch rezidivierende Eisenmangelanämie [ICD-10 D50, K64], wiederholte Blutungen bei bekannten inneren und äusseren Hämorrhoiden, aktuell: normocytäres und normochromes normales Blutbild; 9. Status nach Entfernung eines Rektumpolypen (07.01.2020; ICD-10 K63.5), Histologie: tubuläres Adenom mit niedriggradiger Epitheldysplasie) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der interdisziplinären medizinischen Beurteilung wurde im Weiteren dargelegt, aus rheumatologischer Sicht bestehe aufgrund eines chronischen zerviko- und lumbospondylogenen Schmerzsyndroms eine Arbeitsunfähigkeit nur für körperlich schwere Tätigkeiten. Die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Betriebsmitarbeiter, Maschinenführer, Lagermitarbeiter und als Geschäftsführer eines Restaurants wie auch andere körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten in der freien Wirtschaft seien dem Exploranden zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt zumutbar. Aus neurologischer Sicht finde man als Diagnosen einen chronischen Schmerz und den Verdacht auf einen essentiellen Haltetremor, welche die Arbeitsfähigkeit in den zuletzt ausgeübten wie auch in einer angepassten Verweistätigkeit jedoch nicht beeinträchtigten. Aus angiologischer Sicht bestehe eine peripher arterielle Verschlusskrankheit, aktuell Stadium I-II beidseits mit Status nach wiederholten Interventionen und aktuell persistierendem Revaskularisationserfolg, des Weiteren eine renovaskuläre Verschlusskrankheit mit den kardiovaskulären Risikofaktoren Nikotinabusus, arterielle Hypertonie und Dyslipidämie. Die Arbeitsfähigkeit sei nur bei schweren Tätigkeiten und beim raschen Gehen und/oder Tragen von Lasten eingeschränkt. Unter Einhaltung dieser Einschränkungen bestehe in einer körperlich leichten oder mittelschweren Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht und aus allgemeininternistischer Sicht finde man keine weiteren Befunde und Diagnosen mit Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend bestehe somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit nur für körperlich schwere Tätigkeiten. Die zuletzt ausgeübten wie auch andere körperlich leichte bis

mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten seien dem Exploranden, unter Einhaltung der erwähnten Einschränkungen, quantitativ uneingeschränkt zumutbar. Zu den Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde dargelegt, aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe ein zerviko-lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, ohne relevante klinische Dysfunktion. Die subjektiv beklagten Beschwerden könnten aufgrund der vorliegenden Befunde nicht erklärt werden. Aus neurologischer Sicht seien die kognitiven, motorischen und sensiblen Fähigkeiten erhalten. Aus angiologischer Sicht sei die Gefässsituation im Bereich der Beinarterien aktuell kompensiert. Hinweise auf signifikante Reststenosen im Bereich der Arteria iliaca communis beidseits seien nicht vorhanden. Die Stenosen der Arteria iliaca interna beidseits und der Nierenarterien links seien jedoch persistierend, wobei diese Befunde den Exploranden im Alltag nur beim raschen Gehen und bei grösseren Belastungen einschränkten. Körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten, sitzend oder stehend, seien aus angiologischer Sicht dem Exploranden ohne Einschränkungen zuzumuten. Aus psychiatrischer Sicht stehe der Bezug von Rentenleistungen durch den Exploranden im Vordergrund. Invaliditätsfremde Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Krankheit, fehlender Berufsabschluss und Lehre, schlechte Deutschkenntnisse und fehlende Therapiemotivation limitierten die berufliche Wiedereingliederung. Aus allgemeininternistischer Sicht könnten als zusätzliche Belastungsfaktoren die längere Abwesenheit vom ersten Arbeitsmarkt, eine angespannte finanzielle Situation mit Abhängigkeit vom Sozialamt und Vorhandensein einer grösseren Schuldenlast sowie ein fehlendes soziales Netzwerk und eine ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung aufgeführt werden. Im Rahmen der Konsistenzprüfung wurde angegeben, aus Sicht des Bewegungsapparates habe insgesamt eine erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv seit Jahren anhaltenden beklagten Beschwerden und den objektivierbaren pathologischen Befunden am Bewegungsapparat bestanden, weshalb von einer erheblichen zusätzlichen funktionellen Überlagerung des Schmerzgeschehens ausgegangen werden müsse, bei deutlicher subjektiver Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Aus neurologischer Sicht seien die geltend gemachten Beschwerden ebenfalls nicht in Einklang mit der klinischen Befundkonstellation und Aktenlage gewesen. Aus psychiatrischer Sicht habe man Diskrepanzen feststellen können, beim Exploranden müsse von Aggravation ausgegangen werden. Aus allgemeininternistischer Sicht habe man in der Anamneseerhebung Diskrepanzen gefunden, in der Untersuchungssituation habe Konsistenz bestanden. Die im Alltag erwähnten Einschränkungen seien aus allgemeininternistischer Sicht nicht ausreichend begründbar. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde angegeben, 8 bis 8.5 Stunden pro Tag seien zumutbar. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Es sei von einer 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen. Aus polydisziplinärer Sicht habe in der Vergangenheit keine länger anhaltende, relevante Arbeitsunfähigkeit bestanden. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde dargelegt, eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit wäre optimal angepasst. Das Zurücklegen grösserer Gehstrecken und das Heben und Tragen schwerer Lasten sollten vermieden werden. Ein solche Tätigkeit wäre ebenfalls für 8 bis 8.5 Stunden pro Tag zumutbar. Auch hier bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe in den zuletzt ausgeübten wie auch in anderen körperlich leichten bis mittelschweren und wechselbelastenden Tätigkeiten eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Medizinische Massnahmen und Therapien mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne man nicht empfehlen. Aufgrund der subjektiven Krankheits- und

Behinderungsüberzeugung seien berufliche Massnahmen nicht erfolgversprechend (IV-Nr. 34.2). 4.9.1 Der allgemeininternistische Teilgutachter (Dr. med. J.____, FMH Allgemeine Innere Medizin; Fallführung) konnte aufgrund seiner Untersuchung vom 16. Juni 2020 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung führte er aus, beim Exploranden sei eine arterielle Hypertonie bekannt, welche zurzeit medikamentös behandelt werde. Gemäss den Angaben der Dres. med. K.____ und H.____ seien die Blutdruckwerte im ambulanten Setting im Normbereich. Des Weiteren bestehe anamnestisch eine COPD, wobei aktuell keine Basisbehandlung durchgeführt werde und der klinische Auskultationsbefund bland sei. Auch bestehe anamnestisch eine rezidivierende Eisenmangelanämie, mit Zustand nach wiederholten Eiseninfusionen, letztmals im April 2020, bei bekanntem Hämorrhoidalleiden. Eine Kolonoskopie, durchgeführt im Januar 2020, habe einen 4 mm grossen Rektumpolypen ergeben, welcher abgetragen worden sei. Zudem seien innere und äussere Hämorrhoiden beschrieben worden. Eine Ursache der angegebenen rezidivierenden Bauchschmerzen habe nicht evaluiert werden können. Obgenannte Befunde und Diagnosen könnten mit geeigneten Massnahmen behandelt werden und begründeten keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer adaptierten Verweistätigkeit. Der allgemeininternistische Status sei mit Ausnahme erhöhter Blutdruckwerte beidseits befundfrei. Zur Konsistenz und Plausibilität wurde angegeben, in der klinischen Untersuchungssituation habe Plausibilität bestanden. In der Anamnese habe man dagegen Inkonsistenzen gefunden. So habe der Explorand angegeben, wegen seiner Schmerzen nicht mehr tanzen zu können, andererseits habe er über das Aufsuchen eines Tanzlokals vor 5 Monaten berichtet. Die Angaben von Dr. med. H.____ und des Exploranden betreffend einzunehmender Medikamente hätten nicht übereingestimmt. Die im Alltag erwähnten Einschränkungen könnten aus allgemeininternistischer Sicht nicht begründet werden. Eine arterielle Hypertonie und auch eine Eisenmangelanämie bei chronisch rezidivierenden Hämorrhoidenblutungen könnten mit geeigneten Massnahmen behandelt werden und begründeten keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit. Sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Geschäftsführer und Inhaber eines Restaurants als auch in einer angepassten Verweistätigkeit (körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten) wurde aus allgemeininternistischer Sicht eine vollumfängliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestiert. Zu den medizinischen Massnahmen und Therapien wurde erklärt, im Vordergrund stehe eine optimale Einstellung der vorliegenden kardiovaskulären Risikofaktoren, insbesondere der arteriellen Hypertonie. Auch sollte der Explorand dazu angehalten werden, den Nikotinkonsum zu sistieren (IV-Nr. 34.4). 4.9.2 Der rheumatologische Teilgutachter (Dr. med. A.____, FMH Rheumatologie) konnte aufgrund seiner Untersuchung vom 16. Juni 2020 ebenfalls keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Das von ihm festgestellte chronische zerviko- und lumbospondylogene Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.8) hat gemäss seinen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zum aktuellen Leiden wurde aus rheumatologischer Sicht dargelegt, der Explorand beklage weiterhin wie seit vielen Jahren chronische lumbale Beschwerden, welche sich gürtelförmig ins Becken ausdehnten, zum Teil nach gluteal, jedoch nicht in die unteren Extremitäten ausstrahlten. Zusätzlich bestehe ein Schmerz entlang des proximalen Beckengürtels dorsolateral links. Die Schmerzintensität variiere von Tag zu Tag. Er beschreibe ein lokales «Schweregefühl am Achsenskelett» sowie zum Teil ziehende und stechende lumbale Beschwerden, welche zum Teil «unerträglich» seien. Bei massivsten Beschwerden könne er sich nur hinlegen. In den letzten Monaten habe er

keinerlei spezifische morgendliche Anlaufschmerzen, es trete eine Schmerzverstärkung im Tagesverlauf auf, z.B. beim fixierten Sitzen an einem PC. Da er selbstständig einkaufen gehen müsse, könne er diese Tätigkeit unmittelbar gut erledigen, aber einige Stunden oder einen Tag später habe er dann derart starke Schmerzen, dass er sich für eine Woche praktisch nicht mehr bewegen könne. Diese Beschwerden könnten anamnestisch mit Liegestützen und Klimmzügen gut beeinflusst werden. Im Weiteren beklage der Explorand seit längerer Zeit rezidivierende zervikale, rechts lokalisierte Schmerzen, welche sich nach vorne in Richtung Gesicht und Stirne ausdehnten mit einem brennenden Schmerzcharakter. Diese Schmerzen akzentuierten sich bei allen Bewegungen im Haushalt, wenn er Reinigungsarbeiten durchführe, und beim Heben und Tragen von Einkäufen. Sie könnten gut durch lokale Wärmeapplikationen beeinflusst werden. An den Füßen beklage er lokale Dysästhesien an den Fusssohlen. Diese Beschwerden seien zum Teil «derart unerträglich, dass man kaum damit leben könne». Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, in Ergänzung zu den Ausführungen im Gesamtgutachten könne anamnestisch betont werden, dass zu keinem Zeitpunkt je eine zervikale Diskushernien-Operation stattgefunden habe, wie dies von der RAD-Ärztin in ihrem Bericht vom 30. März 2020 (vgl. E. II. 4.7 hiervor) fälschlicherweise diskutiert worden sei. Der klinisch-rheumatologische Status habe bei insgesamt sehr guter Patientencompliance durchgeführt werden können und habe insbesondere in Bezug auf das Achsenskelett keinerlei objektivierbare Dysfunktionen der lumbalen, thorakalen oder zervikalen Wirbelsäule ergeben. Der detaillierte Gelenkstatus an den oberen sowie unteren Extremitäten sei ebenfalls regelrecht. Im rein kursorisch-neurologischen Status hätten die verschiedenen Kraftprüfungen keinerlei motorischen Defizite an den oberen sowie unteren Extremitäten ergeben. In Ergänzung zum klinischen Status habe am Untersuchungstag eine Röntgenuntersuchung der HWS und LWS durchgeführt werden können. Diese habe die aufgeführten Befunde ergeben. Obwohl gewisse degenerative pathoanatomische Befunde zervikal mehr als lumbal bestünden, könne klinisch klar festgehalten werden, dass die segmentale Bewegungsfähigkeit der Wirbelsäule völlig normal gewesen sei. Insgesamt bestehe eine ganz erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv seit Jahren anhaltend beklagten Beschwerden und den effektiven objektivierbaren pathoanatomischen Befunden am Bewegungsapparat. Es müsse in diesem Sinne von einer erheblichen zusätzlichen funktionellen Überlagerung des Schmerzgeschehens ausgegangen werden auf dem Boden einer deutlichen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde aus rheumatologischer Sicht ausgeführt, der Explorand gehe nun seit dem Jahr 2010 keiner weiteren beruflichen Tätigkeit mehr nach. Er habe vorher ein Restaurant geführt, sei unter anderem in den 2000er Jahren als Betriebsmitarbeiter und Maschinenführer tätig gewesen sowie in den 90er Jahren als Maschinenführer und Lagermitarbeiter. Für alle diese beruflichen Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 8 Stunden pro Tag ohne Leistungseinschränkung. Unter Berücksichtigung der Aktenlage sowie der aktuellen klinisch-rheumatologischen Erhebungen habe weder früher noch aktuell je eine höhergradige anhaltende Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht bestanden. Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wurde ausgeführt, es bestünden keine spezifischen Einschränkungen für eine körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende berufliche Tätigkeit in der freien Wirtschaft. Aufgrund der subjektiv deutlichen Krankheits- und Behinderungsüberzeugung könnten keine beruflichen Massnahmen als sinnvoll erachtet werden (IV-Nr. 34.6). 4.9.3 Auch der neurologische Teilgutachter (Dr. med. L. _____,

