

SO_GERICHTE VSBES.2023.250 vom 29. August 2024

SO Obergericht, 2024-08-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.250_d20240829

FR: SO_GERICHTE VSBES.2023.250 du 29 août 2024

IT: SO_GERICHTE VSBES.2023.250 del 29 agosto 2024

Regeste

berufliche Massnahmen und Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geb. [...] 1968, meldete sich am 9. April 2019 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) aufgrund einer Rheumaerkrankung, von Diabetes sowie einer Arthrose zum Bezug von Leistungen (berufliche Integration/Rente) der Invalidenversicherung (IV) an (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 8). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Unterlagen ein und veranlasste ■ auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; IV-Nr. 18) ■ ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie sowie Neuropsychologie bei der B.____ (B.____-Gutachten vom 12. Juni 2020; IV-Nr. 33.1 ff.). Gestützt darauf und nach Rücksprache mit dem RAD (IV-Nr. 39) stellte sie dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 9. September 2020 eine Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-Nr. 41 S. 2).

1.2 Nach erfolgtem Einwand gegen den Vorbescheid vom 9. September 2020 (IV-Nr. 45 ff.) und erneuter Rücksprache mit dem RAD (IV-Nr. 49) erteilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 15. April 2021 Kostengutsprache für Frühinterventionsmassnahmen in Form von Beratung/persönlichem Coaching (IV-Nr. 52) sowie am 14. September 2021 eine solche für Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Belastbarkeitstrainings (IV-Nr. 54). Aufgrund der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers mussten in der Folge jedoch sowohl das Coaching als auch der Arbeitsversuch abgebrochen werden (IV-Nr. 56 f.).

1.3 Nach Einholen weiterer Arztberichte und einer Stellungnahme des RAD (IV-Nr. 64) gab die Beschwerdegegnerin bei der C.____ ein polydisziplinäres (internistisches, psychiatrisches, rheumatologisches, neurologisches) Verlaufsgutachten in Auftrag (C.____-Gutachten vom 8. Oktober 2022; IV-Nr. 76.1 ff.). Nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 80) und wiederholten Stellungnahmen des RAD (vgl. IV-Nr. 79, 91, 92) verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 12. September 2023 einen Anspruch des Beschwerdeführers sowohl auf weitere berufliche Massnahmen als auch auf eine Invalidenrente (IV-Nr. 93; Aktenseite [A.S.] 1 ff.).

E. 2

2.1 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (vorliegend: 12. September 2023) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 144 V 224 E. 6.1.1

S. 232, 131 V 242 E. 2.1 S. 243).

2.2 Am 1. Januar 2022 traten das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie die revidierte Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Vorliegend wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung und eine damit einhergehende Arbeitsunfähigkeit seit November 2018 geltend gemacht (vgl. IV-Nr. 4 S. 2; siehe auch IV-Nr. 12 S. 12), d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte nach Ablauf der einjährigen Wartezeit frühestens ab November 2019 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (9. April 2019; vgl. IV-Nr. 8 S. 1). Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. Oktober 2019 gegeben sein. Diese beiden Zeitpunkte liegen vor dem Inkrafttreten des revidierten IVG sowie der revidierten IVV vom 1. Januar 2022. Anwendbar sind demzufolge, soweit die Gesetzesänderung die hier interessierenden Leistungen betrifft, die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassungen des IVG und der IVV.

E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin verneinte in ihrer Verfügung vom 12. September 2023 sowohl einen Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere berufliche Massnahmen als auch auf eine Invalidenrente. Zur Begründung führte sie hauptsächlich aus, ihre medizinischen Abklärungen (B. ___-Gutachten vom 12. Juni 2020 sowie C. ___-[Verlaufs-] Gutachten vom 8. Oktober 2022) hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter Giessmaschine noch in einem Pensum von 60 % zuzumuten sei. Einer körperlich leichten Tätigkeit könne er jedoch mit einem Pensum von 80 % nachgehen. Beide eingeholten Gutachten erfüllten die höchstrichterlichen Anforderungen, welche an den Beweiswert einer solchen Expertise gestellt würden. Die Resultate der durchgeführten beruflichen Eingliederungsmassnahmen vermöchten die Schlussfolgerungen der B. ___-Gutachter (recte: der C. ___-Gutachter) nicht in Zweifel zu ziehen. Entgegen der Kritik des Beschwerdeführers sei im psychiatrischen Teilgutachten des C. ___ sehr wohl eine Indikatorenprüfung vorgenommen worden. Soweit im Vorbescheidverfahren eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Verlaufsbeurteilung des C. ___ geltend gemacht werde, könne dem mit Verweis auf die Stellungnahme des RAD vom 20. Juni 2023 ebenfalls nicht gefolgt werden. Sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen seien entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers korrekt ermittelt worden. Bei einem Invaliditätsgrad von 28 % bestehe mithin kein Rentenanspruch (vgl. A.S. 1 ff.; IV-Nr. 93).

Der Beschwerdeführer macht in formeller Hinsicht geltend, die Beschwerdegegnerin habe seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt. In materieller Hinsicht habe die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt, indem sie eine Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustandes im Vergleich zu den Vorbeurteilungen der B. ___ und des C. ___ trotz entsprechender Hinweise im (von ihm im Vorbescheidverfahren eingereichten) Bericht seiner behandelnden Psychiaterin vom 2. März 2023 nicht zureichend abgeklärt habe. Das psychiatrische Teilgutachten des C. ___ sei hinsichtlich der Diagnosestellung einer somatoformen Schmerzstörung ungenügend und

entspreche nicht der bundesgerichtlichen Indikatorenrechtsprechung. Die ihm vom C.____ gutachterlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 20 % in einer Verweistätigkeit stehe im deutlichen und nicht diskutierten Widerspruch zu den Ergebnissen der bei ihm durchgeführten beruflichen Abklärungen. Im Rahmen des Einkommensvergleichs habe die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen ungenügend abgeklärt; bei der Ermittlung des Invalideneinkommens habe sie sich nicht auf die aktuellste LSE-Tabelle abgestützt und zu Unrecht keinen leidensbedingten Abzug im Umfang von mindestens 15 % gewährt (vgl. A.S. 18 ff.).

3.2 Strittig und nachfolgend zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 12. September 2023 zu Recht dem Beschwerdeführer sowohl die Ausrichtung einer Invalidenrente als auch die Gewährung von weiteren beruflichen Massnahmen verweigert hat.

5.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1 mit Hinweisen).

5.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen

Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126 f., 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S.353).

