

SO_GERICHTE VSBES.2023.240 vom 30. August 2023

SO Obergericht, 2023-08-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.240

FR: SO_GERICHTE VSBES.2023.240 du 30 août 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2023.240 del 30 agosto 2023

Erwägungen

E. 33

%. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. 2. Am 7. Juni 2021 meldete sich der Beschwerdeführer wiederum zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin an (IV-Nr. 140). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin medizinische Unterlagen ein und veranlasste bei der C.____ AG ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Allgemeine Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie. Das Gutachten erging am 22. November 2022 (IV-Nr. 171, S. 40 ff.). Gestützt darauf verneinte die Beschwerdegegnerin nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 182) mit Verfügung vom 30. August 2023 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 19 %. 3. Gegen diese Verfügung lässt der Beschwerdeführer am 3. Oktober 2023 Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erheben (A.S. 15 ff.). Er stellt folgende Rechtsbegehren: 1. Es sei die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 30. August 2023 aufzuheben und es sei A.____ mindestens eine Viertelrente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventualiter: Es sei die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 30. August 2023 aufzuheben und es sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neuverfügung an die IV-Stelle Solothurn zurückzuweisen. 2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (inkl. MWST.). Zudem sei dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung der Unterzeichnenden als amtliche Rechtsbeiständin zu gewähren. 4. Mit Eingabe vom 25. Oktober 2023 (A.S. 41) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf Einreichung einer begründeten Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. 5. Mit Verfügung vom 17. November 2023 (A.S. 42 f.) weist der Vizepräsident des Versicherungsgerichts das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege bzw. Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes ab. 6. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 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 materiell-rechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen. 3. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über

den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 4.

4.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). 4.2 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b). 5. 5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). 5.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen). 5.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente mit der hier angefochtenen Verfügung vom 30. August 2023 zu Recht abgewiesen hat. Diese Frage wird durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letztmaligen Rentenverneinung mit Verfügung vom 25. Februar 2021 und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung vom 30. August 2023 bestanden hat, beurteilt (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 f.).

6.1 In der letztmaligen Rentenverfügung vom 25. Februar 2021 stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten sowie die Stellungnahmen der B.____ vom 2. November 2017 (IV-Nr. 42.1), 28. Mai 2018 (IV-Nr. 66) und 29. Januar 2020 (IV-Nr. 111). Im Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, aktuell leicht- bis mittelgradige Episode - Chronisches lumbovertebrogenes Schmerzsyndrom mit symptomatischer ISG-Ligamentopathie und lumbosakraler Facettenarthrose sowie residuellem radikulärem Schmerz- und sensiblem Ausfallssyndrom der Wurzel S1 links bei · St. n. Diskushernien-Operation L5/S1 links am 22. November 2013 · St. n. Re-Fenestration L5/S1 links mit Neurolyse der Wurzel S1 und Abtragen des medianen Anteils des Processus articularis superior am 19. Januar 2016 · Lumbaler Fehlstatik bei linkskonvexer Seitenausbiegung (Cobb 10°) und lumbosakraler Hyperlordose (Lordose-Winkel 90°) · Rx LWS a.p./seitlich sowie Funktionsaufnahmen vom 2. Juni 2017: lumbosakrale Facettenarthrosen, unauffällige Funktionsaufnahmen · MRI LWS vom 21. April 2017 : Axial-foraminle Einengung L4/5 durch laterale Dikusprotrusion, diskrete mediolinkslaterale Protrusion L5/S1, keine Wurzelkompression Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - St. n. VKB-Läsion linkes Knie, operativ versorgt 2004, ohne Folgeerscheinungen - Anamnestisch St. n. Ellbogenluxation rechts, folgenlos ausgeheilt - Anamnestisch St. n. Clavikulafraktur im Kindesalter, folgenlos ausgeheilt - Konstitutionelle Laxität leichten Grades - Ausgeprägte Fussinsuffizienz links, geringgradig rechts - Bullöses Lungenemphysem apikal beidseits, laut Akten - St. n. Inguinalhernie-Operation beidseits 2012/2014 - St. n. Tonsillektomie - St. n. Katarakt-Operation links August 2017 Zur Arbeitsfähigkeit äussert sich das Gutachten dahingehend, der Beschwerdeführer sei für die zuletzt ausgerichtete Tätigkeit als Maschineneinrichter, wobei es sich um eine körperlich stark belastende Tätigkeit handle,