Facharzt für Neurologie) konnte gestützt auf seine Untersuchung vom 16. Juni 2020 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Ein chronischer Schmerz (ICD-10 R52.9) und ein Verdacht auf einen essentiellen Tremor (ICD-10 G25.0) wurden als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet. Zur Beurteilung gab der neurologische Teilgutachter an, es stehe zur Diskussion, inwieweit die geltend gemachten Beschwerden auf eine neurologische Ursache zurückgeführt werden könnten.

Zusammenfassend sei es im Jahr 2012 zu einem akuten Schmerz in beiden Gesässhälften mit Einschränkung der Gehfähigkeit gekommen. Angiologisch sei gemäss Aktenlage hierzu eine PAVK Grad I verantwortlich gemacht und diese sei endovaskulär behandelt worden (Juli 2019, F.____). Hiernach sei es gemäss den Angaben zu einer Besserung des Schmerzes in den Beinen gekommen; gleichwohl habe der Explorand Schmerzen im Bauch und in der Brust geltend gemacht, welche nachfolgend chronifiziert hätten. Ferner werde ein Rückenleiden erwähnt, welches auf degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule und sogar eine Operation zurückgeführt werde. Hierzu bestünden keine Akten, es seien auch keine Angaben in der Anamnese vorhanden. Es handle sich hier um eine falsche Angabe der RAD-Ärztin. Im Jahr 2013 sei psychiatrischerseits eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen diagnostiziert worden («DD Rentenneurose»). Die Ursache der Beschwerden werde auf einen Unfall zurückgeführt, welcher sich nicht beweisen lasse. Der Explorand wehre sich aktiv gegen berufseingliedernde Massnahmen. Gegenwärtig beklage er Dauerschmerzen im Bauch- und Brustbereich, ferner nadelstichartige Missempfindungen bei feinmotorischen Arbeiten. Letztlich gebe er Zittern, Zungenschmerzen und Schwitzen an. Klinisch-neurologisch finde sich ein unauffälliger Hirnnervenstatus; motorisch fielen keine Einschränkungen auf. Insbesondere liessen sich keine besonderen Schonhaltungen objektivieren. Paresen bestünden nicht. Auffällig sei ein leichter Haltetremor, welcher auch beklagt werde. Gesamthaft liessen sich auf neurologischem Fachgebiet keine wegweisenden Erkrankungen feststellen, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnten. Lediglich ein diskreter Haltetremor der Hände sei erkennbar, welcher sehr wahrscheinlich im Rahmen eines essentiellen Haltetremors aufgehe, welcher in der aktuellen Ausprägung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zeige. Die geltend gemachten Beschwerden seien aus neurologischer Sicht vor dem Hintergrund der klinischen Untersuchung und Aktenlage nicht begründbar. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und in einer angepassten Verweistätigkeit wurde dargelegt, es bestehe eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung. Auf neurologischem Fachgebiet liessen sich keine invalidisierenden Erkrankungen in der Vergangenheit oder aktuell feststellen (IV-Nr. 34.7).

4.9.4 Die angiologische Teilgutachterin (Dr. med. M.____, FMH Angiologie) hielt aufgrund ihrer Untersuchung vom 23. Juni 2020 unter dem Vermerk «angiologische anamnestische Ergänzungen» fest, die angiologische Anamnese beginne im Jahr 2012 mit dem Auftreten typischer Claudicatiobeschwerden beidseits. Am 12. Juli 2012 sei eine PTA und Stentimplantation in die Arteria iliaca communis beidseits durchgeführt worden. Im April 2013 habe bei Stentverschluss links erneut eine PTA und Stentimplantation beidseits durchgeführt werden müssen. Im September 2018 sei eine Kontrolle auf der Angiologie im F.____ mit der Diagnose signifikanter Instent Rezidivstenosen der Arteria iliaca communis beidseits und von Abgangsstenosierungen der Arteria iliaca interna beidseits erfolgt. Am 29. November 2018 sei dann eine erneute PTA der Arteria iliaca communis beidseits bei Instent Rezidivstenosen und Abgangsstenosen der Arteria iliaca interna beidseits durchgeführt und zusätzlich eine Stenose der proximalen Nierenarterie links diagnostiziert

worden. Die letzte angiologische Untersuchung vom 9. Juli 2019 dokumentiere einen persistierenden Revaskularisationserfolg. Die weiterhin vorhandenen Schmerzen beim Gehen seien als spondylogenen beurteilt worden. Eine PTA der Nierenarterie links sei nur bei einer trotz optimaler medikamentöser Therapie unbefriedigenden Blutdruckeinstellung als sinnvolle Therapieoption angesehen worden. Die angiologische Teilgutachterin konnte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die erwähnten Diagnosen (1. Peripher arterielle Verschlusskrankheit aktuell Stadium I-II beidseits [ICD-10 I70.2]; 2. Renovaskuläre Verschlusskrankheit; 3. Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Nikotinabusus, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Zusammenfassung der gesundheitlichen und beruflichen Entwicklung aus angiologischer Sicht lautete wie folgt: Aus angiologischer Sicht bestünden die beschriebene peripher arterielle Verschlusskrankheit im Bereich der Beckenbein- und Nierenarterien. Die arterielle Durchblutung sei aktuell nach diversen PTAS im Bereich der Arteria iliaca communis beidseits normal kompensiert. Der Explorand klagte auch nicht mehr über ausgeprägte typische Waden- oder Oberschenkelclaudicatiobeschwerden. Angiographisch nachgewiesen seien aber hochgradige Stenosen der Arteria iliaca interna beidseits, welche kathetertechnisch nicht behandelbar gewesen seien (das Crossover-Manöver im November 2018 sei nicht gelungen). Somit seien aus angiologischer Sicht die belastungsabhängigen Gesässclaudicatiobeschwerden erklärbar. Diese träten aber nur nach längerer Gehstrecke auf. Die den Exploranden aktuell vor allem störenden Schmerzen im Bereich des gesamten Körpers, welche auch im Sitzen und beim Liegen vorhanden seien, seien aus angiologischer Sicht nicht erklärbar. Ausserdem bestehe eine Arteriosklerose der renovaskulären Arterien mit signifikanter Stenose links. Aktuell finde man aber keine Einschränkung der Nierenfunktion und keine Hinweise auf eine beginnende vaskuläre Schrumpfnieren; die Nierengrösse sei normal und symmetrisch. Dementsprechend stehe, wie in den Berichten der Angiologie des F. ___ erwähnt, aktuell diesbezüglich die konservative Therapie mit möglichst optimaler Kontrolle und Therapie der Risikofaktoren im Vordergrund. Eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit über einen längeren Zeitraum seit dem Jahr 2011 sei durch die erwähnten Diagnosen nicht aufgetreten. Die Arbeitsfähigkeit sei jeweils periinterventionell kurzzeitig eingeschränkt gewesen. Im Weiteren wurde ausgeführt, die symptomatischen vaskulären Claudicatiobeschwerden seien jeweils auf der Angiologie des F. ___ adäquat diagnostiziert und behandelt worden. Die generalisierte Arteriosklerose sei eine chronische Erkrankung, Heilungschancen bestünden nicht. Aus angiologischer Sicht seien regelmässige Kontrollen der peripher arteriellen Durchblutung und der Nierendurchblutung beidseits indiziert. Aktuell im Vordergrund stehe eine möglichst optimale Therapie der kardiovaskulären Risikofaktoren. Entsprechend dem aktuellen Wissensstand und den Leitlinien wäre eine Statintherapie sinnvoll und notwendig. Aus den Akten sei aber nicht ersichtlich, ob eine solche wegen Nebenwirkungen abgesetzt oder nie verordnet worden sei. Der Explorand könne diesbezüglich, auch mit Hilfe des Dolmetschers, keine sichere Auskunft geben. Ausserdem sollte ein totaler Nikotinstopp angestrebt werden. Aus angiologischer Sicht bestünden keine Inkonsistenzen. Bei grösserer Belastung seien Gesässclaudicatiobeschwerden beidseits erklärbar. Die Schmerzen, welche aber in Ruhe, beim Sitzen und bei geringen Anstrengungen aufträten, seien angiologischerseits aktuell nicht erklärbar. Die aktuellen Befunde seien kongruent mit den dokumentierten angiologischen Untersuchungsberichten von Dr. med. I. ___, Leitender Arzt der Angiologie des F. ___, vom Februar und Juni 2019. Aus angiologischer Sicht sei die

arterielle Durchblutung im Bereich der Beinarterien aktuell kompensiert. Es bestünden keine signifikanten Reststenosen im Bereich der Arteria iliaca communis beidseits. Persistierend seien Stenosen der Arteria iliaca interna beidseits und der Nierenarterien links vorhanden. Diese Befunde schränkten aber den Exploranden im Alltag nur beim raschen Gehen und grösseren Belastungen ein. Aus angiologischer Sicht bestünden keine Einschränkungen bei leichten und mittelschweren Tätigkeiten sitzend oder stehend. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde angegeben, in jeder leichten oder mittelschweren Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit von 100 %. Nur bei schweren Tätigkeiten, vor allem beim raschen Gehen und/oder Tragen von Lasten könne eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit diskutiert werden. Dabei bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde aus angiologischer Sicht erklärt, jegliche leichte oder mittelschwere sitzende oder stehende Tätigkeit ohne das Zurücklegen grösserer Strecken oder das Heben von Lasten sei aus angiologischer Sicht optimal angepasst. Es bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Aus angiologischer Sicht bestünden keine Bedenken gegen berufliche Massnahmen (IV-Nr. 34.8). 4.9.5 Der psychiatrische Teilgutachter (Dr. med. N.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie) konnte aufgrund seiner Untersuchung vom 16. Juni 2020 ebenfalls keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine «Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0)» sowie eine «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)» angegeben. Zur Herleitung dieser Diagnosen wurde ausgeführt, aufgrund einer Gesamtschau der Begutachtungsergebnisse, insbesondere unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Authentizitätsprüfung, sei von einer deutlich geringeren Beeinträchtigung auszugehen, als dies aufgrund der eigenen Beschwerdeschilderung des Exploranden zu vermuten wäre. Es sei eine depressive Störung in Betracht zu ziehen gewesen. Bei der aktuellen Untersuchung habe der Explorand beim BDI-II ein Ergebnis erzielt, das auf eine schwerste depressive Symptomatik hinweisen könne. Diese angegebene Symptomatik sei aber im erheblichen Widerspruch zu den eigenen Angaben beispielsweise im Tagesablauf gestanden. Die Hauptsymptome einer in Frage kommenden depressiven Störung – depressive Stimmung, Interessen- oder Freudeverlust und verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit – hätten sich bei der Begutachtung nicht feststellen lassen. Der Explorand habe sich während der Begutachtung schwingungsfähig gezeigt. Er gehe verschiedenen Aktivitäten nach, zu denen Patienten mit behandlungsbedürftigen depressiven Störungen mangels Antrieb und wegen des Interessenverlustes in der Regel nicht in der Lage seien. Er habe angegeben, sich mit Personen zu treffen, spazieren zu gehen und den Haushalt selbst zu machen. In der aktuellen Untersuchung hätten sich keine Anhaltspunkte für ein vermindertes kognitives Leistungsvermögen gezeigt. Der Explorand sei in modischer Kleidung erschienen und gepflegt gewesen. So ein Erscheinungsbild schliesse zwar eine Depression nicht aus, aber bei einem grossen Teil der Personen, die an einer gravierend beeinträchtigenden Depression litten, lasse sich feststellen, dass diese keinen besonderen Wert auf ihr Erscheinungsbild mehr legten. In Betracht komme beim Exploranden auch eine somatoforme Schmerzstörung. Allerdings seien laut rheumatologischem Teilgutachten die Schmerzen ausreichend somatisch begründbar. Darüber hinaus gelte für eine solche Diagnosestellung, dass zuvor eine Symptomausweitung bzw. Aggravation ausgeschlossen werden müsse. Dies sei hier jedoch nicht der Fall. Es bestünden deutliche Hinweise auf ein aggravierendes Verhalten. Der Bezug von Rentenleistungen durch den Exploranden stehe im Vordergrund.