6.1

6.1.1 Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung; andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, der in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 370 f. mit Hinweisen). Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst mithin als zentralen Teilgehalt das Recht auf Akteneinsicht. Eine notwendige Bedingung für dessen Wahrnehmung sowie für die Ausübung des damit in engem Zusammenhang stehenden Rechts auf Äusserung besteht darin, dass die Behörde die Parteien davon in Kenntnis setzt, wenn sie dem Dossier neue Akten beifügt, die für die Entscheidungsfindung wesentlich sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_1030/2010 vom 29. April 2011 E. 2.2., mit Hinweisen).

6.1.2 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheids veranlasst wird oder nicht. Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus ■ im Sinne einer Heilung des Mangels ■ selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 136 V 117 E. 4.2.2.2 S. 126 f., 132 V 387 E. 5.1 S. 390; Urteil des Bundesgerichts 9C_555/2020 vom 3. März 2021 E. 4.4.1 mit Hinweisen).

7.1 Die B.____ erstattete im Auftrag der Beschwerdeführerin am 12. Juni 2020 ein polydisziplinäres Gutachten (Fachrichtungen: Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie sowie Neuropsychologie; IV-Nr. 33.1 ff.). Dem Gutachten sind folgende Diagnosen zu entnehmen (vgl. IV-Nr. 33.2 S. 2 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom

- intermittierende Schmerzausstrahlung ins rechte Bein, am ehesten facetogen bedingt
- klinisch ossär schmerzhaft eingeschränkte Seitneigung der LWS in beiden Richtungen
- bildgebend Bandscheibenbulgings und Facettengelenksarthrosen L4-S1 beidseits, leichte neuroforaminale Enge L4/5 aktuell nur links, unauffällige BWS (MRI 24.01.2020)
- klinisch-neurologisch kein Hinweis auf sensibles oder motorisches radikuläres Ausfallsyndrom

2. Chronisch-rezidivierendes cervikovertebrales Schmerzsyndrom

- klinisch freie HWS-Beweglichkeiten, deutliche Schultergürtelmuskelverspannungen beidseits
- bildgebend tiefcervikale Unkovertebralarthrosen (MRI 03.08.2018), zentrales Bandscheibenbulging C6/7 mit leichter neuroforaminaler Enge beidseits (MRI 24.01.2020)

3. Fingerpolyarthrosen vor allem der DIP-Gelenke rechts mehr als links und der MCP-Gelenke II und III beidseits, beginnende Radiokarpalarthrose rechts möglich

- klinisch leichtes Faustschlussdefizit rechts
- konventionell-radiologisch beginnende Arthrosen von MCP II und III beidseits (Röntgen 15.01.2020), MR-tomographisch Knorpelläsion am Lunatum radialseitig rechts (MRI rechts 03.09.2019)

4. Dysthymia

5. Diabetes mellitus Typ 2

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Epikondylopathia humeri radialis am rechten Ellenbogen
2. Verkürzte dorsale Oberschenkelmuskulatur beidseits
3. Anamnestisch mögliche distal-symmetrische sensible Polyneuropathie
4. Minimale bis leichte neuropsychologische Störung

Im Rahmen ihrer interdisziplinären Beurteilung hielten die B.____-Gutachter fest, es fänden sich beim Beschwerdeführer mässige bis mittelgradige degenerative Veränderungen am Bewegungsapparat, einerseits bildgebend deutlich vor allem an der rechten Hand, andererseits ■ in etwas geringerer Ausprägung ■ am Achsenskelett. Aktuell lägen klinisch-neurologisch keine Hinweise auf ein sensibles oder motorisches radikuläres Ausfallsyndrom vor. Das Gesamtbild der Beschwerden des Bewegungsapparates imponiere als eher regionäre Schmerzproblematik aufgrund degenerativer Veränderungen am Achsenskelett und an den Händen. Es sei eher nicht von einer generalisierten Schmerzsymptomatik auszugehen, sondern die festzustellenden klinischen

Befundauffälligkeiten am Bewegungsapparat seien dem achsenskelettären regionären cervikalen und lumbalen Schmerzsyndrom zuzuordnen. Die vom Beschwerdeführer geklagten Gefühlsstörungen an den Beinen und Händen könnten auf eine mögliche sensible Polyneuropathie, wahrscheinlich im Rahmen des Diabetes mellitus, zurückgeführt werden, hätten aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. In der neuropsychologischen Testung hätten sich minimale bis leichte neuropsychologische Störungen gezeigt, welche am ehesten im Rahmen der Schmerzen zu sehen seien. Auch der Diabetes und die in psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte Dysthymie könnten einen Einfluss auf die kognitiven Fähigkeiten haben. Einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten diese kognitiven Störungen indessen nicht. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Dysthymie, eine depressive Episode und eine somatoforme Schmerzstörung könnten nicht diagnostiziert werden. Wenn der Beschwerdeführer meine, der Schmerz sei so stark, dass er nur mit einem Pensum von 50 % arbeiten könne, sei das nicht gleichbedeutend mit einer somatoformen Komponente. Es sei vielmehr eine zu hohe Krankheitsüberzeugung und eine Fehleinschätzung der eigenen Funktionsfähigkeit die Ursache. Es sei auch sicherlich so, dass das starre Krankheitskonzept sowie die fehlende Bereitschaft, Schmerz zu akzeptieren und mit diesem zu arbeiten, beeinflussend auf die Funktionsfähigkeit des Beschwerdeführers seien. Die Dysthymie erkläre zumindest teilweise die Müdigkeit, aber auch der nicht gut eingestellte Diabetes, die Schmerzen und schliesslich auch das Alter könnten diese erklären (vgl. IV-Nr. 33.2 S. 1 f.).