seit dem 19. Januar 2016 zu 100 % arbeitsunfähig. Leichte, zeitweise mittelschwere Tätigkeiten könnten aus somatischer Sicht vollschichtig durchgeführt werden unter Vermeidung von stereotypen Körperhaltungen und häufigen Arbeiten in gebückter Position. Die Reduktion der Leistungsfähigkeit (Rendement) werde aufgrund der nachvollziehbaren Schmerzsymptomatik mit 20 % veranschlagt. Diese Einschätzung werde ab dem 19. Januar 2016 datiert. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit infolge der depressiven Symptomatik reduziert. Sie werde auf 70 % geschätzt. Der Beginn der Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht genau beziffern. Es sei zu einer allmählichen depressiven Symptomatik gekommen, vermutlich nach der zweiten Operation im Januar 2016. Dadurch, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers nach der zweiten Operation im Januar 2016 nicht verbessert und er den Arbeitsplatz verloren habe, sei es zu einer negativen Entwicklung mit zunehmender depressiver Symptomatik gekommen. Somit sei die Arbeitsfähigkeit geschätzt ab ca. März 2016 aus psychiatrischer Sicht reduziert. Dies unter Berücksichtigung, dass nach der Operation eine gewisse Zeit, angenommen würden ca. vier Wochen, die Erwartung auf Heilung bestanden habe, die dann enttäuscht worden und es zu einer depressiven Reaktion gekommen sei. Empfohlen werde die Aufgleisung einer ambulanten Psychotherapie, inklusive Pharmakotherapie mit schmerzdistanzierenden Antidepressiva. Aus orthopädischer Sicht seien bei der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome entsprechend der aktuellen Leitlinien vor allem die Einflussfaktoren auf das Schmerzgeschehen zu identifizieren und weitest möglich zu therapieren. Hierzu empfehle sich in erster Linie eine Verbesserung der Wirbelsäulenstatik und der muskulären Stabilisierung des lumbosakralen Übergangs. Konkret werde dringend eine Gewichtsreduktion empfohlen, des Weiteren ein Versuch mit einem Ausgleich der Beinlängendifferenz durch eine Schuheinlage um 1 cm links und einer medizinischen Trainingstherapie vor allem zur Kräftigung der LWS-stabilisierenden Muskulatur (Abdominal- und Glutealmuskelgruppe). Zudem sollte eine Einlagenversorgung zur Stützung des Fusslängsgewölbes vorgenommen werden, um die Krampfneigung der Wadenmuskulatur links positiv zu beeinflussen. Es bestehe sowohl im psychiatrischen als auch im internistischen und orthopädischen Bereich eine Therapierbarkeit. Insofern sei prinzipiell eine Besserung der Arbeitsfähigkeit möglich.

6.2 In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 30. August 2023 (A.S. 1 ff.) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der C.____ AG vom 22. November 2022 (Fachrichtungen: Allgemeine Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie; IV-Nr. 171, S. 40 ff.), dessen Beweiswert nachfolgend zu prüfen ist:

6.2.1 Im internistischen Teilgutachten der C.____ AG (IV-Nr. 171, S. 63 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit · Keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit · Langjähriger Nikotinmissbrauch mit/bei - beginnend chronischer Bronchitis (ICD-10: J42) - CT-morphologisch 04/2017 nachgewiesenes bullöses Lungenemphysem (ICD-10: J43.9) · Sigmadivertikulose (ICD-10: K57.30) mit/bei - Z.n. Sigmadivertikulitis 09/2018 · Rosazea im Kopfbereich (ICD-10: L71.9) · Tinnitus (ICD-10: H93.1) · Z.n. Tonsillektomie 1982 Zur Beurteilung führte der Gutachter aus, Gesundheitsstörungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien auf allgemein-internistischem Fachgebiet nicht festzustellen gewesen. Im Vordergrund stünden die Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem und auf orthopädischem Fachgebiet. Aktenkundig sei ein bullöses Lungenemphysem bei langjährigem Nikotinmissbrauch. Der Explorand selber habe bis auf gelegentlichen Husten mit Auswurf keine wesentlichen Probleme angegeben. Er spüre, «dass er Raucher sei» und

habe deshalb bei intensiverer körperlicher Belastung auch Luftnot. Auffälligkeiten bei der Auskultation der Lunge seien im Rahmen der aktuellen Begutachtung nicht festzustellen gewesen. Die umfangreich durchgeführte laborchemische Diagnostik habe ebenfalls keinen wegweisenden Befund ergeben. Aufgrund der auffallenden Polydipsie mit auch entsprechend stark verdünntem Urin sei eine weiterführende laborchemische Diagnostik erfolgt. Bei unauffälligem Elektrolytstatus, fehlendem Hinweis für eine Schilddrüsenerkrankung, für eine Diabetes-Erkrankung und bei normwertigem Cortisol basal sei die Polydipsie am ehesten multifaktorieller Genese erschienen, mit auch psychischer Komponente. Hierfür passend sei auch die Angabe, dass in der Nacht keine übermäßige Pollakisurie bestehe. Diese internistische Beurteilung steht in Übereinstimmung mit den Vorakten überein und wird seitens der Parteien nicht bestritten. Somit ist auf das beweismässige internistische Teilgutachten der C.____ AG abzustellen.