Eine berufliche Wiedereingliederung werde durch invaliditätsfremde Faktoren (wie Arbeitslosigkeit bzw. Krankheit, kein Berufsabschluss, keine Lehre, schlechte Deutschkenntnisse und insbesondere fehlende Therapiemotivation) limitiert. Zusammenfassend liessen sich bei der aktuellen Untersuchung keine gravierenden Hinweise für eine tiefgreifende Funktions- und Leistungsbeeinträchtigung im psychiatrischen Bereich erkennen. Laut der Aussage des Exploranden und nach Durchsicht der zugesandten Arztberichte habe keine der bislang durchgeführten physiotherapeutischen, operativen, medikamentösen, rehabilitativen und stationären Behandlungsversuche eine wesentliche anhaltende Besserung des gesundheitlichen Zustandes bewirken können. Da auf psychiatrischem Fachgebiet aufgrund des Fehlens einer pathologischen Symptomatik kein aktueller Behandlungsbedarf bestehe, seien keine Behandlungsoptionen erkennbar, welche die insofern ohnehin uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit des Exploranden verbessern könnten. Zur Konsistenz und Plausibilität in der Untersuchungssituation wurde dargelegt, bei der Begutachtung sei entsprechend den wissenschaftlichen Empfehlungen für psychiatrische Begutachtungen die Authentizitätsprüfung anhand einer mehrdimensionalen Analyse vorgenommen worden. Die Angaben zu den Auswirkungen auf den Alltag, zu Freizeitaktivitäten und zwischenmenschlichen Beziehungen seien überprüft worden. Aus den Angaben des Exploranden gehe hervor, dass keine der bisherigen Behandlungen eine wesentliche anhaltende Besserung herbeigeführt habe. Die Angabe der Schmerzen, Grad von 5 bis 6 von 10, passe nicht zu den angegebenen Alltagsaktivitäten und einem ausgeprägteren depressiven Störungsbild. Beim Exploranden habe auch zwischen den subjektiven, häufig massiven Beschwerdeschilderungen und seinem Verhalten in der Untersuchungssituation eine auffällige Diskrepanz bestanden. Der Explorand habe einen appellativen und demonstrativen Eindruck hinterlassen. Das Ausmass der geschilderten Beschwerden stehe auch nicht in Übereinstimmung mit einer leidensgerechten Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen. Die Diskrepanzen zwischen den geschilderten psychischen Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten sowie der Behauptung schwerer Einschränkungen bei psychosozial intaktem Umfeld wiesen auf ein aggravierendes Verhalten des Exploranden hin, das durch den Wunsch nach Bezug von Rentenleistungen motiviert sein dürfte. Unter Abwägung sämtlicher dargestellter Aspekte gelange man zusammenfassend zur Überzeugung, dass beim Exploranden von Aggravation ausgegangen werden müsse. Er zeige sich während der Begutachtung schwingungsfähig und gehe verschiedenen Aktivitäten nach, zu denen Patienten mit behandlungsbedürftigen depressiven Störungen mangels Antriebs und wegen des Interessenverlustes in der Regel nicht in der Lage seien. Er habe angegeben, sich mit Personen zu treffen, spazieren zu gehen und seinen Haushalt selbst zu machen. In der aktuellen Untersuchung zeigten sich keine Anhaltspunkte für ein vermindertes kognitives Leistungsvermögen. Der Bezug von Rentenleistungen stehe im Vordergrund. Eine berufliche Wiedereingliederung werde durch invaliditätsfremde Faktoren (wie Arbeitslosigkeit bzw. Krankheit, kein Berufsabschluss, keine Lehre, schlechte Deutschkenntnisse und insbesondere fehlende Therapiemotivation) limitiert. Sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in einer angepassten Verweistätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungsminderung (IV-Nr. 34.5). 4.10 RAD-Ärztin Dr. med. G. ___ hielt in ihrer Stellungnahme vom 25. September 2020 fest, das C. ___-Gutachten sei schlüssig und nachvollziehbar. Sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Geschäftsführer und Inhaber eines Restaurants als auch in einer Verweistätigkeit bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 %; auch in der Vergangenheit habe keine länger

anhaltende, relevante Arbeitsunfähigkeit bestanden (IV-Nr. 37).

E. 4

Dem Beschwerdeführer sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

E. 4.11

4.11.1 Dem im Vorbescheidverfahren eingereichten Bericht des F.____ vom 11. November 2020 können die Hauptdiagnosen «1. Chronisch generalisierte Schmerzkrankheit bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen», «2. Arteriosclerosis obliterans mit PAVK I-II beidseits» und «3. Renovaskuläre Verschlusskrankheit» sowie die Nebendiagnosen «4. Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode 07/2018», «5. Vd.a. generalisierte Angststörung», «6. St.n. Perianal-Venenthrombose 05/2015» sowie «7. Rezidivierende Eisenmangelanämie» entnommen werden. Zur Anamnese wurde angegeben, es sei eine notfallmässige Zuweisung bei immobilisierenden Rückenschmerzen erfolgt. Seit dem Vortag bestehe eine Exazerbation der bekannten linksseitigen Rücken- und Beinschmerzen bei einer Zunahme der lumbalen Schmerzen seit ca. 1 bis 2 Wochen. Der Patient berichte von Schmerzen mit Ausstrahlung in das linke Gesäss mit stechendem Charakter. Es bestehe eine Zunahme der Schmerzen beim Bewegungsversuch. Ein Sensibilitätsverlust oder motorische Ausfälle seien verneint worden. Der Patient kenne diese Schmerzen bereits. Nach erfolgter medikamentöser Therapie hätten sich die Schmerzen gebessert. Die Beurteilung lautete wie folgt: Es bestehe eine klinisch isolierte Druckdolenz paravertebral und gluteal links ohne Hinweise auf eine Cauda-equina oder vaskuläre Genese. Unter Analgesie sei eine Besserung der Beschwerden eingetreten mit Erlangung der Mobilität. Bei bekannt chronisch degenerativer Lumbago werde eine MR-graphische Bildgebung ambulant empfohlen. Der Patient sei in gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden. Zum Procedere wurde festgehalten, dem Patienten sei weiterhin Physiotherapie empfohlen worden; es sei auch ein Termin zur Infiltration L5/S1 auf der linken Seite vereinbart worden (IV-Nr. 44 S. 7 ff.). 4.11.2 Dem ebenfalls mit Einwand vom 8. Dezember 2020 eingereichten Sprechstundenbericht des F.____, Wirbelsäulenchirurgie, vom 26. November 2020 kann die Hauptdiagnose «Leichte Degeneration der unteren LWS mit Chondrose und diskreter Diskusprotrusion L5/S1 links mit allenfalls diskreter Neurokompression S1 links» entnommen werden. Zur Anamnese wurde angegeben, der Patient beklage linksseitige lumboischialgieforme Schmerzen schon seit längerer Zeit, es sei vor einigen Tagen zu einer notfallmässigen Konsultation gekommen und daraufhin sei dann die MRT-Diagnostik initiiert worden. Zum Befund wurde erklärt, der Patient komme aktuell am Unterarmgehstock zur Untersuchung. Er entlaste das linke Bein und habe hier entsprechend die angegebenen Schmerzen. Eine Zuordnung zu einem Dermatome könne aktuell nicht festgestellt werden. Neurologische Defizite seien nicht vorhanden. Zur Bildgebung wurde vermerkt, die MRT-Untersuchung zeige die obgenannte Situation, die Degeneration sei alles in allem altersentsprechend zu bewerten und auch die leichte Protrusion L5/S1 sei nicht wirklich dramatisch. Zum Procedere wurde angegeben, es erfolge eine Analgesie nach Massgabe der Beschwerden und es sei eine ambulante Physiotherapieverordnung mitgegeben worden. Der Patient sei zu einem ambulanten MRI der LWS mit Befundbesprechung angemeldet worden. Im Weiteren erfolge eine laborchemische Kreatininkontrolle (IV-Nr. 44 S. 10 f.). 4.11.3 Aus dem nachgereichten Austrittsbericht der E.____, [...], vom 11. Juli 2018 über die Hospitalisation

des Beschwerdeführers vom 9. Mai bis 4. Juli 2018 gehen folgende psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 hervor: «1. Rezidivierende Depression, bei Eintritt mittelgradige Episode (F33.1), 2. Anhaltende chronische Schmerzen mit somatischen (degenerative Wirbelsäulenveränderungen) und psychischen Faktoren (F45.41)». Sodann wurden folgende andere relevante Diagnosen angegeben: Rezidivierender schwerer Eisenmangel mit mikrozytärer, hypochromer Anämie ED 11.05.2018 bei normwertigen Vitamin B12 und Folsäure; Gemischte Gastritis; Arterielle Hypertonie; Dyslipidämie; Status nach Perianal-Venenthrombose 18.05.2015; COPD Gold 2; PAVK IIa Stadium (links), IIb Stadium (rechts). Im Weiteren wurde dargelegt, die Behandlung der depressiven Symptomatik mit Antriebs- und Kraftlosigkeit, sozialem Rückzug und Anhedonie sei durch Aktivitätsaufbau, Regulierung des Tag- und Nachtrhythmus und Interventionen zu einem besseren Coping psychosozialer (biographischer) Belastungsfaktoren erfolgt. Neu sei der Besuch einer Tagesstätte aufgegleist worden. Sollte dies nicht umgesetzt werden, sei die Installation einer Psychiatriespitex dringend empfohlen. Medikamentös seien die vorbestehende Behandlung der Ängste und vegetativen Beschwerden mit Pregabalin ausgebaut und im Verlauf Bupropion installiert worden. Der Austritt sei in gebessertem Zustand erfolgt, es habe keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestanden. Pregabalin sei auch zur Behandlung der chronischen neuropathischen Schmerzen aufdosiert worden. Da der Patient zu einer sehr schwankenden Aktivitätsrate neige, sei Psychoedukation bezüglich Pacing sowie zu chronischen Schmerzen erfolgt. Bei anhaltenden Schmerzen sei ein Rezept für Physiotherapie ausgestellt worden. Aufgrund der bekannten Anämie sei zweimal eine intravenöse Eisensubstitution erfolgt. Es sei in der Gastroenterologie des F.____ eine Kolo- sowie Gastroskopie zum Ausschluss von Blutungsquellen durchgeführt worden. Es seien eine chronische, leicht aktive HB assoziierte Gastritis gefunden und eine konkomittierende Eradikationstherapie empfohlen worden. Bei Persistenz der Anämie sei eine Kapselendoskopie des mittleren GI Traktes empfohlen worden. Sollte dies alles die Anämie nicht hinreichend erklären, wäre eine hämatologische Beurteilung zu empfehlen. Wegen anhaltender Beinbeschwerden beim Laufen (Claudicatio intermittens, Sensibilitätsstörungen der Füße bds, rechts betont) sei ein Doppler-Ultraschall im F.____ angemeldet worden, zu dem der Patient nach Austritt aufgeboten werde (IV-Nr. 44 S. 4 ff.).