Insgesamt sei dem Beschwerdeführer seine bisherige körperlich äusserst belastende Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter an einer Giessmaschine wegen den muskuloskelettalen degenerativen Veränderungen seit Beginn der entsprechenden Krankenschreibungen nicht mehr möglich, wobei eine im Jahre 2018 erfolgte Teilarbeitsfähigkeitsschreibung als für damals plausibel erscheine. Eine Wiederaufnahme der bisherigen, derart belastenden Tätigkeit sei nachvollziehbarerweise bleibend nicht mehr möglich. Unter der Annahme, dass die aktuell halbtags mit einem Pensum von 50 % ausgeübte, bereits etwas angepasste bisherige Tätigkeit ausschliesslich stehend, allenfalls repetitiv gebückt sei, aber kein gehäuftes Hantieren von Lasten mehr als 10 kg beinhalte, sei in dieser Tätigkeit ein etwa 60%iges Arbeitsvolumen aus gesamtmedizinischer Sicht möglich. Die Reduktion gegenüber einer vollzeitigen Tätigkeit begründe sich mit einer vermutlich ausschliesslich stehenden und wiederholt auch gebückte Tätigkeitsanteile beinhaltenden Arbeit mit entsprechend achsenskelettärer Belastung und mit einem wohl repetitiven Handeinsatz mit greifenden Bewegungen. Eine derartige Tätigkeit sei nicht vollschichtig möglich, da sie zu einer Überbelastung führen würde. In einem zeitlich reduzierten Rahmen mit genügend Pausen und Erholungsphasen sei diese jedoch möglich. Die Einschränkungen seien organläsionell bedingt und unabhängig von der beim Beschwerdeführer vorliegenden subjektiven Krankheits- und Invalidisierungsüberzeugung. In einer seinem Leiden angepassten Tätigkeit (körperlich leicht ohne ausschliessliches Gehen und Stehen, ohne gebückte oder Überkopf zu verrichtende Tätigkeitsanteile, ohne repetitiv greifende Bewegungen und ohne handbelastende Tätigkeitsanteile, ohne besondere Anforderungen an die Feinmotorik der Hände und ohne Hantieren mit Lasten mehr als 5-7 kg, ohne Absturzgefahr oder Fremdgefährdung) bestehe beim Beschwerdeführer aus gesamtmedizinischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, wobei die Reduktion gegenüber einem Vollpensum zu begründen sei mit einer chronischen organläsionell begründbaren Schmerzsymptomatik im Bereich des Bewegungsapparates mit notwendiger vermehrter Erholungszeit sowie mit einer gewissen Leistungsverlangsamung, die aber nicht separat additiv beziffert werden könne. Diese Einschätzung gelte ab dem Zeitpunkt der

Krankschreibungen in der bisherigen Tätigkeit, wobei die rheumatologische Beurteilung führend sei (vgl. IV-Nr. 33.2 S. 4 f.).

7.2 Die Beschwerdegegnerin liess in der Folge auf Empfehlung des RAD (vgl. IV-Nr. 64 S. 2) bei der C.____ ein Verlaufsgutachten in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Rheumatologie erstellen (C.____-Gutachten vom 8. Oktober 2022; IV-Nr. 76.1 ff.). Die C.____-Gutachter stellten folgende Diagnosen (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 7 f.):

8.1 In einem ersten Schritt ist der Beweiswert despolydisziplinären Gutachtens der B.____ vom 12. Juni 2020 zu prüfen.

8.1.1 Im neurologischen Teilgutachten hielten Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, sowie Dr. med. G.____, ebenfalls Facharzt für Neurologie, fest, es lägen ein chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule sowie anamnestisch nächtliche Parästhesien der Fusssohlen bei möglicher distal-symmetrischer sensibler Polyneuropathie vor. Die seit drei Jahren bestehende, chronifizierte Thorakolumbalgie stehe bei der Beschwerdeschilderung im Vordergrund. Klinisch-neurologisch liessen sich aktuell keine radikulären Ausfälle feststellen, insbesondere sei die Kraft der unteren Extremitäten erhalten. Hinsichtlich der ulnarbetonten rechtsseitigen Unterarm-, Hand- und Fingerschmerzen ergäben sich aus der klinischen Untersuchung und der bisherigen elektrophysiologischen sowie bildgebenden Abklärung keine Hinweise auf eine neurologische (Nervus Ulnaris oder radikuläre) Pathologie; die Beschwerden seien ihres Erachtens muskuloskelettaler Genese. Hinsichtlich der (erst auf Nachfrage) berichteten nächtlichen Parästhesien der Fusssohlen ergäben sich aus der klinischen Untersuchung allenfalls diskrete Zeichen einer etwaigen distal-symmetrischen, sensiblen Polyneuropathie. Als mögliche Ursache davon käme der bekannte Diabetes mellitus in Betracht, bei fehlenden autonomen Zeichen sei eine solche Neuropathie aus ihrer Sicht jedoch unwahrscheinlich. In der Untersuchungssituation hätten sich Diskrepanzen zwischen den objektivierbaren Befunden und der beklagten Symptomatik sowie eine Inkonstanz einzelner Befunde ergeben wie bspw. des Lasègue-Zeichens, eines generalisierten «giving-way» ohne bei Spontanbewegungen beobachtbaren Einschränkungen sowie eines Schonhinkens ohne Korrelat in der Einzelkraftprüfung. Insgesamt sei dies als Verdeutlichungstendenz in der Untersuchungssituation zu werten. Der Beschwerdeführer sei in neurologischer Hinsicht bei einer allenfalls diskreten distal-symmetrischen sensorischen Polyneuropathie ohne funktionell relevante Auswirkungen in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit, analog zur aktuellen, seit November 2018 ausgeübten Tätigkeit, zu 100 % arbeitsfähig. Zur Beurteilung allfälliger funktioneller Auswirkungen des thorakolumbalen Schmerzsyndroms sowie allfälliger Einschränkungen beim Heben von Lasten sei auf das rheumatologische Teilgutachten verwiesen (vgl. IV-Nr. 33.3 S. 15 ff.).

Diese neurologische Beurteilung und die gutachterlich daraus gezogenen Schlussfolgerungen vermögen zu überzeugen. Es kann somit darauf abgestellt werden.

8.1.2 Im internistischen Teilgutachten stellte Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, als einzige Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einen Diabetes mellitus Typ 2. Gestützt darauf bestehe aus internistischer Sicht aufgrund der Gefahr von Hypoglykämien eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, indem Tätigkeiten mit Absturzgefahr oder Fremdgefährdungspotenzial nicht geeignet seien. Unter

Berücksichtigung dieser Bedingungen sei keine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben (vgl. IV-Nr. 33.3 S. 40). Diese Einschätzung ist nachvollziehbar und gibt zu keinen Beanstandungen Anlass.