6.2.2 Im rheumatologischen Teilgutachten der C.____ AG (IV-Nr. 171, S. 124 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit · chronisch, operativ nicht mehr zu beeinflussende Neuralgie nach irreparabilem Nervenwurzelschaden L5/S1 links mit radikulärer Schmerzsymptomatik (ICD-10: G55.1) bei St. n. - Links laterale (transligamentäre) Bandscheibenhernie (ICD-10: M51.1 und beidseitige Foramenenge L5/S1, OP Revision 5. März 2016 - Linksbetonte Recessus- und Foramenenge in L4/5 (ICD-10: M51.1). (ED MRI LWS 23. September 2013), OP 2013 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit • St. n. isolierter vorderer Kreuzbandläsion Knie rechts (ICD-10: S83.53), St. n. VKB Ersatzplastik 2. September 2004, St. n. gelockerter Schraube Tibia rechts 1 Jahr nach VKB-Plastik rechts und St. n. Schraubenentfernung Knie rechts 19. Dezember 2005 • St. n. symptomatischer indirekte Inguinalhernie (ICD-10: K40.90) links, St. n. postoperative Bauchdeckenhämatom inguinal links, St. n. Hernienrepair OP, allgemeininternistisch oder viczeralchirurgisch zu sichern • St. n. Lipomresektion rechter Unterarm und neuralgieforme Schmerzen nach OP mit diffuser Ausstrahlung rechte Hand, neurologisch zu bewerten, seit OP 2021 Zur Beurteilung führte der Gutachter aus, rheumatologisch und orthopädisch seien hier die Diagnose der Bandscheibendegeneration und deren operative Therapie, die weitere Schmerztherapie und der sich daraus ergebende Leidensdruck zu bewerten. Im Dossier seien erste Beschwerden übereinstimmend mit den Angaben des Beschwerdeführers ab Sommer 2013 zu erheben, erste Operation bei Foramenstenose L4/5 links 2013 mit ca. 2 Jahren Besserung, dann schleichende Wiederverschlechterung und erneute Operation bei Rezidiv am 5. März 2016, dann zur L5 Wurzel auch S1 Wurzel laut OP-Bericht betroffen, objektiv keine Besserung, seitdem recht konstanter Befund. Wie folgt auch im MRT gesichert am 15. März 2016: Gute Dekompression (...) subligamentäre Diskushernie L4/5 links mit möglicher diskreter Reizung der L4-Wurzel links, leichtgradige Spondylarthrose, leichtgradige Osteochondrose L4/5 und L5/S1. EMG 05/2016: Zeichen einer S1-Läsion links. Die Zuordnung der neuralgieartigen Beschwerden obliege in diesem polydisziplinären Ansatz der Neurologie, aus Sicht dieses Teilgutachtens wäre eine diffuse L5 Symptomatik mit Teilen einer S1 Symptomatik auszuweisen. Die Arbeitsunfähigkeit werde orthopädisch aber bereits durch die LWS-Operation in der Anamnese und den Teil der glaubhaften Rückenbeschwerden sowie die prognostische Bedeutung ausgewiesen. Eine stehende Tätigkeit sei nicht mehr leidensgerecht, ausser im untergeordneten zeitlichen Pensum. Inwiefern ggf. bei angepasster Tätigkeit die Arbeitsunfähigkeit durch Beinschmerz beeinflusst sein könne, werde neurologisch fachlich zu berichten sein. Sodann hielt der Gutachter zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fest, aus rheumatologischer Sicht bestehe in stehender und stark

wechselbelastender Tätigkeit und auch in der bisherigen Tätigkeit als Maschineneinrichter keine sinnvolle Einsatzmöglichkeit, allenfalls stundenweise Präsenz im Umfang 2 – 3 Stunden entsprechend 40%-Pensum seien vorstellbar. Zudem sei ein Rendement wegen schmerzbedingter Verlangsamung und erhöhtem Pausenbedarf von 25 % anzunehmen. Dies ergebe in der bisherigen Tätigkeit insgesamt eine Arbeitsfähigkeit von 30 %. Des Weiteren müsse eine angepasste Tätigkeit folgende Kriterien erfüllen: Sitzende oder nur untergeordnet stehende und gehende leicht wechselbelastende Tätigkeit mit wenigstens 70 % der Arbeitszeit Gelegenheit zum Sitzen, ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule, ohne statisches Verharren an der Stelle ohne Arbeiten in Oberkörpervorneigung oder -rücklage, keine Überkopfarbeit, Heben nur bis 10 kg ohne Anheben vom Boden, Heben und Tragen zwischen Hüft- und Bauchnabelhöhe. Eine solche Tätigkeit sei in einem Vollpensum ohne Leistungseinschränkung zumutbar. Diese Arbeitsfähigkeit sei seit 2016 gleichgeblieben. Die Ausführungen des rheumatologischen Gutachters vermögen im Lichte der Vorakten zu überzeugen. Sie werden von den Parteien auch nicht bestritten. Somit ist auf das beweismässige rheumatologische Teilgutachten der C.____ AG abzustellen. 6.2.3 Im neurologischen Teilgutachten der C.____ AG (IV-Nr. 171, S. 86) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit · Chronische lumboradikuläre Schmerz- und sensible Ausfallsymptomatik L5 und S1 links (ICD-10: G55.1) mit/bei: · Klinisch-neurologisch aktuell: leichte Inaktivitätshypotrophie der Muskulatur des linken Beins, kombiniertes sensibles radikuläres Ausfallsyndrom links mit Hypästhesie im L5-(Unterschenkelaußenseite) und S1-Dermatom (lateraler Fußrand); verminderte Tibialis-posterior- und Achillessehnenreflexe links Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit • Migräne ohne Aura (ICD-10: G43.0) • Tinnitus aurium rechtsbetont (Pfeifen) (ICD-10: H93.1) • Rezidivierende Fühlstörungen der Finger beider Hände, DD im Rahmen von psychogener Hyperventilation (ICD-10: F45.33) Zur Beurteilung führte der Gutachter aus, beim Versicherten könne eine versicherungsmedizinisch relevante neurologische Diagnose geltend gemacht werden. Es bestehe eine chronische, weitgehend invalidisierende Lumboischialgie mit linksseitiger L5- und S1-radikulärer Reiz- und sensibler Ausfallsymptomatik. Im Neurostatus fänden sich keine sicheren Hinweise für zusätzliche radikuläre motorische Defizite, abgesehen von deutlich abgeschwächten Tibialis-posterior- und Achillessehnenreflexe links; zu erwähnen sei hingegen eine leichte, am ehesten inaktivitäts-bedingte Muskelhypotrophie des linken Beins. Trotz ausgeprägter kombinierter medikamentöser Schmerztherapie (Paracetamol, NSAR, Pregabalin, Bupropion) hätten die Schmerzen bisher kaum kontrolliert werden können; auch wiederholte Infiltrationen seien meistens erfolglos geblieben oder nur kurz wirksam gewesen. Insgesamt spreche dies für eine zusätzliche zentrale Sensitivierung, begünstigt durch ungünstige psychosoziale Rahmenbedingungen sowie Polymorbidität (u.a. St.n. Polytoxikomanie). Bis 2020 habe eine Alkoholabhängigkeit mit Konsum von >3L Bier pro Tag bestanden. Der erhöhte Alkoholkonsum habe zuvor seit vielen Jahren bestanden, habe aber infolge Zunahme der Rückenschmerzen ab 2016 stark zugenommen. Es gebe aber keine Hinweise für eine periphere Polyneuropathie als Folge des Abhängigkeitssyndroms. Es bestehe keine zerebelläre Ausfallsymptomatik mit Ausnahme von leicht sakkadierten langsamen Augenfolgebewegungen. Gestützt auf diese Ausführungen vermag sodann die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Aus neurologischer Sicht sei der versicherten Person in der angestammten Tätigkeit als Maschineneinrichter keine Arbeitstätigkeit mehr zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit sollte nur körperlich leichte, wechselbelastende Arbeiten in mehrheitlich sitzender