4.12 In ihrer Stellungnahme vom 31. Mai 2021 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. G.____ im Wesentlichen fest, im neurologischen C.____-Teilgutachten sei zum beobachteten Tremor der Hände ausführlich Stellung genommen worden: Es habe ein beidseitiger Haltetremor der Hände bestanden, welcher bei emotionaler Belastung (Rechentest) nicht mehr nachweisbar gewesen sei. Beim Finger-Nase-Versuch sei ein endgradiger Tremor festgestellt worden. Aufgrund der Beeinflussbarkeit des Tremors durch Ablenkung habe der neurologische Teilgutachter die Verdachtsdiagnose eines sogenannten essentiellen Tremors (Tremor, der ohne erkennbare neurologische Grunderkrankung auftritt) gestellt. In dem während der Begutachtung festgestellten Ausprägungsgrad habe der Tremor keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Weitergehende Abklärungen seien daher nicht angezeigt. Sodann äusserte sich die RAD-Ärztin dahingehend, die vom allgemeininternistischen Teilgutachter empfohlenen Abklärungen bezüglich des Hypertonus sowie einer möglichen koronaren Herzerkrankung könnten allenfalls Aufschluss über eine allfällige notwendige Therapieoptimierung geben. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch den bestehenden Hypertonus oder eine mögliche koronare Herzerkrankung sei durch den internistischen Teilgutachter und auch im Konsens verneint worden. Eine weitergehende Begutachtung sei daher im Rahmen der

Rentenabklärungen nicht notwendig; diese würde allenfalls der Optimierung der Therapie dienen. Der internistische Teilgutachter begründet detailliert, dass zwar anamnestisch der Verdacht auf eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung bestehe, vor dem Hintergrund der klinisch unauffälligen Untersuchung (normaler Auskultations- und Perkussionsbefund, normale Sauerstoffsättigung), der Tatsache des fortgesetzten Zigarettenkonsums und der grundsätzlichen Behandelbarkeit einer COPD könne jedoch nicht von einer Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Eine weitergehende Abklärung sei auch hier nicht erforderlich. Zur psychiatrischen Hospitalisation im Jahr 2018 gab die RAD-Ärztin an, es sei korrekterweise beanstandet worden, dass der Bericht über die psychiatrische Hospitalisation vom 9. Mai bis 4. Juli 2018 den Gutachtern nicht vorgelegen sei. Es sei jedoch zu beachten, dass im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung anhand des objektiven Psychostatus keine relevante affektive Störung mehr festgestellt werden können, somit sei auch die Diagnosestellung einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, erfolgt. Vielmehr habe es deutliche Hinweise auf ein aggravierendes Verhalten gegeben. Es hätten keine tiefgreifenden Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen im psychiatrischen Bereich mehr festgestellt werden können. Zur Rückenproblematik hielt die RAD-Ärztin abschliessend fest, eine andere Ableitung der funktionellen Leistungsfähigkeit als im polydisziplinären C.____-Gutachten lasse sich mit den nachträglich eingereichten Unterlagen nicht begründen. Aus Sicht des RAD sei auch hier keine erneute Begutachtung erforderlich (IV-Nr. 47).

4.13 Der aktuelle Hausarzt Dr. rer. physiol. K.____, Innere Medizin FMH, hielt in seinem Bericht vom 24. Oktober 2021 fest, der Patient leide an «chronischer Depression, Angststörung, peripherer Arterie-Venöse-Erkrankung, Stand nach Stent, chronischer Schmerzkrankheit bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und Asthma Bronchiale». Er sei auf Dauer aus gesundheitlichen Gründen nicht arbeitsfähig (Beschwerdebeilage [BB] 3).

4.14 Dem vom Beschwerdeführer mit Replik vom 4. Juli 2022 nachgereichten Bericht von Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Lungenkrankheiten und Innere Medizin, vom 15. März 2022 (Untersuchungen vom 28. Januar und 11. März 2022) können folgende Diagnosen entnommen werden: «COPD GOLD-Stadium 1-2/B, 28. Januar 2022: Leichte bis mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung mit leichter Einschränkung der CO-Diffusionskapazität und normalem exhalierendem NO, Eosinophile 0.17 G/l, IgE 18 kU/l und negativer sx1 Inhalationsscreen, anhaltender Zigarettenkonsum (30 py); PAVK Stadium I, St.n. PTA 2012 und 2018; Rezidivierende Depressionen; Chronisch generalisierte Schmerzkrankheit». Zur Anamnese wurde dargelegt, der Patient habe seit längerer Zeit Mühe mit dem Atmen beim Treppensteigen und Bergaufgehen. Beim Gehen in der Ebene sei er vermehrt durch Beinschmerzen bei bekannter PAVK als durch die Atemnot beeinträchtigt. Manchmal komme es auch zu einer keuchenden Atmung bei Anstrengung verbunden mit einem Engegefühl auf der Brust. Aktuell inhaliere er mit Ventolin bei Bedarf. Er rauche noch zwei bis drei Zigaretten pro Tag; früher sei es ein Päckchen (30 py) gewesen. Zur Beurteilung wurde angegeben, lungenfunktionell liege eine leichte bis mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung mit ventilatorischen Reserven von 76 % vor. Das irreversible Airtrapping und die leichte Einschränkung der CO-Diffusionskapazität sprächen zudem für ein beginnendes Lungenemphysem. Der Gasaustausch in Ruhe sei erhalten. Bedingt durch das Rauchen sei das COHb mit 3.5 % leicht erhöht. Trotz anamnestischen Verdachtsmomenten finde man bei normalem exhalierendem NO, fehlender Eosinophilie und tiefem Gesamt-IgE respektive negativem sx1 Inhalationsscreen keine Hinweise für eine zusätzliche Asthmakomponente. Therapeutisch

sei dem Patienten eine duale kurzwirksame bronchodilatatorische Behandlung in Form von Berodual (SABA/SAMA) abgegeben worden. Anamnestisch sei nicht ganz klar gewesen, ob der Patient mehr durch seine PAVK mit Beinschmerzen oder durch die Anstrengungsdyspnoe limitiert sei. Es sei deshalb vorerst auf eine Basistherapie mit einem langwirksamen Anticholinergikum verzichtet worden. Zum Prozedere wurde u.a. ein vollständiger Rauchstopp sowie eine pneumologische Verlaufskontrolle bei Bedarf angegeben (BB 4).

4.15 Anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 20. März 2023 wurden vom Beschwerdeführer noch folgende medizinischen Berichte (BB 5 bis 11) eingereicht:

4.15.1 Dr. med. O.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Lungenkrankheiten, stellte in seinem Bericht vom 17. November 2022 die Diagnose «Asthma-COPD-Overlap (ED 11./22) mit 17.11.22 Bodyplethysmographie: FEV1 1.92 l (59 %), FVC 63 %, 17.11.22 verminderte Diffusionskapazität (TLCO 61 %), 17.11.22 Methacholintest: Schwere bronchiale Hyperreaktivität, 17.11.22 Rx Thorax: Unauffällig, saisonale Pollinose, RF: St.n. Nikotinkonsum ½ Schachtel/tgl bis 2020 ca 10 py». Zur Beurteilung wurde dargelegt, die Atembeschwerden könnten lungenfunktionell objektiviert werden, die Bodyplethysmographie habe eine mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung mit einem FEV1 von 1.9 l (59 %) gezeigt. Nach Inhalation von Ventolin bestehe keine Reversibilität. Die verminderte Diffusionskapazität könne durch den Nikotinkonsum oder ein Lungenemphysem bedingt sein. Das Thoraxröntgenbild sei unauffällig. Der Methacholintest ergebe eine schwere bronchiale Hyperreaktivität. In Anbetracht des anamnestisch eher «geringen Nikotinkonsums» sowie unter Berücksichtigung der saisonalen Pollinose scheine ein Asthma-COPD-Overlap vorzuliegen (BB 5).

4.15.2 Zum Bericht von Dr. med. D.____ vom 15. März 2022 kann auf das bereits oben (unter E. II. 4.14 hiervor) Dargelegte verwiesen werden (BB 6 bzw. BB 4).

4.15.3 Aus dem Bericht des F.____, Institut für Medizinische Radiologie, vom 24. November 2020 über das gleichentags erstellte MRI der Lendenwirbelsäule und der unteren Brustwirbelsäule geht folgende Beurteilung hervor: Es bestehe eine subligamentäre linkslaterale Diskushernie L4/5 mit Einengung des linken Neuroforamen und Tangierung der L4-Wurzel links intraforaminal. Sodann zeige sich eine diffuse linksbetonte Diskusprotrusion L5/S1 mit Einengung des ventralen Subarachnoidalraumes und Neuroforamina beidseits mit Zeichen einer Tangierung der L5-Wurzel links intraforaminal (BB 7).

4.15.4 Zum Bericht des F.____, Angiologie (Dr. med. I.____), vom 15. Juli 2020 kann auf das bereits oben (unter E. II. 4.8 hiervor) Dargelegte verwiesen werden (BB 8 bzw. IV-Nr. 31).

4.15.5 Im Bericht des F.____, Angiologie (Dr. med. I.____), vom 18. Mai 2021 (Sprechstundenbericht Angiologie vom 11. Mai 2021) wurde – im Vergleich zu dessen Bericht vom 15. Juli 2020 (vgl. E. II. 4.8 bzw. 4.15.4 hiervor) – zusätzlich eine aktuell stabile, unveränderte Situation angegeben. Zur Anamnese wurde dargelegt, der Patient berichte, dass es ihm gut gehe. Insgesamt laufe er nicht viel. Jeweils am Tag nach dem Einkaufen könne er nicht mehr gut aufstehen wegen tieflumbalen Rückenschmerzen. Er berichte, dass er ab und zu kein Gefühl mehr habe in den Füßen, dann lasse er sich auf die Knie sinken und nach ein bis zwei Minuten bessere die Symptomatik. Beim Bergaufgehen verspüre er Schmerzen im Gesäss, lumbal in den Waden beidseits. Diese Beschwerden besserten nach kurzem Stillstehen. Insgesamt sei er dankbar, dass das Gehen seit der letzten Katheterintervention besser gehe und er in Bezug auf das Rauchen keine Probleme mehr habe. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, von Seiten der Durchblutung zeige sich im Beinbereich beidseits nur eine diskrete Einschränkung. Die letztmals gefundene Stenosierung der A. iliaca externa am Abgangsbereich rechts habe