8.1.3 Lic. phil. I. ____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, kam in seinem neuropsychologischen Fachbericht nachvollziehbar zum Schluss, dass der Beschwerdeführer ■ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ■ nur an einer minimalen bis leichten neuropsychologischen Störung leide, wahrscheinlich erklärbar im Rahmen des chronischen thorakolumbalen Schmerzsyndroms, möglicherweise aber auch des Diabetes mellitus Typ 2 und einer Dysthymia. Dieser Befund sei konsistent mit den akten- und eigenanamnetischen Angaben zum Verlauf sowie der Alltagsfunktionalität. In beruflicher Hinsicht schätze der Beschwerdeführer sein Leistungsvermögen eher als zu gering ein. Bei einer minimalen bis leichten neuropsychologischen Störung seien nur unter starker Belastung oder durch neuropsychologische Tests leichte Minderleistungen feststellbar. Die Funktionsfähigkeit sei im privaten Alltag nicht eingeschränkt und berufliche Leistungen würden in der Regel praktisch unvermindert vollbracht. Die Person falle in ihrem sozialen Umfeld nicht auf. Bei Aufgaben und Tätigkeiten mit sehr hohen Anforderungen könne die Funktionsfähigkeit jedoch leicht eingeschränkt sein. Aufgrund der neuropsychologischen Befunde (Verhaltensbeobachtungen und Testergebnisse) sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im angestammten Beruf im ersten Arbeitsmarkt uneingeschränkt gegeben. Die minimalen kognitiven Defizite könnten bei einem adäquaten Anforderungsniveau durch eine angepasste Arbeitssituation hinreichend kompensiert werden (vgl. IV-Nr. 33.4 S. 9 ff.).

8.1.4 Im rheumatologischen Teilgutachten stellte Dr. med. J. ____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, folgende rheumatologische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom, chronisch-rezidivierendes cervikovertebrales Schmerzsyndrom, Fingerpolyarthrosen vor allem der DIP-Gelenke rechts mehr als links und der MCP-Gelenke II und III beidseits, beginnende Radiokarpalarthrose rechts möglich. Als rheumatologische Diagnosen ohne zusätzliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bescheinigte er dem Beschwerdeführer eine Epikondylopathia humeri radialis am rechten Ellenbogen sowie eine verkürzte dorsale Oberschenkelmuskulatur beidseits (vgl. IV-Nr. 33.4 S. 23).

Insgesamt fänden sich beim Beschwerdeführer mässige bis mittelgradige degenerative Veränderungen am Bewegungsapparat, einerseits bildgebend deutlich vor allem an der rechten Hand, andererseits ■ in etwas geringerer Ausprägung ■ am Achsenskelett. Die achsenskelettäre Bildgebung mache eine Wurzelreizsymptomatik tieflumbal rechts eher unwahrscheinlich, indem sich kein wurzelkomprimierendes Korrelat in der neu durchgeführten Schichtbildgebung der LWS identifizieren lasse. Eine ins Bein ausstrahlende facetogene Schmerzursache sei rechts lumbal aber auch bildmorphologisch denkbar. An der Hand fänden sich konventionell-radiologisch wie MR-tomografisch Korrelate degenerativer Knorpelveränderungen, aber keine Zeichen eines entzündlich-rheumatischen (z.B. Psoriasis-arthritischen) Leidens. Das Gesamtbild der Beschwerden des Bewegungsapparates imponiere als eher regionäre Schmerzproblematik aufgrund degenerativer Veränderungen am Achsenskelett und an den Händen, eine konsequente Einschränkung bezüglich Motilitätsbild, Gehen und komplexeren Bewegungsabläufen wie Schemelsteigen und Aus- und Ankleiden scheine in der aktuellen gutachterlichen Untersuchung nicht vorzuliegen. Es sei eher nicht von einer generalisierten

Schmerzsymptomatik auszugehen, sondern die festzustellenden klinischen Befundauffälligkeiten seien eher dem achsenskelettären regionären cervikalen und lumbalen Schmerzsyndrom zuzuordnen. Die Befundaufnahme zeige Korrelate einer fixierten deutlichen Krankheits- und Behinderungsüberzeugung mit teils inadäquat einschliessender Schmerzsignalisation und mit Ausweichbewegungen, welche als Verdeutlichungskorrelat interpretierbar seien (intensive Ausweichbewegungen bei der einfachen Lungenperkussion und bei der Palpation der rechten Hand mit Zurückziehen und Gegeninnervieren). Weiter bestehe ein inkonstantes Lasègue-Manöver rechts mit dazu diskrepanz fehlender Wurzelreizsymptomatik unter Ablenkung, ein inkonstantes Entlastungshinken links mit rheumatologisch nicht völlig erklärbaeren Ausweichbewegungen von Oberkörper und Becken, welche im Rückwärtsgang nicht zuverlässig reproduzierbar seien, sowie ein Refusament des Fersengangs und ein langsames zögerliches Schemelsteigen, welche in Diskrepanz stünden zu den fehlenden Einschränkungen beim Aus- und Anziehen (vgl. IV-Nr. 33.4 S. 28 ff.).

Eine Arbeitsfähigkeit in der bis vor zwei Jahren ausgeführten, körperlich äusserst belastenden Tätigkeit sei seit Beginn der entsprechenden Krankschreibungen nicht mehr gegeben, wobei eine wie im Jahre 2018 erfolgte Teilarbeitsfähigkeitsschreibung für damals plausibel erscheine. Unter der Annahme, dass die aktuell halbtags mit einem Pensum von 50 % ausgeübte bereits angepasste Tätigkeit ausschliesslich stehend, allenfalls repetitiv gebückt sei, aber kein gehäuftes Hantieren von Lasten mehr als 10 kg beinhalte, sei bei dieser ein etwa 60%iges Arbeitsvolumen möglich. Die Reduktion gegenüber einer Vollzeittätigkeit begründe sich mit einer vermutlich ausschliesslich stehenden und wiederholt auch gebückte Tätigkeitsanteile beinhaltenden Arbeit mit entsprechend achsenskelettärer Belastung und mit einem wohl repetitiven Handeinsatz mit greifenden Bewegungen. Eine derartige Tätigkeit sei zwar nicht vollschichtig, in einem zeitlich reduzierten Rahmen mit genügend Pausen und Erholungsphasen jedoch möglich. In einer leidensangepassten Tätigkeit (körperlich leicht, ohne ausschliessliches Gehen und Stehen, ohne gebückte oder Überkopf zu verrichtende Tätigkeitsanteile, ohne repetitiv greifende Bewegungen und ohne handbelastende Tätigkeitsanteile, ohne besondere Anforderungen an die Feinmotorik der Hände und ohne Hantieren mit Lasten mehr als 5-7 kg) sei von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen. Die Reduktion gegenüber einem Vollpensum ergebe sich aus einer gewissen chronischen organläsionell begründbaren Schmerzsymptomatik im Bereich des Bewegungsapparates und mit notwendiger vermehrter Erholungszeit sowie einer gewissen Leistungsverlangsamung, die aber nicht separat beziffert werden könne. Diese Einschätzung gelte ab Zeitpunkt der Krankschreibungen in der bisherigen Tätigkeit (vgl. IV-Nr. 33.4 S. 31 f.).