Position und die Möglichkeit von individuell gestalteten Pausen beinhalten. Von neurologischer Seite wäre in angepasster Tätigkeit eine maximale Präsenz von 7.5 h möglich. Zusätzlich bestehe schmerzbedingt eine Leistungseinschränkung von 15 %. Dies ergebe insgesamt eine Arbeitsfähigkeit von 75 %. Die Beurteilung des neurologischen Gutachters vermag zu überzeugen. Daran vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hat sich der Gutachter zur Möglichkeit einer Polyneuropathie geäußert und eine solche verneint. Dass er keine Testung der Nervenleitgeschwindigkeit durchgeführt hat, wie dies vom Beschwerdeführer bemängelt wird, vermag die diesbezügliche Beurteilung nicht zu entkräften. So liegt es im Ermessen des Gutachters, welche zusätzlichen Untersuchungen er als notwendig erachtet. Ebenfalls nicht nachvollziehbar ist die Rüge des Beschwerdeführers, wonach der neurologische Gutachter der Schmerzproblematik nicht genügend Beachtung geschenkt habe. So führte der Gutachter diesbezüglich aus, die ausgeprägte chronifizierte Schmerzsymptomatik sei läSIONAL nicht ausreichend erklärbar und werde wahrscheinlich durch ungünstige (v.a. psychische) Komorbiditäten im Sinne einer zentralen Sensitivierung aufrechtgehalten. Ob ein weiterer Ausbau der diesbezüglichen medikamentösen Behandlung das Schmerzsyndrom und die Arbeitsfähigkeit verbessern könnte, sei aber eher fraglich (z.B. Amitriptylin 75 mg 0-0-0-1 zusätzlich zu Bupropion und Pregabalin). Sodann vermag der nach der Begutachtung ergangene Bericht von Dr. med. D.____, Facharzt Neurologie FMH, vom 12. April 2023 (IV-Nr. 185) den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens nicht zu vermindern, zumal daraus auch keine relevante Verschlechterung seit der Begutachtung hervorgeht. So hielt Dr. med. D.____ zur Beurteilung lediglich fest, es bestünden anamnestisch diffuse Schmerzen an den Extremitäten, vor allem linkes Bein, im Wadenbereich mit Dysästhesien, invalidisierend. Klinisch bestünden Zeichen einer Polyneuropathie, welche sich elektroneurographisch nicht habe nachweisen lassen; DD small fiber Polyneuropathie am ehesten aethylischer Genese. Elektroneurographisch bestehe eine mässiges Karpaltunnel-Syndrom rechts. Daraus kann keine relevante Verschlechterung abgeleitet werden. Zusammenfassend ist somit auf das beweiswertige neurologische Teilgutachten der C.____ AG abzustellen. 6.2.4 6.2.4.1 Im psychiatrischen Teilgutachten der C.____ AG (IV-Nr. 171, S. 147 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit · Keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit • Leichte depressive Episode (ICD10 F33.0) • Akzentuierte Persönlichkeit mit passiv abhängigen aber auch emotional instabilen Zügen (ICD Z73.1) Sodann begründete der Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen in nachvollziehbarer Weise und führte aus, die am 24. März 2020 von Dr. med. E.____, F.____, gestellte Diagnose eines Alkoholabhängigkeitssyndroms (ICD10 F10.2) und einer Cannabisabhängigkeit könne in der aktuellen Untersuchung nicht diagnostiziert werden. Alle diesbezüglichen Laboruntersuchungen – zweimal Urin und Blut abgenommen – seien negativ gewesen. In der Untersuchung sei die depressive Symptomatik in einem leichten Ausmass festzustellen gewesen. Am 4. Mai 2021 hätten die F.____ eine rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig schweren Ausmasses, und Dr. med. E.____ am 24. März 2020 eine depressive Störung leichten bis mittelgradigen Ausmasses diagnostiziert. Am 16. Februar 2022 habe Dr. med. G.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotisches Ausmass diagnostiziert. Dies zeige, dass beim Beschwerdeführer die depressive Symptomatik schwankend sei. Zum jetzigen Zeitpunkt führe er ein zurückgezogenes und klar strukturiertes Leben. Er werde einmal pro Monat psychiatrisch betreut und erhalte Medikamente (Pregabalin, Wellbutrin). Mit dieser Medikation sei er