nicht zugenommen. Ebenso stationär sei der Stenosierungsgrad der A. iliaca interna beidseits, der auf der linken Seite hochgradig sei, möglicherweise bedingt wegen Überstentung. Dies wäre allenfalls eine Erklärung für eine mögliche Gesässclaudicatio. Insgesamt sei der Patient mit dem erreichten Resultat seit der letzten Katheterintervention zufrieden. Der Patient sei angehalten worden, dreimal pro Woche ein Gehtraining von einer Stunde zu unternehmen, um so etwas fitter zu werden. Von Seiten der medikamentösen Behandlung dränge sich keine Veränderung auf. Seit der Steigerung von Lisinopril von 5 auf 20 mg schienen die Blutdruckwerte gut zu sein. Sollte es zu keiner Verschlechterung des Kreatinins kommen, könne weiterhin auf eine katheterinterventionelle Behandlung der proximalen Nierenarterienstenose verzichtet werden (BB 9). 4.15.6 Im Bericht des F.____, Angiologie (Dr. med. I.____), vom 5. Mai 2022 wurde dargelegt, der Patient berichte über atypische Claudicatiobeschwerden im Kreuzbereich beidseits. Zudem bestünden Gesässschmerzen mit Ausstrahlung bis zur linken Leiste beim Aufstehen und Gehen. Einfach apparativ zeige sich eine Verschlechterung der Durchblutung im linken Bein seit der letzten Untersuchung vor einem Jahr. Auch duplexsonographisch zeige sich eine Verschlechterung der Durchblutung im Sinne einer Rezidivstenosierung der A. iliaca externa beidseits, links mehr als rechts. Zur genaueren Beurteilung sei eine Angio-CT-Untersuchung veranlasst worden, die am 11. Mai 2022 stattgefunden habe. Es bestätige sich die Rezidiv-Abgangsstenosierung der A. iliaca externa links mehr als rechts sowie die funktionelle Kompromittierung der Ae. iliacae int. bds. im Abgangsbereich. Eindrücklich sei auch die ausgeprägte weiche Atheromatose der Aorta abdominalis. Bei der Besprechung des Angio-CT-Befundes am 17. Mai 2022 klage der Patient über schwerste messerstichartige Schmerzen im Gesässbereich links mit Ausstrahlen bis zur Grosszehe links und zum Teil Auftreten von Kribbelparästhesien und Hyposensibilität. In der Gesamtschau sei davon auszugehen, dass die aktuellen Schmerzen eine neurogene Reizung bzw. eine muskuloskelettale Ursache hätten und die vaskuläre Komponente im Hintergrund sei (BB 10). 4.15.7 Aus dem vorliegend letzten Bericht des F.____, Angiologie (Dr. med. I.____), vom 25. Oktober 2022 geht hervor, der Patient melde sich vorzeitig wegen der Grosszehe links mit Verfärbung derselben medialseitig und schuppender Hautveränderung distal des Nagels der Grosszehe mit stechenden Schmerzen. Nach wenigen Metern habe der Patient distale Wadenschmerzen links. Beim Biegen des Knies habe er Schmerzen in der Grosszehe links, beim Strecken des Beines gehe es ihm besser. Beim Stehen verschwinde das Gefühl in den Füßen und es komme zu «Ameisenlaufen». Nachts träten keine Ruheschmerzen auf. Insgesamt sei der Patient der Meinung, dass Stehenbleiben schlechter sei als Gehen. Die Beurteilung lautete wie folgt: Beim Patienten sei eine Verschlechterung der Durchblutung im linken Bein aufgetreten mit einer Wadenclaudicatio schon nach wenigen Metern bedingt durch eine hochgradige, progrediente Stenosierung der A. iliaca externa im mittleren Bereich links. Zudem bestünden ausgeprägte trophische Veränderungen im Bereich der Grosszehe mit einer Livedo racemosa, am ehesten bedingt durch eine Mikroembolisation. Glücklicherweise bestünden keine nächtlichen Ruheschmerzen. Es sei deswegen die Thrombozytenaggregationshemmung ausgebaut und zusätzlich mit einer cholesterinsenkenden Therapie begonnen worden. Sodann seien eine Katheterintervention der A. iliaca externa links und je nach angiographischer Situation eine Embolektomie aus dem Fuss vorgesehen (BB 11).

E. 5

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 Mit Beschwerdeantwort vom 28. Januar 2022 beantragt die Beschwerdegegnerin die

Abweisung der Beschwerde (A.S. 34 f.). 2.3 Mit Instruktionsverfügung vom 27. Mai 2022 wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Im Weiteren wird der Beschwerdeführer gebeten, dem Gericht den von ihm in seiner Beschwerde erwähnten Bericht von Dr. med. D.____, [...], über die lungenärztliche Untersuchung vom 28. Januar 2022 zuzustellen (A.S. 36 f.). 2.4 Mit Replik vom 4. Juli 2022 lässt der Beschwerdeführer an seinen in der Beschwerde geltend gemachten Begehren festhalten und den Bericht von Dr. med. D.____ vom 15. März 2022 als Urkunde Nr. 4 (Beschwerdebeilage [BB] 4) einreichen (A.S. 43 f.). 2.5 In ihrer Duplik vom 16. August 2022 hält auch die Beschwerdegegnerin an ihrem Begehren auf Abweisung der Beschwerde fest und reicht eine Stellungnahme des RAD vom 9. August 2022 ein. Sowohl die Duplik als auch die RAD-Stellungnahme werden dem Beschwerdeführer zur Kenntnis- und allfälligen Stellungnahme zugestellt (A.S. 46 ff.). 2.6 Mit Eingabe vom 31. August 2022 lässt sich der Beschwerdeführer vernehmen und reicht gleichzeitig seine Kostennote ein. Sowohl die Vernehmlassung als auch die Kostennote werden der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt (A.S. 51 ff.). 2.7 Mit Präsidialverfügung vom 24. Februar 2023 werden die Parteien zur vom Beschwerdeführer beantragten öffentlichen Hauptverhandlung vom Montag, 20. März 2023, vorgeladen (A.S. 58 f.). 2.8 Am 20. März 2023 führt das Versicherungsgericht die erwähnte öffentliche Hauptverhandlung durch. Anlässlich dieser Verhandlung werden vom Beschwerdeführer weitere medizinische Berichte eingereicht (vgl. BB 5 bis 11; siehe Protokoll der Verhandlung vom 20. März 2018; A.S. 60 ff.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob das Vorbescheidverfahren seitens der Beschwerdegegnerin korrekt durchgeführt wurde, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder berufliche Eingliederungsmassnahmen hat und ob allenfalls weitere ergänzende medizinische und/oder berufliche Abklärungen zu veranlassen sind. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. November 2021 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen 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. 2. 2.1 Der Beschwerdeführer lässt zunächst geltend machen, sein Anspruch auf rechtliches Gehör sei verletzt worden, indem ihm die Stellungnahme des RAD vom 31. Mai 2021 (IV-Nr. 47 S. 2 f.) erstmals mit dem Erlass der hier angefochtenen Verfügung zur Kenntnis gebracht worden sei, ohne dass er sich dazu vorgängig hätte äussern können (Beschwerde, S. 3 ff. Ziff. 3; A.S. 9). 2.2 Nach Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) und Art. 42 Satz 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheids zur

Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen und Einsicht in die Akten zu nehmen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann. Voraussetzung des Äusserungsrechts sind genügende Kenntnisse über den Verfahrensverlauf, was auf das Recht hinausläuft, in geeigneter Weise über die entscheidwesentlichen Vorgänge und Grundlagen vorweg orientiert zu werden. Wie weit dieses Recht geht, lässt sich nicht generell, sondern nur unter Würdigung der konkreten Umstände beurteilen. Entscheidend ist, ob dem Betroffenen ermöglicht wurde, seinen Standpunkt wirksam zur Geltung zu bringen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_162/2019, 9C_191/2019 vom 29. Mai 2019 E. 5.3.3.1. und 8C_420/2018 vom 13. März 2019 E. 5.2.2., je mit Hinweisen).

2.3 Die Beschwerdegegnerin stellte dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 6. Oktober 2020 in Aussicht, den Anspruch auf eine Invalidenrente sowie denjenigen auf berufliche Eingliederungsmassnahmen gestützt auf des C.____-Gutachten vom 21. August 2020 abzuweisen (IV-Nr. 38 S. 2 ff.). Mit Einwand vom 8. Dezember 2020 liess der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin geltend machen, das Gutachten gebe seine gesundheitliche Situation nur ungenügend wieder. Es fehlten wichtige Unterlagen sowie Untersuchungen, welche zur Vervollständigung des Sachverhalts zwingend notwendig seien. Ein Bericht über die mehrwöchige Hospitalisation in den E.____ vom 9. Mai bis 11. Juli 2018 sei in den Akten nicht zu finden. Ausserdem gingen aus dem Gutachten Auffälligkeiten und Widersprüche hervor und notwendige medizinische Abklärungen seien nicht vorgenommen worden. Sodann sei der Beschwerdeführer am 11. November 2020 wegen immobilisierenden Rückenbeschwerden notfallmässig hospitalisiert worden. Das Gutachten sei aufgrund der aufgeführten widersprüchlichen Angaben nicht schlüssig und ganz besonders im psychiatrischen Teil auch nicht nachvollziehbar. Es wurde u.a. beantragt, es seien weitere Abklärungen in Bezug auf den festgestellten Tremor, die kardiologische Situation und das COPD 2 vorzunehmen, die Berichte der psychiatrischen Hospitalisation im Jahr 2018 und der notfallmässigen Hospitalisation vom 11. November 2020 seien zu berücksichtigen und nach Vorliegen der vollständigen Abklärungsergebnisse und der Beurteilungen seien allenfalls berufliche Massnahmen einzuleiten. In der Beilage wurden der Beschwerdegegnerin der Bericht der E.____ vom 11. Juli 2018 sowie die Berichte des F.____ vom 11. und 26. November 2020 zugestellt (IV-Nr. 44). Zu den mit vorerwähntem Einwand gestellten Anträgen nahm die RAD-Ärztin Dr. med. G.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, am 31. Mai 2021 Stellung, wobei sie u.a. die vorerwähnten Berichte der E.____ und des F.____ wiedergab, diese würdigte und zum Schluss kam, aus Sicht des RAD sei keine erneute Begutachtung erforderlich (IV-Nr. 47 S. 2 f.). Diese Stellungnahme wurde dem Beschwerdeführer vorgängig nicht zur Kenntnis- und allfälligen Stellungnahme zugestellt. In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. November 2021 wurde dargelegt, der Einwand sei dem RAD vorgelegt worden. Dessen Stellungnahme vom 31. Mai 2021 bilde integrierenden Bestandteil der Verfügung (IV-Nr. 49 S. 2).

2.4 Demnach ist festzustellen, dass sich der Beschwerdeführer zur Stellungnahme des RAD vom 31. Mai 2021 nicht vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. November 2021 äussern konnte, da ihm jene erst zusammen mit der angefochtenen Verfügung zugestellt wurde. Bei dieser Stellungnahme handelt es sich nicht um eine eigenständige fachmedizinische Einschätzung des RAD, sondern um dessen Würdigung der im Vorbescheidverfahren neu eingereichten Berichte der E.____ vom 11. Juli 2018 sowie des F.____ vom 11. und 26. November 2020, zu denen sich der Beschwerdeführer bereits im Rahmen der Einwandbegründung vom

8. Dezember 2020 äussern konnte. Wie erwähnt kam die RAD-Ärztin nach einer Würdigung dieser Berichte zum Schluss, eine erneute Begutachtung sei nicht notwendig. Beschränkt sich ein Bericht darauf, an sich feststehende Tatsachen sachverständig zu würdigen, entfällt das Recht auf vorgängige Anhörung. Dementsprechend hat das Bundesgericht einen kantonalen Entscheid bestätigt, laut welchem die IV-Stelle Berichte des RAD, die im Rahmen von dessen beratender Funktion (Art. 49 Abs. 3 IVV) gestützt auf die Akten erstattet werden, der betroffenen Partei nicht vor dem Verfügungserlass unterbreiten muss, wenn es sich um eine blosser «Beweiswürdigung» der medizinischen Aktenlage zuhanden der verfügenden Instanz handelt. Das rechtliche Gehör ist jedoch zu gewähren, wenn die RAD-Stellungnahme eine neue medizinische Erkenntnis oder Behauptung enthält, welche nicht den Akten entnommen werden kann (VersG SG IV 2009/280 vom 6. April 2011, bestätigt durch das Urteil des Bundesgerichts 9C_436/2011 vom 5. August 2011, E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_501/2012 vom 24. Juli 2012, E. 4.2). Die in der Stellungnahme des RAD vom 31. Mai 2021 vorgenommene Würdigung der Berichte der E.____ sowie des F.____ enthält keine neuen medizinischen Erkenntnisse oder eine neue Behauptung, welche nicht den Akten entnommen werden kann. Es wurden auch nicht entscheidrelevante Abklärungen durchgeführt, zu denen sich der Beschwerdeführer vor Verfügungserlass nicht hätte äussern können. Vielmehr nahm die RAD-Ärztin ausschliesslich eine Würdigung der aktuellen medizinischen Aktenlage zur Beurteilung der im Vorbescheidverfahren gestellten Anträge zu Handen der Beschwerdegegnerin vor, wobei sie weitere Abklärungsmassnahmen als entbehrlich qualifizierte. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ist daher nicht ersichtlich.