Diese Ausführungen von Dr. med. J.____ und das von ihm gestützt darauf ermittelte Belastungsprofil samt (verbleibender, ausschliesslich muskuloskelettär bzw. rheumatologisch bedingter) Arbeitsfähigkeit vermögen ohne weiteres zu überzeugen und es kann darauf abgestellt werden.

8.1.5 Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Oto-Rhino-Laryngologie, führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten aus, die Konstellation aus beobachteten und beklagten Symptomen lasse nur die Diagnose einer Dysthymia zu. Darunter seien konstante wiederkehrende Depressionen über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren gemeint, die aber nicht die Kriterien einer depressiven Episode im Sinne von ICD-10 F32 erfüllten. Dabei erfülle der Beschwerdeführer unter den im

ICD-10 für die Dysthymia genannten Kriterien das Kriterium A und B und unter dem Kriterium C mehrere (mindestens drei seien gefordert) Symptome. So berichte er über Schlafstörungen und es hätten Konzentrationsschwierigkeiten, Pessimismus und Neigung zum Weinen sowie eine verminderte Gesprächigkeit beobachtet werden können. Die drei Hauptkriterien für eine leichte depressive Episode seien hingegen nicht erfüllt. So sei der Beschwerdeführer nicht durchgehend niedergeschlagen und nicht interessenlos, einzig die gesteigerte Ermüdbarkeit wäre evtl. erfüllt. Damit wäre aber nur eines von drei Hauptkriterien gegeben, womit die Diagnose einer Depression jedweden Schweregrades ausscheide. Auch der klinische Eindruck untermauere, dass der Beschwerdeführer nicht depressiv sei, er wirke eher frustriert, nörgelnd und starr in seinem Konzept, er müsse eine halbe Rente erhalten. Zu diskutieren sei weiter eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Es fänden sich aber organische Gründe, die den Schmerz erklärten. Dass der Beschwerdeführer meine, der Schmerz sei so stark, dass er nur zu 50 % arbeiten könne, sei nicht gleichbedeutend mit einer somatoformen Komponente. Ursache sei hier eine zu hohe Krankheitsüberzeugung und eine zu hohe Fehleinschätzung der eigenen Funktionsfähigkeit. Es sei auch sicherlich so, dass das starre Krankheitskonzept und die fehlende Bereitschaft, Schmerz zu akzeptieren und mit Schmerz zu arbeiten, auf die Funktionsfähigkeit des Beschwerdeführers Einfluss nähmen. Deswegen könne eine psychotherapeutische Intervention, sollte sich der Beschwerdeführer denn darauf einlassen können, durchaus sinnvoll sein. Die Müdigkeit sei multifaktoriell bedingt (Diabetes, Dysthymia, Schlafstörung, Schmerz). Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht in seiner bisherigen Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter in einer Giesserei seit Beginn der Schmerzen zu 20 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, wofür der organisch bedingte Schmerz, der aber psychische Auswirkungen habe wie Schlafstörungen und dadurch bedingte Müdigkeit, Reizbarkeit und Dünnhäutigkeit, eine Rolle spiele. In einer angepassten Tätigkeit mit etwas verlangsamtem Arbeitstempo und mit einer erhöhten Pausenmöglichkeit sollte eine volle Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht erreicht werden können (vgl. IV-Nr. 33.3 S. 32 f.).

Dr. med. K. ___ stellte dem Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht ■ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ (einzig) die Diagnose einer Dysthymia. Zu deren Herleitung verwies er sehr unspezifisch auf die vom Beschwerdeführer (angeblich) erfüllten Diagnosekriterien A, B und C, ohne diese näher und nachvollziehbar zu erläutern. Die Dysthymia definierte er als konstant wiederkehrende Depressionen «über einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren». Da der Beschwerdeführer indessen erst ab November 2018 eine gesundheitliche Beeinträchtigung mit damit einhergehender Arbeitsunfähigkeit geltend machte (vgl. IV-Nr. 4 S. 2; 12 S. 12; E. II. 2.2 hiervor), die psychiatrische Untersuchung am 21. Januar 2020 stattfand und das (Gesamt-) Gutachten der B. ___ am 12. Juni 2020 fertiggestellt wurde, wäre das von Dr. med. K. ___ aufgestellte Erfordernis einer wenigstens zwei Jahre andauernden depressiven Verstimmung ■ welche er im Übrigen auch in der psychiatrischen Befundaufnahme nicht feststellte (vgl. IV-Nr. 33.3 S. 27) ■ in zeitlicher Hinsicht nicht erfüllt gewesen. Darüber hinaus nahm er in seinem Teilgutachten keine Würdigung der neuropsychologischen Abklärungsergebnisse (vgl. IV-Nr. 33.3 S. 42; 33.4 S. 1 ff.; E. II. 8.1.3 hiervor) vor, obwohl rechtsprechungsgemäss neuropsychologische Abklärungen lediglich eine Zusatzuntersuchung darstellen und es grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen (oder allenfalls des neurologischen) Facharztes bleibt, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_381/2022 vom 27. Dezember 2022

E. 8.2.1 mit Hinweisen). Hinzu kommt schliesslich, dass Dr. med. K.____ den Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht zu 20 % arbeitsunfähig erachtete. Hierfür zeichnete er indessen nicht die von ihm diagnostizierte Dysthymia verantwortlich. Vielmehr sah er den organisch bedingten Schmerz als ursächlich an, welcher psychische Auswirkungen wie Schlafstörungen und damit verbunden Müdigkeit, Reizbarkeit und Dünnhäutigkeit nach sich ziehe, obwohl er das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zuvor verneint hatte und sich in der Untersuchung zwar eine eher leichte Reizbarkeit, nicht aber eine Erschöpfung des Beschwerdeführers beobachten liess (vgl. IV-Nr. 33.3 S. 27). In einer angepassten Tätigkeit «mit etwas verlangsamtem Arbeitstempo mit einer erhöhten Pausenmöglichkeit» sah er den Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht als vollschichtig arbeitsfähig an, wenngleich doch gerade das von ihm aufgestellte Belastungsprofil auf eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht hindeuten würde. Aus all diesen Gründen kann demnach nicht auf das psychiatrische Teilgutachten der B.____ abgestellt werden. Daran vermag auch die Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. med. L.____, Praktische Ärztin und Fachärztin für Arbeitsmedizin, vom 23. Juli 2020 nichts zu ändern, erachtete diese doch das B.____-Gutachten vom 19. Juni 2020 insgesamt als schlüssig und nachvollziehbar, ohne jedoch eine vertiefte Prüfung der interdisziplinären Gesamtbeurteilung sowie der einzelnen Teilgutachten vorzunehmen (vgl. IV-Nr. 39 S. 2).