zum jetzigen Zeitpunkt gut eingestellt. Unter dieser Medikation habe er sich stabilisieren können. Die, während vieler Jahre bestehende, Alkoholabhängigkeit und psychiatrisch erstmals 2020 diagnostiziert, habe sich in der Zwischenzeit sehr deutlich stabilisiert. Er habe selbständig auf den Alkohol und später auch auf die opioidhaltigen Schmerzmittel verzichten können. Von einer Diagnose einer Abhängigkeit dürfe man dann sprechen, wenn von den sechs Symptomen der Suchterkrankung in den letzten zwölf Monaten drei vorhanden gewesen seien. Beim Beschwerdeführer finde sich heute weder ein starker Wunsch noch Zwang psychotrope Substanzen zu konsumieren, keine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums, kein körperliches Entzugssyndrom, keine Toleranzentwicklung, keine Vernachlässigung anderer Vergnügen und kein anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutig schädlicher Folgen. Die Diagnose einer Suchterkrankung dürfe zum jetzigen Zeitpunkt aus medizinisch-diagnostischer Sicht nicht gestellt werden. Häufig werde der frühere Alkoholkonsum als «Status nach einer Alkoholabhängigkeit» oder als «Abhängigkeitssyndrom aktuell abstinent» diagnostiziert. Bei einer so langen dauernden Abstinenz (2 ½ Jahre) sei die weitere Diagnose einer Alkoholabhängigkeit stigmatisierend und nicht erlaubt. Es sei zudem bekannt, dass langdauernder Alkoholkonsum zu depressiven Störungen führen könne und dass ein Verzicht auf die Substanz Alkohol hier wiederum zu einer Stabilisierung der Stimmung beitragen könne. Der Beschwerdeführer gebe selbst an, dass die starken Schmerzen die Stimmung negativ beeinflussen würden. Die jetzigen leichten bis zeitweise mittelgradigen depressiven Symptome seien auf diese erlebten und erfahrenen Schmerzen zurückzuführen.

6.2.4.2 Sodann führte der psychiatrische Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus, weder die depressive Störung noch die Persönlichkeitsakzentuierung hätten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte volle Arbeitsfähigkeit im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag. Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie

«Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen in E. II. 6.2.4.1 hiervor verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass von einer insgesamt leichten Ausprägung der gestellten Diagnosen auszugehen ist. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, gemäss den Aussagen des Beschwerdeführers sei er 2009 nach der Trennung der Partnerin und der Überbelastung am Arbeitsplatz in einer ambulanten Behandlung gewesen, dies im Ambulatorium der Klinik H.____. Dort gehe er einmal pro Monat zur Therapie. Seit 2021 sei er in ambulanter Behandlung bei Dr. med. G.____ in [...]. Unter der Medikation mit Wellbutrin und Pregabalin bestünden beim Beschwerdeführer nur noch leichte, zeitweise mittelgradige depressive Symptome. Somit ist eine Behandlungsresistenz zu verneinen. Sodann äussert sich der Gutachter zwar nicht zu einer allfälligen Eingliederungsresistenz des Beschwerdeführers. Aufgrund der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Gutachters sowie der vom Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter gemachten Aussage, er wäre bereit, an einer Umschulung teilzunehmen, kann aber davon ausgegangen werden, dass beim Beschwerdeführer keine Eingliederungsresistenz vorliegt. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Dem psychiatrischen Gutachten ist keine ressourcenhemmende Wirkung der Komorbiditäten zu entnehmen. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe zu seinen Eltern eine regelmässige Beziehung. Als Hobbies habe er früher bis Januar 2016 Tennis gespielt und sei Ski gefahren. Das könne er nun alles nicht mehr. Jetzt fahre er etwas Velo, gehe schwimmen und spazieren. Daneben habe er Lastwagenmodelle im Verhältnis von