2.5 Selbst wenn von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen wäre, müsste Folgendes beachtet werden: 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 als auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus – im Sinne einer Heilung des Mangels – selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz 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 133 I 201 E. 2.2 S. 204, 132 V 387 E. 5.1 S. 390 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_420/2018 vom 13. März 2019 E. 5.2.2. mit Hinweis; Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 252 Rz. 1331 ff.). Der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer zur Stellungnahme des RAD vom 31. Mai 2021 vor Verfügungserlass nicht äussern konnte, würde eine nicht besonders schwerwiegende Gehörsverletzung darstellen, welche im vorliegenden Beschwerdeverfahren geheilt werden könnte, da das Versicherungsgericht über volle Kognition verfügt. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren gelten der Untersuchungsgrundsatz und das Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Im Verlauf des Verwaltungsverfahrens wurden umfassende medizinische Abklärungen getätigt. Weitere Untersuchungen sind nicht erforderlich. Prozessthema bildet ausschliesslich die Beurteilung des streitigen Anspruchs auf der Grundlage der vorhandenen Unterlagen. Die Positionen der Parteien gehen aus den Akten klar hervor und erscheinen als gefestigt. Eine Rückweisung müsste unter diesen Umständen als prozessualer Leerlauf qualifiziert werden, der eine Verzögerung des Verfahrens nach sich zöge, ohne

dass irgendein Nutzen erkennbar wäre. Dies gilt es zu vermeiden. Demnach wäre von der vom Beschwerdeführer beantragten Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur erneuten Durchführung des Vorbescheidverfahrens ohnehin abzusehen (vgl. Beschwerde, S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 2a; A.S. 8). 3. Der Beschwerdeführer stellt im Weiteren den Eventualantrag, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen (IV-Rente, berufliche Massnahmen) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % auszurichten (Rechtsbegehren, Ziff. 2b). Dazu ist Folgendes festzuhalten:

E. 5.1.1

Die Beschwerdegegnerin lehnte das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 23. November 2021 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss dem C.____-Gutachten vom 21. August 2020 bestehe sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Geschäftsführer und Inhaber eines Restaurants als auch in einer angepassten Verweistätigkeit keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit. Aus angiologischer Sicht bestünden keine Einschränkungen bei leichten und mittelschweren Tätigkeiten sitzend oder stehend. Somit liege keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Der RAD habe am 31. Mai 2021 zu den Einwänden Stellung genommen. Diese Stellungnahme bilde integrierenden Bestandteil dieser Verfügung. Die Einwände führten nicht zu einer anderen Beurteilung der Sachlage. Der Beschwerdeführer benötige keine fachspezifische Unterstützung bei der Stellensuche; eine solche wäre auch nicht erfolgversprechend (IV-Nr. 49; A.S. 1 f.).

E. 5.1.2

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, das C.____-Gutachten vom 21. August 2020 erweise sich mit Blick auf dessen Alter als zu wenig aussagekräftig. Die dortigen Untersuchungen vom April und Juni 2020 seien im Vergleich zum Verfügungszeitpunkt vom 23. November 2021 bereits 19 bzw. 17 Monate alt gewesen. Vorliegend gehe es teilweise um progrediente Leiden, so die periphere arterielle Verschlusskrankheit, die wirbelsäulenassoziierten Leiden und die ebenfalls diagnostizierte Lungenkrankheit (COPD). Bereits die aktuelle Aktenlage zeige z.B. mit dem Bericht der Wirbelsäulenchirurgie am F.____ über die dortigen Abklärungen bezüglich linksseitiger lumboischialgieformer Schmerzen vom November 2020 neue Aspekte in der Krankheitsentwicklung. Dasselbe gelte mit Bezug auf die COPD-Erkrankung, welche vor allem bei fortgesetztem Rauchen progredient sei. Gemäss den Berichten des F.____ vom 11. und 26. November 2020 sei der Beschwerdeführer bei linksseitigen lumboischialgieformen Schmerzen untersucht worden. Es habe sich klinisch u.a. ein linksseitiger positiver Lasègue-Test und eine schmerzbedingte Einschränkung des Fersen- und Zehenstands gezeigt. Es sei u.a. diagnostisch eine Diskusprotrusion mit allenfalls diskreter Neurokompression S1 festgehalten worden und es sei die Indikation für eine Infiltration L5/S1 und eine MRT-Befunderhebung gestellt worden. Weder der MRT-Befundbericht noch der Bericht über die Infiltration und die anschliessend erfolgte Besprechung finde sich in den Akten der IV. Indem die Beschwerdegegnerin trotz dieser Hinweise auf eine Verschlechterung der Situation der lumbalen Wirbelsäule keine weiteren Abklärungen getätigt und sich auch nicht um die Komplettierung der Akten gekümmert habe, habe sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes stelle auch der Verzicht auf weitere Abklärungen bezüglich des vom internistischen Gutachter anamnestisch festgehaltenen Lungenleidens (COPD) dar. Im Bericht der E.____ vom 11. Juli

2018 sei die Diagnose eines COPD Gold 2 angegeben worden. In diesem Stadium sei das Lungenleiden bereits fortgeschritten. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien aus lungenärztlicher Sicht eine ausführliche klinische Untersuchung, eine Lungenfunktionsprüfung und eine Spiroergometrie erforderlich, was anlässlich der Begutachtung nicht erfolgt sei. Die erwähnte «grundsätzliche Behandelbarkeit» einer COPD mit Nikotinsistierung stehe der medizinischen Erfahrung entgegen. Seit der Diagnosestellung dürfte eher eine Verschlechterung der Lungenkrankheit eingetreten sein, zumal der Beschwerdeführer das Rauchen nicht sistiert habe. Gemäss dem Zeugnis von Dr. K. ___ vom 24. Oktober 2021 bestehe auch lungenärztlich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Sodann legt der Beschwerdeführer dar, Unsicherheiten bezüglich des medizinischen Sachverhalts ergäben sich ferner aus der Empfehlung des Internisten auf S. 31 des Gutachtens, wonach eine Stress-Echokardiographie und gegebenenfalls eine Myokardperfusionsszintigraphie zum Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit durchzuführen seien, welche sich u.a. daraus abgeleitet habe, dass der Beschwerdeführer unter Herzschmerzen bzw. linksthorakalen Schmerzen krampfhaften Charakters gelitten habe. Dass eine koronare Herzerkrankung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, wie dies die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 31. Mai 2021 festgehalten habe, stelle eine unverbindliche Tatsachenbehauptung dar. Im Weiteren beruhe das psychiatrische C. ___-Teilgutachten nicht auf einer vollständigen und umfassenden Auseinandersetzung mit den Vorakten. Bereits die bestehende Auseinandersetzung mit den vorhandenen Akten erscheine oberflächlich. Dem Gutachter habe der Bericht der E. ___ vom 11. Juli 2018 über eine dortige mehrwöchige Hospitalisation gefehlt. Mit diesem Bericht habe er sich nicht auseinandersetzen können. Der Bericht vom 11. Juli 2018 habe als Diagnosen nicht nur eine mittelgradige depressive Episode nach ICD-10 F33.1 aufgelistet, sondern auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach ICD-10. Es sei ebenfalls erwähnt worden, dass der Beschwerdeführer die Tagesstätte «>» besuche und es sei eine Psychiatriespitex empfohlen worden. Dies stehe im Widerspruch zu den allgemein gehaltenen Ausführungen eines verbesserten Zustandes. Weder zur Diagnose der chronischen Schmerzstörung noch zu den Ausführungen im Bericht vom 11. Juli 2018 habe sich Dr. med. N. ___ geäussert. Seine Schlussfolgerungen beruhten auf einer ungenügenden Sachkenntnis und seine Feststellungen seien weitgehend widersprüchlich und tatsachenwidrig. Die Behauptung, es liege eine Aggravation vor, sei durch nichts belegt (A.S. 7 ff.).

E. 5.1.3

Mit Replik vom 4. Juli 2022 lässt der Beschwerdeführer geltend machen, die vorliegend im Raum stehenden Atemwegs- und Lungenerkrankungen seien invalidisierend. Die C. ___-Gutachter hätten diese bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unberücksichtigt gelassen. Es gelte nun, die konkreten Einbussen der Lungenfunktion und des Gasaustausches im neuen gutachtlichen Kontext zu erheben und anschliessend die Arbeitsfähigkeit im interdisziplinären Rahmen zu beurteilen (A.S. 43 f.).

E. 5.1.4

In ihrer Duplik vom 16. August 2022 weist die Beschwerdegegnerin noch darauf hin, die Diagnose «COPD GOLD-Stadium 1-2/B» vermöge ■ nach Rücksprache mit der RAD-Ärztin ■ nichts am verfügbarsweise festgestellten Zumutbarkeitsprofil zu ändern.

Von weiteren Abklärungen seien keine entscheiderelevanten Ergebnisse zu erwarten (A.S. 46 ff.).

E. 5.1.5

Der Beschwerdeführer hielt daraufhin mit Eingabe vom 31. August 2022 fest, die RAD-Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit sei zumindest mit geringen Zweifeln behaftet. In den pneumologischen Gesundheitsstörungen liege ein konkretes Indiz vor, welches gegen die Schlüssigkeit des Administrativgutachtens vom 21. August 2020 spreche (A.S. 51 f.). Anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 20. März 2023 erneuert der Beschwerdeführer seine in der Beschwerde vom 10. Januar 2022 gestellten Rechtsbegehren (A.S. 61).

5.2 Zunächst ist festzuhalten, dass das von der Beschwerdegegnerin veranlasste, fünf Disziplinen umfassende polydisziplinäre (allgemeininternistische, rheumatologische, neurologische, angiologische und psychiatrische) C.___-Gutachten vom 21. August 2020 für die streitigen Belange auf allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 16. und 23. Juni 2020 beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und ■ mit Ausnahme des Berichts der E.___ vom 11. Juli 2018 (IV-Nr. 44 S. 4 ff.; vgl. E. II. 4.11.3 hiervor) ■ in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Die aus sämtlichen Teilgutachten hervorgehenden Abklärungsergebnisse wurden im Rahmen einer gutachterlichen Konsensbeurteilung (interdisziplinäre Gesamtbeurteilung; IV-Nr. 34.2) zusammengefasst und gemeinsam beurteilt. Sämtliche Teilgutachten und auch die Konsensbeurteilung wurden von den Gutachtern unterzeichnet. Die Expertise kann sich somit grundsätzlich auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hergeleitet, wobei zu abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten Stellung genommen wird. Schliesslich werden die gestellten Fragen beantwortet. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und die Konsensbeurteilung zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das Administrativgutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. E. II. 2.5 hiervor).

7.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 27. Mai 2022, A.S. 36 f.; vgl. E. I. 2.3 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Wyssmann hat am 31. August 2022 eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'343.55 (15.46 Std. x CHF 250.00 pro Std. zuzüglich Spesenersatz von CHF 168.00 und Mehrwertsteuer) geltend macht (A.S. 53 ff.). In der ergänzenden Kostennote vom 20. März 2023 setzt er den Kostenersatz auf CHF 1'069.55 (3.77 Std x CHF 250.00 pro Std. zuzüglich Spesenersatz von CHF 50.60 und Mehrwertsteuer) fest.

Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von kurzen Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. gilt praxisgemäss als Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Demnach könnten

folgende Positionen nicht berücksichtigt werden: 13. Dezember 2021 (Brief an Klient, 0.17 Std.; E-Mail an Soziale Dienste, 0.17 Std.), 10. Januar 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.; Brief an Versicherungsgericht, 0.25 Std.), 17. Januar 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 1. Juni 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 17. Juni 2022 (Brief an Versicherungsgericht, 0.33 Std.), 20. Juni 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 21. Juni 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 4. Juli 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 8. Juli 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 23. August 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 31. August 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 6. September 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.) und 27. Februar 2023 (Brief an Klient, 0.17 Std.). Bei den Positionen «Brief an Klient» ist von der der Zustellung von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen, was Kanzleiaufwand darstellt. Für die öffentliche Verhandlung vom 20. März 2023 sind 50 Minuten zu berücksichtigen. Damit verbleibt ein Zeitaufwand von insgesamt 16.27 Stunden (13.34 Std. bis 31. Dezember 2022, 2.93 Std. ab 1. Januar 2023). Der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt CHF 180.00 (bis 31. Dezember 2022) bzw. teuerungsangepasst CHF 190.00 (ab 1. Januar 2023). Ferner sind bei den Auslagen die Kopien nur mit CHF 0.50 (nicht mit CHF 1.00) zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT). Für die Fahrspesen sind CHF 0.70 pro Kilometer einzusetzen (vgl. § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 und § 157 Abs. 3 GT sowie § 161 lit. a des Gesamtarbeitsvertrages [GAV, BGS 126.3]). Somit sind Auslagen von insgesamt CHF 147.50 zu vergüten. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 3'344.50 (Honorar von CHF 2'957.90 [13.34 x CHF 180.00 = CHF 2'401.20; 2.93 x CHF 190.00 = CHF 556.70] zuzüglich Auslagen von CHF 147.50 und MwSt. von CHF 239.10 [7.7 %]). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Im Weiteren besteht ein Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 1'195.05 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 250.00 ermittelten Honorar gemäss Honorarvereinbarung vom 10. bzw. 13. Dezember 2021, A.S. 56).

7.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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. Die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, welche jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], wird auf CHF 3'344.50 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters wird auf CHF 1'195.05 festgesetzt.

3. Die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege sind sie durch den Staat Solothurn zu übernehmen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungs-

anspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin	Der Gerichtsschreiber
Weber-Probst	Schmidhauser

E. 5.7.1

Der Beschwerdeführer lässt schliesslich geltend machen, das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. E. ___ beruhe nicht auf einer vollständigen und umfassenden Auseinandersetzung mit den Vorakten. Bereits die bestehende Auseinandersetzung mit den vorhandenen Akten erscheine oberflächlich. Dem Gutachter habe der Bericht der E. ___ vom 11. Juli 2018 über eine dortige mehrwöchige Hospitalisation gefehlt. Mit diesem Bericht habe er sich somit nicht auseinandersetzen können. Der Bericht vom 11. Juli 2018 habe als Diagnosen nicht nur eine mittelgradige depressive Episode nach ICD-10 F33.1, sondern auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach ICD-10 aufgelistet. Im Weiteren sei erwähnt worden, dass der Beschwerdeführer die Tagesstätte «[...]» besuche und es sei eine Psychiatrispitem empfohlen worden. Dies stehe im Widerspruch zu den (notorisch) allgemein gehaltenen Ausführungen eines verbesserten Zustandes. Weder zur Diagnose der chronischen Schmerzstörung noch sonst zu den Ausführungen im Bericht vom 11. Juli 2018 habe sich Dr. med. N. ___ geäussert. Seine Schlussfolgerungen beruhten somit auf einer ungenügenden Sachkenntnis und seine Feststellungen seien weitgehend widersprüchlich und tatsachenwidrig (Beschwerde, S. 10 f. Ziff. 11; A.S. 16 ff.). Dazu ist festzuhalten, dass der psychiatrische C. ___-Teilgutachter den Beschwerdeführer im Rahmen seiner Untersuchung vom 16. Juni 2020 unter Beizug eines Dolmetschers eingehend befragte und die psychiatrischen Untersuchungsbefunde erhob. Er konnte keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen und gab eine «Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0)» und eine «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)» als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an. Bei der Herleitung der Diagnosen legte er im Weiteren dar, aufgrund der Gesamtschau der Begutachtungsergebnisse, insbesondere unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Authentizitätsprüfung, sei von einer deutlich geringeren Beeinträchtigung auszugehen, als dies aufgrund der eigenen Beschwerdeschilderung des Beschwerdeführers der Fall wäre. Dr. med. N. ___ begründete

eingehend, weshalb er die aus den Akten hervorgehende rezidivierende depressive Störung als remittiert erachtete (vgl. IV-Nr. 34.5 S. 7 f.). Sodann erklärte er, weshalb er die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung bzw. Somatisierungsstörung nicht stellen konnte. Der Gutachter stellte fest, es bestünden deutliche Hinweise auf ein aggravierendes Verhalten. Zusammenfassend kam Dr. med. von N.____ zur Überzeugung, dass er bei der aktuellen Untersuchung keine gravierenden Hinweise für eine tiefgreifende Funktions- und Leistungsbeeinträchtigung im psychiatrischen Bereich feststellen könne (IV-Nr. 34.5 S. 8). Er kam im Rahmen der Beurteilung unter Berücksichtigung der aktuellen Untersuchungsergebnisse und in Anwendung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 zum Schluss, auf psychiatrischem Fachgebiet bestehe aufgrund des Fehlens einer pathologischen Symptomatik kein aktueller Behandlungsbedarf. Es seien keine Behandlungsoptionen erkennbar, welche die ohnehin uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verbessern könnten (IV-Nr. 34.5 S. 9 ff. Ziff. 7 f.). Dr. med. N.____ legte nach dem Gesagten seine Untersuchungsergebnisse und seine Beurteilung umfassend, nachvollziehbar und schlüssig dar, wobei er auch die damals vorhandenen Vorakten miteinbezog (vgl. Verweis auf Aktenauszug in II. [IV-Nr. 34.3], IV-Nr. 34.5 S. 1 und 9). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann hier nicht von einer «oberflächlichen Auseinandersetzung mit den vorhandenen Akten» ausgegangen werden. Der erst im Vorbescheidverfahren nachgereichte Bericht der E.____ vom 11. Juli 2018 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 9. Mai bis 4. Juli 2018 (IV-Nr. 44 S. 4 ff.; vgl. E. II. 4.11.3 hiervor), der im Zeitpunkt der Begutachtung unbestrittenermassen nicht vorlag und somit nicht mitberücksichtigt werden konnte, vermag die Einschätzung von Dr. med. N.____ nicht in Frage zu stellen. Damals wurden die Diagnosen «Rezidivierende Depression, bei Eintritt mittelgradige Episode (F33.1)» und «Anhaltende chronische Schmerzen mit somatischen (degenerative Wirbelsäulenveränderungen) und psychischen Faktoren (F45.41)» gestellt, wobei darauf hingewiesen wurde, die Behandlung der depressiven Symptomatik sei durch Aktivitätsaufbau, Regulierung des Tag- und Nachtrhythmus sowie Interventionen zu einem besseren Coping psychosozialer (biographischer) Belastungsfaktoren erfolgt. Neu sei der Besuch der Tagesstätte «» aufgegleist worden. Sollte dies nicht umgesetzt werden, werde die Installation einer Psychiatriespitex dringend empfohlen. Der Beschwerdeführer habe in gebessertem Zustand ohne akute Selbst- oder Fremdgefährdung aus der Klinik entlassen werden können (IV-Nr. 44 S. 5). Angesichts dieser Angaben, welche die Hospitalisation vom 9. Mai bis 4. Juli 2018 betreffen, ist kein Widerspruch zu den aktuellen Untersuchungsergebnissen vom 16. Juni 2020 im psychiatrischen Teilgutachten ersichtlich. Wie die RAD-Ärztin Dr. med. G.____ in ihrer Stellungnahme vom 31. Mai 2021 nachvollziehbar festhält, konnte im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Begutachtung anhand des objektiven Psychostatus keine relevante affektive Störung mehr festgestellt werden (IV-Nr. 47 S. 3; vgl. E. II. 4.12 hiervor). Da gutachterlich keine relevanten Funktions- und Leistungsbeeinträchtigungen aus psychiatrischer Sicht mehr festgestellt werden konnten, ist somit davon auszugehen, dass sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers nach der Hospitalisation vom 9. Mai bis 4. Juli 2018 stabilisiert und in der Folge deutlich verbessert hat.

E. 5.7.2

Auf eine gesundheitliche Verbesserung aus psychiatrischer Sicht ist auch aufgrund der weiteren vorliegenden Unterlagen zu schliessen. So gab der Beschwerdeführer im Früherfassungsgespräch (Intake) vom 26. Februar 2013 an, er sei geschieden und habe

keine Kinder; er wohne allein in einer Wohnung und seit der Aufgabe des Restaurants habe er fast keine sozialen Kontakte mehr. Es sei keine Tagesstruktur mehr vorhanden und er sei völlig isoliert (IV-Nr. 8 S. 2). Im Rahmen des Erstgesprächs bei den E.____ vom 7. Mai 2018 wurde der Beschwerdeführer als komplex erkrankter Patient mit psychischen und somatischen Problemen bezeichnet (IV-Nr. 11 S. 2; vgl. E. II. 4.1 hiervor). Im Protokoll des Intake-Gesprächs vom 12. August 2019 wurde vermerkt, der Beschwerdeführer sei in den letzten sechs Jahren nicht mehr erwerbstätig gewesen. Seit seiner Krankheit habe er keinen sozialen Kontakt mehr zu Freunden, Bekannten und Verwandten. Es bestünden keine sozialen Kontakte. Seit seiner Krankheit im Jahr 2012 gehe er nicht mehr tanzen (IV-Nr. 15 S. 2). Der damalige Hausarzt Dr. med. H.____ gab in seinem Bericht vom 13. Oktober 2019 sodann an, der Patient habe überhaupt keine Tagesstruktur mehr; er lebe vollständig isoliert ohne Beziehungsnetz. Die Kenntnisse der deutschen Sprache seien nach vielen Jahren erstaunlich schlecht. Er sei selbstständig in Bezug auf das Einkaufen, das Zubereiten des Essens, das Waschen und das Reinhalten der Wohnung; all dies gelinge aber auf einem äusserst tiefen Niveau (IV-Nr. 16; vgl. E. II. 4.5 hiervor). Demgegenüber legte der Beschwerdeführer im Rahmen der polydisziplinären C.____-Begutachtung gegenüber dem allgemeininternistischen Teilgutachter Dr. med. J.____ zum Tagesablauf dar, dieser sei nicht strukturiert und finde vor allem zu Hause statt. Er stehe oft früh auf, trinke einen Kaffee, sitze auf dem Sofa und sehe fern (einen türkischen und auch einen Schweizer Sender) und gehe auf einen kurzen Spaziergang (10 bis 20 Minuten). Am Morgen erledige er Haushaltsarbeiten, wobei er wegen der Schmerzen zu Hause bleibe. Ein Mittagessen nehme er nicht regelmässig ein, dagegen absolviere er einen Mittagsschlaf von 13 bis 14 Uhr. Am Nachmittag gehe er dann zu einer nahen Tankstelle oder Bäckerei und hole sich einen Kaffee. Zu Hause mache er ein Heimprogramm mit Sportgeräten und Matte; dies sei seine sportliche Aktivität. Abends sehe er fern oder mache Spiele mit seinem Computer. Gegen 24 Uhr gehe er ins Bett. Er habe den Führer-ausweis, aber kein Auto. Zuletzt sei er mit dem Auto eines bekannten Geschäftsmannes zu einem Tanzlokal zum Tanzen gefahren (IV-Nr. 34.4 S. 6 f.). Diese Angaben wurden von ihm gegenüber dem psychiatrischen Teilgutachter Dr. med. N.____ ebenfalls gemacht, wobei er auf Nachfrage noch erklärte, er nutze soziale Medien («Whatsapp», selten «Facebook» [ca. eine halbe Stunde pro Tag]). Er erledige gerne den Haushalt, gehe am Nachmittag nach draussen und sehe gerne lange fern. Er möge dies, früher habe er überhaupt nicht ferngesehen (IV-Nr. 34.5 S. 4 f.). Im Weiteren stellte der psychiatrische Teilgutachter fest, der Beschwerdeführer habe sich während der Begutachtung schwingungsfähig gezeigt. Er habe angegeben, sich mit Personen zu treffen, spazieren zu gehen und seinen Haushalt selbst zu machen. In der aktuellen Untersuchung hätten sich keine Anhaltspunkte für ein vermindertes kognitives Leistungsvermögen gezeigt. Er sei in modischer Kleidung erschienen und gepflegt gewesen (IV-Nr. 34.5 S. 8). Im Rahmen der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität gab Dr. med. N.____ an, die Schmerzangabe (Grad 5 bis 6 von 10) passe nicht zu den vom Beschwerdeführer angegebenen Alltagsaktivitäten, diese passten auch nicht zu einem ausgeprägteren depressiven Störungsbild. Das Ausmass der geschilderten Beschwerden stehe auch nicht in Übereinstimmung mit einer leidensgerechten Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen. Die Diskrepanzen zwischen den geschilderten psychischen Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten sowie der Behauptung schwerer Einschränkungen bei psychosozial intaktem Umfeld wiesen auf ein aggravierendes Verhalten des Beschwerdeführers hin, das durch den Wunsch nach dem Bezug von Rentenleistungen motiviert sein dürfte (IV-Nr. 34.5 S. 10). Dem rheumatologischen Teilgutachter Dr. med. A.____ teilte der Beschwerdeführer sodann