8.2.4 Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem psychiatrischen Teilgutachten als psychiatrischer Untersuchungsbefund unter anderem fest, die Stimmungslage des Beschwerdeführers habe sich streckenweise in einer depressiven Weise herabgesetzt gezeigt bei einem normalen Antrieb und einer guten affektiven Modulationsfähigkeit. Die Gedanken seien inhaltlich negativistisch gefärbt gewesen und der Beschwerdeführer habe von Sorgen bezüglich der Zukunft berichtet. Der Beschwerdeführer habe im Rahmen der Untersuchung über zahlreiche körperliche Beschwerden geklagt, für welche keine in ihrer Ausprägung und Lokalisation hinreichend erklärbaren pathoanatomischen Befunde hätten erhoben werden können. Diagnostisch sei somit zunächst von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) auszugehen. Bezüglich der affektiven Komponente habe der Beschwerdeführer zwar Zukunftsängste beklagt, diese seien jedoch vor einem realen Kern und nicht als in einer Depressionserkrankung begründet anzusehen. In der Untersuchung habe sich streckenweise allenfalls eine subdepressiv herabgesetzte Stimmungslage gezeigt. Bei einem ansonsten völlig unauffälligen psychopathologischen Befund sei indessen insbesondere keine Depressionserkrankung abzuleiten, zumal der Beschwerdeführer zwar angegeben habe, dass es ihm psychisch sehr schlecht gehe, diese subjektive Einschätzung jedoch ob der Gesamtsituation als normalpsychologisch nachvollziehbar anzusehen sei. Das Störungsbild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung habe sich im Gefolge einer rheumatologischen Grunderkrankung im Sinne einer zunehmenden Schmerz-ausweitung entwickelt. Hinzu kämen deutlich selbstlimitierende Tendenzen, so sehe sich der Beschwerdeführer nicht in der Lage, einer Arbeitstätigkeit mit einem Pensum von mehr als 50 % nachzugehen. Dabei erschliesse sich jedoch nicht, auf welche objektiven, von ihm eingeschätzten Befunde sich diese 50%ige Arbeitsfähigkeit beziehe, zumal daneben keine Einschränkungen in der Alltagsgestaltung bestünden. Der Beschwerdeführer habe derzeit keine ausreichenden persönlichen Ressourcen, den psychosomatischen Anteilen der Schmerzsymptome angemessen begegnen zu können, nicht zuletzt aufgrund einer festen

Grundüberzeugung einer alleinigen organischen Ursache seiner Beschwerden.

Er sei aus psychiatrischer Sicht in der Lage, seiner zuletzt und aktuell ausgeübten Tätigkeit mit einem Pensum von acht Stunden am Tag an fünf Tagen in der Woche nachzugehen, wobei allerdings eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20 % bestehe. Diese Einschätzung ergebe sich aus dem Umstand einer verminderten psychischen Gesamtbelastbarkeit mit einer hohen Grundüberzeugung, nicht mit einem höheren Arbeitspensum als 50 % arbeiten zu können, wobei auch deutliche selbstlimitierende Tendenzen in diese Überlegung miteinzubeziehen seien. Er sei mithin in der angestammten Tätigkeit seit mindestens der Erstellung des B. ___-Gutachtens im Januar 2020 zu 80 % arbeitsfähig. Bei dieser Arbeitsfähigkeit von 80 % in der aktuell ausgeübten Tätigkeit, welche von wenig anstrengenden körperlichen Aufgaben geprägt sei, sei keine gesonderte (Verweis-) Tätigkeit zu benennen, in welcher eine höhere Arbeitsfähigkeit zu verzeichnen wäre (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 32 ff.).

Auch diese psychiatrische Beurteilung vermag nicht zu überzeugen: Wie bei jeder geltend gemachten gesundheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit setzt auch bei psychischen Erkrankungen, so auch bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, eine leistungs-, insbesondere rentenbegründende Invalidität eine lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 409; Urteil des Bundesgerichts 8C_415/2021 vom 13. Oktober 2021 E. 4.1). Der (medizinische) Sachverständige soll die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung so begründen, dass der Rechtsanwender nachvollziehen kann, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Namentlich verlangt die entsprechende Diagnose als «vorherrschende Beschwerde» ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz und setzt per definitionem Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen voraus (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_747/2016 vom 21. März 2017 E. 2.2.2). Merkmal einer somatoformen Schmerzstörung ist, dass sie in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auftritt, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 299 mit Hinweisen; siehe hierzu auch <https://www.icd-code.de/icd/code/F45.40.html>, letztmals besucht am 25. Juli 2024). Emotionale Konflikte sind beim Beschwerdeführer weder ersichtlich noch zeigt Dr. med. P. ___ solche in seiner Diagnoseherleitung hinreichend auf. Darüber hinaus fehlt es auch an einem prägenden Ereignis «traumatisierenden Ausmasses» in der Vergangenheit und berichtete der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung von einem harmonischen Verhältnis innerhalb seiner Primärfamilie (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 30) sowie einem intakten und guten psychosozialen Umfeld mit einer harmonischen Ehe und zahlreichen sozialen Kontakten (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 31). Allein das Vorliegen «zahlreicher und teilweise diffuser körperlicher Beschwerden», für welche keine hinreichend erklärbaren organischen Befunde hätten erhoben werden können (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 33), sowie einer Selbstlimitierung des Beschwerdeführers (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 34) vermögen demgegenüber für sich allein noch nicht ohne weiteres eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu begründen. Dr. med. P. ___ hielt überdies selber ausdrücklich fest, dass beim Beschwerdeführer neben seinem 50%igen Arbeitspensum keine Beeinträchtigungen in der Alltagsgestaltung vorlägen (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 34). Fehlt es aber daran, sind die klassifikatorischen Voraussetzungen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gegeben.