1:87 gebaut. Mit der Frau würde er gemeinsam TV schauen. Er mache viele Sachen im Haushalt und koche für seine Frau. Er koche sehr abwechslungsreich und auch gerne gute Menus. Die Küche führten er und seine Partnerin gemeinsam, die Wäsche mache die Frau. Einkäufe würde er am Wochenende mit der Mutter machen. Er habe wenig Kollegen und keine Freunde. Die Beziehung zu seiner Frau sei etwas besser geworden, seitdem er nicht mehr trinke. Jetzt sei es wieder schwieriger, da er sehr stark gereizt sei und an Stimmungsschwankungen leide. Zum Tagesablauf gibt der Beschwerdeführer an, je nach Schmerzen stehe er zu unterschiedlichen Zeiten auf. Normalerweise um ca. 8 Uhr. Dann kümmere er sich um seine Katze und reinige das Katzen-WC. Anschliessend schaue er TV, meistens Tierfilme oder einfach, was so am Fernseher komme. Am Mittag koche er, meistens komme seine Frau gegen 12 Uhr zum Essen. Nachmittags gehe er spazieren, fahre etwas Velo, gehe schwimmen, wenn es schön sei. In dieser Zeit komme er auf andere Gedanken, sei häufig allein. Zwischen 16 Uhr und 17 Uhr käme er nach Hause, manchmal besuche er auch seine Eltern, die in der Nähe wohnen würden. Zu den Ressourcen des Beschwerdeführers führte der Gutachter weiter aus, der Beschwerdeführer rede viel, stehe während des Gesprächs häufig auf, könne sich gut ausdrücken. Er arbeite nun seit mehr als sechs Jahren nicht mehr. In dieser Zeit hab er ein sehr zurückgezogenes, wenig aktives Leben geführt. In dieser Zeit habe er aber auch auf den vorher exzessiven Alkoholkonsum verzichtet und die opioidhaltigen Schmerzmittel abbauen können. Er nehme die verordneten Medikamente alle ein und besuche die anberaumten Therapiegespräche. Hier zeige sich eine gute und stabile Entwicklung. Er habe eine gute Beziehung zu den Eltern und der Ehefrau, aber wenig Kollegen. Der Beschwerdeführer zeige trotz seines zurückgezogenen Lebens in allen seinen Lebensbereichen grundsätzlich eine ausreichende Lebensbewahrung. Er arbeite zum jetzigen Zeitpunkt zwar nicht, führe aber den Haushalt kompetent, koche, kaufe ein, führe ein eingeschränktes, jedoch strukturiertes Alltagsleben. Gestützt auf diese Ausführungen ist somit zusammenfassend festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer neben gewissen negativen Ressourcen überwiegend positive soziale und persönliche Ressourcen vorliegen. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, der Beschwerdeführer gebe an, sehr zurückgezogen zu leben und vor allem nachmittags zu spazieren, Fahrrad zu fahren, kaum Kontakte mit anderen Menschen zu pflegen. Er betreue aber gut den Haushalt, zeige so eine gute Alltagsstruktur, habe auch selbst mit dem Zug von Solothurn nach Winterthur fahren können. Gestützt auf diese Ausführungen des Gutachters ist somit eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus zu verneinen. Es ist in diesem Zusammenhang auf den vom Beschwerdeführer geschilderten Tagesablauf zu verweisen. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervoor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führte der psychiatrische Gutachter aus, der Beschwerdeführer nehme die verordneten Medikamente

alle ein und besuche die anberaumten Therapiegespräche. Hier zeige sich eine gute und stabile Entwicklung. Somit ist von einem ausgewiesenen Leidensdruck auszugehen.

6.2.4.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 6.2.4.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag die gutachterliche Einschätzung einer aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zu überzeugen.

6.2.4.4 Am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermögen sodann weder die Rügen des Beschwerdeführers noch die dem psychiatrischen Teilgutachten entgegenstehenden Berichte der behandelnden Ärzte etwas zu ändern. Hinsichtlich der Stellungnahme von Dr. med. I. ____, Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 24. Januar 2023 (IV-Nr. 178, S. 5) ist vorab festzuhalten, dass diese keinen psychiatrischen Facharztstitel besitzt, weshalb ihre Einwände gegen das psychiatrische Teilgutachten kaum Gewicht haben. Zudem beschränken sich ihre Ausführungen grossenteils auf allgemeine Einwände, worin nicht klar dargelegt wird, inwiefern das psychiatrische Gutachten nicht beweiswertig sein sollte. Ebenso vermag die Stellungnahme von Dr. med. J. ____, der F. ____, vom 2. Februar 2023 (IV-Nr. 178, S. 9) den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu vermindern. Darin wird lediglich mit Verweis auf die von Dr. med. J. ____, erhobenen Befunde festgehalten, auf das psychiatrische Teilgutachten der C. ____, AG könne nicht abgestellt werden. Ebenfalls begründet Dr. med. J. ____, ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 50 % nicht weiter. In diesem Zusammenhang ist zudem auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb der Einschätzung der vorgenannten Ärzte auch deswegen vergleichsweise geringer Beweiswert zuzumessen ist. Des Weiteren rügt der Beschwerdeführer, der Gutachter habe nebst der Exploration keine Zusatzinstrumente für die Validierung der Stärke der Depressivität herangezogen. Diese Kritik des Beschwerdeführers verfängt aber schon deshalb nicht, weil für eine psychiatrische Begutachtung die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend ist und den angesprochenen Testverfahren im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung höchstens eine ergänzende Funktion zukommt (Urteile 8C_772/2016 vom 23. Januar 2017 E. 6.1 und 8C_578/2014 vom 17. Oktober 2014 E. 4.2.7). Insofern der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang dem Gutachter eine falsche Anwendung des von ihm durchgeführten Mini ICF-APP Tests vorwirft, ist dies für die Beurteilung des Beweiswertes des Gutachtens dementsprechend nur von untergeordneter Bedeutung, zumal die gutachterliche Beurteilung im Lichte der Indikatorenprüfung als voll beweiswertig anzusehen ist. Sodann macht der Beschwerdeführer weiter geltend, aufgrund der bereits seit über zehn Jahren bestehenden psychischen Beeinträchtigungen könnten die vorhandenen psychosozialen und soziokulturellen Faktoren sich derart ausgewirkt haben, dass als Folge ein die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender langandauernder Gesundheitsschaden eingetreten sei und die an sich grundsätzlich unbeachtlichen psychosozialen Faktoren ausnahmsweise zu berücksichtigen seien. Hierbei handelt es sich aber lediglich um Spekulationen seitens des Beschwerdeführers, welche in den vorliegenden Akten keine Stütze finden. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdegegnerin bzw. der psychiatrische Gutachter der C. ____, AG hierzu nicht äusserten.