mit, er reinige die Wohnung gerne gut und habe Hobbyaktivitäten wie das Basteln eines Spielzeugautos. Ausserhäusliche Spaziergänge seien für 10 bis 20 Minuten möglich; dann habe er genug, wobei die Limitierung der Zeit nicht spezifisch durch Schmerzen verursacht werde (IV-Nr. 34.6 S. 3). Bei der neurologischen Teilbegutachtung wies der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. L.____ darauf hin, bei leichteren feinmotorischen Tätigkeiten (beispielsweise Spielzeugauto zusammenbauen) verspüre er Nadelstiche in den Zeige- und Mittelfingern (IV-Nr. 34.7 S. 2). Anlässlich der angiologischen Begutachtung teilte der Beschwerdeführer der angiologischen Gutachterin Dr. med. M.____ schliesslich mit, er könne den Haushalt erledigen, insbesondere weil er sich die Arbeit frei einteilen und je nach Tagesform mehrere Pausen machen könne (IV-Nr. 34.8 S. 2). Angesichts der vorerwähnten, weitgehend übereinstimmenden Angaben zu den Aktivitäten des Beschwerdeführers in den einzelnen Teilgutachten ist von einer deutlichen Verbesserung seines psychischen Gesundheitszustands auszugehen. Die Untersuchungsergebnisse in den jeweiligen Teilgutachten wurden unter Beizug einer türkisch sprechenden Dolmetscherin bzw. eines türkisch sprechenden Dolmetschers erhoben (vgl. IV-Nr. 34.4 S. 7, 34.5 S. 5, 34.6 S. 4, 34.7 S. 3 und 34.8 S. 3), weshalb nicht von sprachlichen Missverständnissen ausgegangen werden kann. Vielmehr bestätigen die eigenen Angaben des Beschwerdeführers, dass er zwar kaum soziale Kontakte hat und seinen Alltag weitgehend alleine und hauptsächlich zu Hause verbringt, er aber durchaus gewisse Interessen hat und regelmässig verschiedenen Aktivitäten nachgeht (Haushaltsarbeiten, kurze Spaziergänge, Heimprogramm mit Sportgeräten, Computerspiele, Fernsehen auf türkischem und Schweizer Sender, soziale Medien, Basteln von Spielzeugautos), die aktuell gegen das Vorliegen einer depressiven Störung sprechen. Dr. med. N.____ diagnostizierte dementsprechend eine gegenwärtig remittierte rezidivierende depressive Störung und kam unter Abwägung sämtlicher dargestellter Aspekte zusammenfassend zur Überzeugung, dass beim Beschwerdeführer von Aggravation ausgegangen werden müsse (IV-Nr. 34.5 S. 10 f.). Dies und die Feststellung, dass die Schmerzen ausreichend somatisch begründbar seien, spreche gegen eine somatoforme Schmerzstörung bzw. Somatisierungsstörung. Darauf ist abzustellen. Angesichts der weitgehend übereinstimmenden Angaben des Beschwerdeführers gegenüber sämtlichen Teilgutachtern kann damit – entgegen seiner Argumentation – nicht von widersprüchlichen und tatsachenwidrigen Feststellungen des psychiatrischen Teilgutachters ausgegangen werden. Der Argumentation im Einwand der Sozialen Dienste [...] vom 8. Dezember 2020, wonach die Aktivitäten des Beschwerdeführers nur in einem sehr reduzierten, eingeschränkten Rahmen erfolgten, der medizinische Sachverhalt wegen des unberücksichtigten Berichts der E.____ und wegen nicht weiter abgeklärter Auffälligkeiten und Befunde nicht genügend ermittelt worden sei und insbesondere das psychiatrische C.____-Teilgutachten nicht nachvollzogen werden könne (vgl. IV-Nr. 44), kann angesichts der dargelegten psychiatrischen Begutachtungsergebnisse nicht gefolgt werden.

5.8 In Bezug auf das angiologische Leiden (peripher arterielle Verschlusskrankheit [PAVK], aktuell Stadium I – II beidseits mit Status nach wiederholten Interventionen und aktuell persistierendem Revaskularisationserfolg; renovaskuläre Verschlusskrankheit mit den kardiovaskulären Risikofaktoren Nikotinabusus, arterielle Hypertonie und Dyslipidämie) kamen die C.____-Gutachter wie erwähnt gestützt auf die Untersuchungsbefunde vom 23. Juni 2020 zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit sei nur bei schweren Tätigkeiten und beim raschen Gehen und/oder Tragen von Lasten eingeschränkt. Unter Einhaltung dieser Einschränkungen bestehe in einer körperlich leichten oder mittelschweren Tätigkeit (sitzend oder stehend)

eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. IV-Nr. 34.2 S. 6 f. und 34.8 S. 5 f.; vgl. E. II. 4.9 und 4.9.4 hiervor). Der Beweiswert dieser Begutachtungsergebnisse wird durch die anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 20. März 2023 eingereichten Berichte des F.____, Angiologie (Dr. med. I.____), nicht in Frage gestellt. Im Bericht vom 18. Mai 2021 wurde im Wesentlichen darauf hingewiesen, es bestehe eine stabile, unveränderte Situation; insgesamt sei der Patient mit dem erreichten Resultat seit der letzten Katheterintervention zufrieden (BB 9; vgl. E. II. 4.15.5 hiervor). Die im Bericht vom 5. Mai 2022 erwähnten aktuellen Schmerzen des Beschwerdeführers führte Dr. med. I.____ auf eine neurogene Reizung bzw. eine muskuloskeletale Ursache zurück; die vaskuläre Komponente stehe im Hintergrund (BB 10; vgl. E. II. 4.15.6). Daraus kann aus angiologischer Sicht noch keine andauernde und damit relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands abgeleitet werden. Die im vorliegend jüngsten Bericht vom 25. Oktober 2022 erwähnte Verschlechterung der Durchblutung im linken Bein mit einer Wadenclaudicatio schon nach wenigen Metern sowie die ausgeprägten trophischen Veränderungen im Bereich der Grosszehe werden nach den Angaben des behandelnden Angiologen medikamentös und mit einer weiteren Katheterintervention behandelt (BB 11; vgl. E. II. 4.15.7 hiervor). Auch dieser Bericht vermag den Beweiswert der Einschätzung der angiologischen Teilgutachterin Dr. med. M.____, wonach aus angiologischer Sicht keine Einschränkung bei leichten und mittelschweren Tätigkeiten sitzend oder stehend (ohne das Zurücklegen grösserer Strecken und ohne das Heben von Lasten) vorhanden sei (vgl. E. II. 4.9.4 hiervor), nicht zu schmälern.

E. 6

6.1 Nach dem Gesagten ist auf das beweiskräftige polydisziplinäre C.____-Gutachten vom 21. August 2020 abzustellen. Die davon abweichenden ärztlichen Berichte der behandelnden Ärzte (vgl. E. II. 4 hiervor) vermögen dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen, da daraus keine konkreten Indizien hervorgehen, die gegen die Zuverlässigkeit des polydisziplinären Gutachtens sprechen. Dementsprechend ist unter Beachtung der erwähnten Einschränkungen von einer vollumfänglichen Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in seinen bisherigen Tätigkeiten als Betriebsmitarbeiter, Maschinenführer, Lagermitarbeiter und Geschäftsführer eines Restaurants als auch in anderen angepassten, das heisst körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden (vorwiegend sitzenden oder stehenden) Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt auszugehen. Die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. November 2021, worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente abgewiesen wurde, ist somit nicht zu beanstanden. Es besteht kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen, da von weiteren Beweiserhebungen keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f.).

6.2 In Bezug auf die Gewährung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin Abklärungen bei ihrer beruflichen Eingliederung vornahm, aus welchen hervorgeht, dass eine fachspezifische Unterstützung der Jobberatung zur Verwertung der bestehenden vollumfänglichen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der freien Wirtschaft nicht erforderlich sei. Im Übrigen wären berufliche Massnahmen nach den Angaben des Eingliederungsfachmannes aufgrund der subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung des Beschwerdeführers auch nicht erfolgversprechend (vgl. Aktennotiz vom 13. August 2021, IV-Nr. 48). Dem ist beizupflichten, kamen doch die

C.____-Gutachter im Rahmen der Konsensbeurteilung ebenfalls zum Schluss, aufgrund der subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung könnten keine beruflichen Massnahmen erfolgversprechend vorgeschlagen werden (IV-Nr. 34.2 S. 9; vgl. E. II. 4.9 hiervor). Fehlt es an einem Eingliederungswillen bzw. einer subjektiven Eingliederungsfähigkeit, entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_202/2021 vom 17. Dezember 2021 E. 7.2. mit Hinweisen). Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 7

7.1 Da der Beschwerdeführer nicht obsiegt, hat er grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). 7.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 27. Mai 2022, A.S. 36 f.; vgl. E. I. 2.3 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Wyssmann hat am 31. August 2022 eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'343.55 (15.46 Std. x CHF 250.00 pro Std. zuzüglich Spesenersatz von CHF 168.00 und Mehrwertsteuer) geltend macht (A.S. 53 ff.). In der ergänzenden Kostennote vom 20. März 2023 setzt er den Kostenersatz auf CHF 1'069.55 (3.77 Std x CHF 250.00 pro Std. zuzüglich Spesenersatz von CHF 50.60 und Mehrwertsteuer) fest. Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von kurzen Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. gilt praxisgemäss als Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Demnach könnten folgende Positionen nicht berücksichtigt werden: 13. Dezember 2021 (Brief an Klient, 0.17 Std.; E-Mail an Soziale Dienste, 0.17 Std.), 10. Januar 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.; Brief an Versicherungsgericht, 0.25 Std.), 17. Januar 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 1. Juni 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 17. Juni 2022 (Brief an Versicherungsgericht, 0.33 Std.), 20. Juni 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 21. Juni 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 4. Juli 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 8. Juli 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 23. August 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 31. August 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 6. September 2022 (Brief an Klient, 0.17 Std.) und 27. Februar 2023 (Brief an Klient, 0.17 Std.). Bei den Positionen «Brief an Klient» ist von der der Zustellung von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen, was Kanzleiaufwand darstellt. Für die öffentliche Verhandlung vom 20. März 2023 sind 50 Minuten zu berücksichtigen. Damit verbleibt ein Zeitaufwand von insgesamt 16.27 Stunden (13.34 Std. bis 31. Dezember 2022, 2.93 Std. ab 1. Januar 2023). Der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt CHF 180.00 (bis 31. Dezember 2022) bzw. teuerungsangepasst CHF 190.00 (ab 1. Januar 2023). Ferner sind bei den Auslagen die Kopien nur mit CHF 0.50 (nicht mit CHF 1.00) zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT). Für die Fahrspesen sind CHF 0.70 pro Kilometer einzusetzen (vgl. § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 und § 157 Abs. 3 GT sowie § 161 lit. a des Gesamtarbeitsvertrages [GAV, BGS 126.3]). Somit sind Auslagen von insgesamt CHF 147.50 zu vergüten. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 3'344.50 (Honorar von CHF 2'957.90 [13.34 x CHF 180.00 = CHF 2'401.20; 2.93 x CHF 190.00 = CHF 556.70] zuzüglich Auslagen von CHF 147.50 und MwSt. von CHF 239.10 [7.7 %]). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der

Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Im Weiteren besteht ein Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 1'195.05 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 250.00 ermittelten Honorar gemäss Honorarvereinbarung vom 10. bzw. 13. Dezember 2021, A.S. 56). 7.3 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. Die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, welche jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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