Erschwerend kommt hinzu, dass Dr. med. P.____ die psychisch bedingte Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit im Umfang von 20 % sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht etwa mit den psychosomatischen Anteilen der Schmerzen begründete, sondern (sehr unspezifisch) mit einer verminderten psychischen Gesamtbelastbarkeit sowie einer hohen Krankheitsüberzeugung und Selbstlimitierung des Beschwerdeführers (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 34 f.). Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des C.____ wurde dann allerdings die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 40 % «rein durch die objektivierbaren Befunde am Bewegungsapparat» erklärt, diejenige von 20 % in einer dem somatischen Leiden adaptierten Verweistätigkeit einzig «durch einen erhöhten Pausenbedarf bei chronischer Schmerzproblematik» (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 9). Zwar besteht häufig kein Anlass, unter verschiedenen medizinischen Titeln ausgewiesene Teilarbeitsunfähigkeiten zu kumulieren, da der Umfang der grössten Teileinschränkung auch die weiteren Entlastungserfordernisse abdeckt. Die Frage, ob sich die einzelnen, aus mehreren Behinderungen resultierenden Einschränkungsgrade summieren und wenn ja, in welchem Masse, betrifft eine spezifisch medizinische Problematik und Einschätzung, von welcher das Gericht grundsätzlich nicht abrückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_517/2023 vom 13. Juni 2024 E. 5.2 mit Hinweisen). Vorliegend ergeben sich jedoch aus der Konsensbeurteilung keinerlei Hinweise dafür, dass die psychisch bedingte Leistungs- und Arbeitsunfähigkeit gesamtmedizinisch bereits in irgendeiner Form (mit-) abgebildet würde, und auch RAD-Ärztin Dr. med. L.____ äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 28. Oktober 2022 nicht weiter zu diesem Umstand (vgl. IV-Nr. 79 S. 2 f.).

8.3

8.3.1 Zusammenfassend erweisen sich somit die internistischen, neurologischen und rheumatologischen Teilgutachten der B.____ sowie des C.____ als beweismässig. Im Rahmen der Konsensbeurteilung der B.____ wurden die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten (100 %), als auch in der aktuellen teilangepassten Tätigkeit (40 %) als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit (20 %) jeweils als «organläsionell» bedingt bezeichnet und für die Festlegung der Gesamtarbeitsunfähigkeit ausdrücklich die rheumatologische Beurteilung als «führend» bezeichnet (vgl. IV-Nr. 33.2 S. 4 f.; E. II. 7.1 hiervor). Es kann demnach (zumindest) in somatischer Hinsicht mit der zusätzlichen qualitativen Einschränkung aufgrund des Diabetes mellitus (vgl. IV-Nr. 33.2 S. 4; 33.3 S. 40; E. II. 7.1 und E. II. 8.1.2 hiervor) auf das Belastungsprofil sowie die Arbeitsunfähigkeiten gemäss der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des B.____ bzw. gemäss dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. J.____ abgestellt werden (vgl. IV-Nr. 33.2 S. 4 f.; 33.4 S. 31 f.; E. II. 7.1 sowie E. II. 8.1.4 hiervor). Im Rahmen der Konsensbeurteilung der C.____ wurde bisher sowohl in der (teilweise bereits angepassten) angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit nur die somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit (40 % angestammt sowie 20 % angepasst) eindeutig ausgewiesen (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 9; E. II. 7.2 hiervor), wobei unklar ist, ob die im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. P.____ in psychiatrischer Hinsicht bescheinigte Teilarbeitsunfähigkeit von 20 % bisher unbeachtet blieb oder in der somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit mit aufgeht bzw. sich mit dieser überlagert und falls ja, weshalb (vgl. E. II. 8.2.4 in fine hiervor). Es kann mithin (zumindest) in somatischer Hinsicht ebenfalls auf die Arbeitsunfähigkeiten und das Zumutbarkeitsprofil gemäss der interdisziplinären Gesamtbeurteilung der C.____ bzw. gemäss dem rheumatologischen Teilgutachten von

Dr. med. N.____ abgestellt werden (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 9; 76.1 S. 48 f.; E. II. 7.2 sowie E. II. 8.2.2 hiervor).

Somit ergibt sich in somatischer Hinsicht seit November 2018 in der (teilweise bereits angepassten) angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 % und in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit (körperlich leicht mit Gewichtslimite von max. 7.5 kg, wechselbelastend, ohne Arbeiten in gebückter Haltung oder Überkopf, ohne Belastung der Hände und ohne besondere Anforderungen an deren Feinmotorik, ohne Absturzgefahr oder Fremdgefährdung) eine Arbeitsfähigkeit von 80 %.

8.3.2 Dagegen ist die Diagnosestellung und Beurteilung der (psychiatrisch bedingten) Arbeitsfähigkeit gemäss den beiden psychiatrischen Teilgutachten der B.____ sowie des C.____ vorliegend nicht verwertbar (vgl. E. II. 8.1.5 sowie E. II. 8.2.4 hiervor). Auf das grundsätzlich nachvollziehbare neuropsychologische Teilgutachten der B.____ (vgl. E. II. 8.1.3 hiervor) kann schliesslich insofern (noch) nicht abgestellt werden, als es bisher psychiatrisch noch nicht (mit-) beurteilt worden ist.

In diesem Zusammenhang ist auch noch Folgendes zu berücksichtigen: Der Beschwerdeführer befindet sich nun seit dem 4. Januar 2023 ■ wie sowohl von Dr. med. K.____ als auch von Dr. med. P.____ befürwortet (vgl. IV-Nr. 33.3 S. 34; 76.1 S. 35) ■ erstmals in psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. D.____. Diese diagnostizierte bei ihm in ihrem Bericht vom 2. März 2023 eine rezidivierende depressive Störung mit Somatisierung und intermittierenden präsuizidalen Phasen gemischt (ICD-10 F32.1). Dabei umschrieb sie das aktuelle Beschwerdebild als das einer mittelgradigen (depressiven) psychischen Beeinträchtigung bei Verdacht auf komorbide psychische Störungen und erachtete den Beschwerdeführer als gegenwärtig zu 50 % arbeitsunfähig (vgl. IV-Nr. 89 S. 7 ff.). Zwar kann auf diese Einschätzung ebenfalls nicht abgestellt werden, bewertete Dr. med. D.____ ihre Diagnosestellung doch ■ wie auch RAD-Ärztin med. pract. Q.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, zu Recht darauf hinweist (vgl. IV-Nr. 92 S. 1 f.) ■ selber als «Anfangshypothese», da der Beurteilungszeitraum für eine klare diagnostische Einordnung zu kurz sei (vgl. IV-Nr. 89 S. 7 f.), und sind ihre Ausführungen ■ da sehr allgemein gehalten und (zu) wenig auf die konkrete Situation des Beschwerdeführers bezogen ■ nur beschränkt nachvollziehbar. Dessen ungeachtet steht zumindest gemäss der behandelnden Psychiaterin (erneut) die mögliche Diagnose einer depressiven Erkrankung im Raum, welche Dr. med. K.____ im Rahmen seiner (damaligen) Begutachtung ■ wenn auch in einer lediglich leichten Form (Dysthymia) ■ bejaht (vgl. E. II. 8.1.5 hiervor), Dr. med. P.____ jedoch verneint hatte (vgl. E. II. 8.2.4 hiervor). Auch gestützt darauf erscheint eine erneute psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers als angezeigt.