6.2.4.5 Im Weiteren ist auf den zeitlichen Verlauf

der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit in psychiatrischer Hinsicht einzugehen. Wie im Gutachten der C.____ AG nachvollziehbar dargelegt wurde, bestehen im Vergleich zur Begutachtung des B.____ vom 2. November 2017 – welche Grundlage der letztmaligen Rentenabweisung vom 25. Februar 2021 darstellt (s. E. II. 6.1 hiervor) – aus psychiatrischer Sicht im Vergleich zu 2017 keine wesentlichen Änderungen des Gesundheitszustandes. Bereits damals sei die Diagnose einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Störung gestellt worden. Möglicherweise sei die depressive Symptomatik im weiteren Krankheitsverlauf aufgrund des übermässigen Alkoholkonsums stärker ausgeprägt gewesen und der Verzicht auf Alkohol habe wieder zu einer Stabilisierung der Stimmung beigetragen. Die Diagnose einer Suchterkrankung dürfe zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr gestellt werden. Auch die Bezeichnung «Status nach einer Alkoholabhängigkeit» dürfe bei nun schon glaubhaft langdauernder Abstinenz (2 1/2 Jahre) nicht mehr formuliert werden. Dass der Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht seit der letzten Rentenbeurteilung im Wesentlichen unverändert ist, zeigt sodann auch ein Vergleich der anlässlich der beiden Begutachtungen erhobenen Befunde (s. IV-Nr. 42.1, S. 35, und IV-Nr. 171, S. 169 ff.).

6.2.4.6 Weiter ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand im Verlauf zwischen der letztmaligen Rentenverneinung vom 25. Februar 2021 und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 30. August 2023 allenfalls zwischenzeitlich vorübergehend verändert hat. Seit der letztmaligen Rentenverneinung vom 25. Februar 2021 sind zur Beurteilung des Verlaufs in psychiatrischer Hinsicht neben dem psychiatrischen Teilgutachten der C.____ AG im Wesentlichen die Berichte der F.____ vom 4. Mai 2021 (IV-Nr. 141) und 16. Februar 2022 (IV-Nr. 154) von Belang. Die Gutachter der C.____ AG hielten zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht fest, die Einschätzungen der Hausärztin Dr. I.____ von 25. März 2020, von Dr. E.____ vom 24. März 2020 und von Dr. med. G.____, F.____, vom 16. Februar 2022, die die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht schlechter einschätzten als aktuell vorgenommen, könnten schlecht beurteilt und bewertet werden. Die Einschätzung von Herrn Dr. med. G.____ könne jedoch dahingehend kritisiert werden, dass auch diverse IV-fremde Gründe diskutiert worden seien. Auch sei davon auszugehen, dass der Verlauf bei depressiver Erkrankung sehr wechselhaft sein könne. Möglicherweise sei die depressive Symptomatik in der Vergangenheit aufgrund des übermässigen Alkoholkonsums stärker ausgeprägt gewesen und der Verzicht auf Alkohol habe möglicherweise zu einer Stabilisierung der Stimmung beigetragen. Die Diagnose einer Suchterkrankung dürfe zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht mehr gestellt werden. Auch die Bezeichnung «Status nach einer Alkoholabhängigkeit» dürfe bei nun schon glaubhaft langdauernder Abstinenz (2 ½ Jahre) nicht mehr formuliert werden. Damit äusserten sich die Gutachter der C.____ AG zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht eher vage, weshalb der zeitliche Verlauf der Arbeitsfähigkeit – soweit möglich – gestützt auf die vorgenannten echtzeitlich ergangenen Arztberichte zu bestimmen ist. Im relevanten Zeitraum wurde im Bericht der F.____ vom 4. Mai 2021 im Wesentlichen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) diagnostiziert. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde in diesem Bericht jedoch nicht vorgenommen. Sodann wurde im Bericht von Dr. med. G.____, F.____, vom 16. Februar 2022 die gleiche Hauptdiagnose gestellt sowie in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 2 – 3 Stunden pro Tag attestiert, wobei der Verlauf der Arbeitsfähigkeit nicht festgelegt wurde. Dr. med. G.____ stützte sich hierbei neben den erhobenen Befunden auf die Hamilton Depressions-Skala (HAMD-21) sowie das Beck Depressions Inventar (BDI). Das Beck-Depressionsinventar ist ein psychologisches

Selbstbeurteilungsverfahren zur Quantifizierung des Schweregrads des depressiven Syndroms (s. www.pschyrembel.de/Beck-Depressionsinventar/K03HB). In Form eines Fragebogens gibt der Patient selbst an, wie er sich im Verlauf der letzten Woche gefühlt hat. Die Hamilton-Depressionsskala ist ein Fremdbeurteilungsverfahren mit 21 Merkmalen (z.B. depressive Stimmung, Schuldgefühle, Suizidalität, Einschlafstörungen) zur Quantifizierung eines depressiven Syndroms (www.pschyrembel.de/Hamilton-Depressionsskala/K09EJ/doc). Während das Beck Depressions-Inventar im Resultat 40 Punkte ergab, was einer schweren Depression entspricht (vgl. <https://flexikon.doccheck.com/de/Beck-Depressions-Inventar>; zuletzt besucht am 19. Februar 2024), ergab der Test anhand der Hamilton Depressions-Skala 18 Punkte, was je nach zugrundeliegender Studie einer leichten Depression oder einer mittelgradigen Depression im Grenzbereich zur leichten Depression entspricht (vgl.: https://flexikon.doccheck.com/de/Hamilton_Depression_Scale; zuletzt besucht am 19. Februar 2024). Zum Resultat des BDI, welches eine schwere Depression ergab, ist aber einschränkend zu anfügen, dass es sich beim BDI, wie erwähnt, um ein Selbstbeurteilungsverfahren handelt, was dessen Aussagekraft entsprechend relativiert. Zudem ergibt sich aus der mittels Fremdbeurteilung erhobenen Hamilton Depressions-Skala Test höchstens eine mittelgradige Depression, was die Selbstbeurteilung des Beschwerdeführers zusätzlich in Frage stellt, zumal auch die von Dr. med. G.____ erhobenen Befunden kaum für eine schwere Depression und eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 2 – 3 Stunden pro Tag sprechen. Zudem ist in diesem Zusammenhang wiederum auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen). Gestützt auf diese Erwägungen kann somit auf die Berichte der F.____ vom 4. Mai 2021 und 16. Februar 2022 nicht abgestellt werden. Demnach ist eine vorübergehende gesundheitliche Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht im Verlauf zwischen der letztmaligen Rentenverneinung vom 25. Februar 2021 und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 30. August 2023 nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. 6.2.5 Gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten vermag grundsätzlich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der C.____ AG vom 22. November 2022 (IV-Nr. 171, S. 40 ff.) zu überzeugen: Demnach bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maschineneinrichter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Optimal angepasste Tätigkeiten seien aus interdisziplinärer Sicht noch in einem 75%-Pensum möglich. Ideal angepasst seien körperlich leichte Arbeiten, wechselbelastend und möglichst aus sitzender Position heraus. Dem Exploranden sollte auch jederzeit die Möglichkeit gegeben sein, seine Körperposition individuell variieren zu können und er sollte auch die Möglichkeit haben, zwischenzeitliche Pausen einzulegen. Wie die Gutachter sodann weiter nachvollziehbar darlegten, sei bezüglich des Rückenleidens seit der B.____-Begutachtung vom 2. November 2017 aus neurologischer und orthopädisch-rheumatologischer Sicht keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum September 2017 festzustellen. Möglicherweise sei es jedoch nach Beendigung der Alkohol- und Morphin-Abhängigkeit zu einer Schmerzverstärkung gekommen. Aus psychiatrischer Sicht bestünden ebenfalls keine wesentlichen Änderungen des Gesundheitszustandes im Vergleich zu 2017. Bereits damals sei die Diagnose einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Störung gestellt worden. Gestützt darauf ist somit zusammenfassend festzuhalten, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Rentenabweisung vom 25. Februar 2021 im

Wesentlichen unverändert geblieben ist. Bei der im Vergleich zum B.____-Gutachten teilweise abweichenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter der C.____ AG handelt es sich demnach um eine vorliegend nicht relevante unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleichgebliebenen medizinischen Sachverhalts. Nachdem eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes zu verneinen ist, kann demnach auf die Durchführung einer Invaliditätsberechnung verzichtet werden. 6.2.6 Abschliessend ist auf die Rüge des Beschwerdeführers einzugehen, wonach es sich gemäss der Stellungnahme des RAD um einen verbesserten Gesundheitszustand handle und Therapieoptionen bestünden, weshalb es fraglich sei, ob zum Verfügungszeitpunkt überhaupt ein stabiler Gesundheitszustand vorgelegen habe. Was der Beschwerdeführer daraus ableiten will, ist jedoch nicht klar. So besteht beim Beschwerdeführer, wie vorgehend festgelegt wurde, im Vergleich zur letztmaligen Rentenverneinung ein im Wesentlichen gleich gebliebener Gesundheitszustand und demnach im Resultat kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Demnach steht eine allfällige mögliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit einem abschliessenden Rentenentscheid nicht entgegen. 7. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 7.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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