8.4 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die gutachterliche Einschätzung des C.____, wonach seine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bloss um 20 % eingeschränkt sei, stehe im deutlichen und nicht diskutierten Widerspruch zu den während den beruflichen Abklärungen der Beschwerdegegnerin gewonnenen Erkenntnissen (vgl. A.S. 22 f.), gilt es Folgendes festzuhalten:

8.4.1 Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache den ärztlichen Fachkräften. Allerdings darf den Ergebnissen leistungsorientierter beruflicher Abklärungen nicht jegliche Aussagekraft für die

Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abgesprochen werden. Es wäre aber auch nicht sachgemäss, allein auf diese Evaluationen abzustellen, weil sie in der Regel auf berufspraktischen Beobachtungen beruhen, die in erster Linie die dabei erhobene, subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben. Steht indessen eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist die Einholung einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (Urteile des Bundesgerichts 8C_606/2023 vom 24. April 2024 E. 4.2.1, 8C_217/2023 vom 1. September 2023 E. 4.1.1 je mit Hinweisen).

8.4.2 Die Beschwerdegegnerin erteilte dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 14. September 2021 Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining vom 13. September 2021 bis am 31. Dezember 2021 im R.____, [...]. Vorgesehen war eine Tätigkeit im technischen Bereich mit Fahrdiensten sowie kleineren Unterhalts- und Reparaturarbeiten. Als Ziel formuliert wurde eine Pensumsteigerung um 30 % neben der weiterhin mit einem Pensum von 50 % beim bisherigen Arbeitgeber S.____, [...], ausgeübten Tätigkeit. Als Einstieg wurde ein Arbeitspensum von 20 % vereinbart (vgl. IV-Nr. 53 S. 1 f., 54 S. 1 f.). Dem Abschlussbericht der Eingliederungsstelle der Beschwerdegegnerin vom 17. November 2021 ist zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer die Arbeit im Altersheim grosse Freude bereitet habe und sein Arbeitgeber mit ihm sehr zufrieden gewesen sei. Er sei sehr motiviert gewesen und habe über ein enormes Fachwissen verfügt. Anfangs Oktober 2021 habe sich dann jedoch sein Gesundheitszustand verschlechtert. Er sei kurz 100 % arbeitsunfähig gewesen und habe anschliessend nochmals kurz versucht, zu arbeiten. Die Beschwerden hätten erneut zugenommen und er sei dann ab dem 18. Oktober 2021 (recte: 25. Oktober 2021; vgl. IV-Nr. 55 S. 2) zu 50 % krankgeschrieben worden. Der Arbeit bei seinem bisherigen Arbeitgeber könne er wieder zu 50 % nachgehen. Aufgrund der gesundheitlichen Situation sei die Eingliederungsmassnahme abgebrochen worden. Nach Aussage des Beschwerdeführers habe ihm die Arbeit im Pflegeheim Freude bereitet, doch lasse seine Gesundheit kein Arbeitspensum von mehr als 50 % zu. Die Eingliederungsstelle der Beschwerdegegnerin kam daraufhin zum Schluss, dass die Vermittelbarkeit nach praktischer Abklärung im 1. Arbeitsmarkt mit einem Pensum von 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit gegeben sei. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich deutlich verschlechtert durch die Mehrbelastung aufgrund einer Pensumsteigerung auf 70 % (bisheriger Arbeitsplatz: 50 %, Arbeitsversuch: 20 %; vgl. IV-Nr. 57 S. 1 f.; siehe auch IV-Nr. 56 S. 1 ff.).

8.4.3 Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hinweist (vgl. A.S. 2; IV-Nr. 93 S. 2), hatten die C.____-Gutachter Kenntnis vom letztlich gescheiterten Belastbarkeitstraining des Beschwerdeführers (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 8, S. 16, S. 24, S. 30, S. 40 f.). Der Arbeitsversuch umfasste ein Pensum von lediglich 20 % und wurde parallel zur vom Beschwerdeführer mit einem Pensum von 50 % bei seinem bisherigen Arbeitgeber ausgeübten Tätigkeit durchgeführt. Letztere entsprach lediglich teilweise einer seinem (somatischen) Leiden angepassten Tätigkeit. So musste er zwischenzeitlich offenbar zwar keine oder zumindest keine schweren Lasten mehr heben und tragen, aber dennoch weiterhin handbelastende und mutmasslich mehrheitlich stehende Verrichtungen ausführen (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 39; 33.3

S. 11 f.; 33.4 S. 17, S. 31). Darüber hinaus bestand die Tätigkeit im Rahmen des Arbeitsversuchs hauptsächlich aus Transportfahrten mit einem Minibus, welche jeweils in sitzender Position zu verrichten waren (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 30), und erfüllte demnach das (dem rheumatologischen Leiden entsprechende) Anforderungsprofil (vgl. E. II. 8.3.1 hiervor) ebenfalls nicht optimal. Es lassen sich mithin daraus keine verlässlichen Rückschlüsse auf das tatsächliche Leistungsvermögen des Beschwerdeführers ziehen. Dass die Eingliederungsstelle nach dem vorzeitigen Abbruch des Arbeitsversuchs davon ausging, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit lediglich in einem Pensum von 50 % vermittelbar sei, war wohl hauptsächlich dem Umstand geschuldet, dass er an seiner bisherigen Arbeitsstelle ja weiterhin in diesem (von ihm frei gewählten) Arbeitspensum tätig war. Es gilt zu beachten, dass die Erkenntnisse der Eingliederungsfachpersonen in der Regel (so auch hier) nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen beruhen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben (vgl. E. II. 8.4.1 hiervor). Es kann demnach aus der gescheiterten Eingliederungsmassnahme nicht ohne weiteres der Schluss gezogen werden, der Beschwerdeführer sei in einer Verweistätigkeit lediglich zu 50 % arbeitsfähig. Grundsätzliche Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung einer somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 20 % in einer Verweistätigkeit werden damit nicht geweckt.

Den Feststellungen der Eingliederungsfachleute ist aber auch zu entnehmen, dass die letztlich gescheiterten Eingliederungsbemühungen (erneut) mitunter auf die (starre) Überzeugung des Beschwerdeführers zurückzuführen sein dürften, nicht in der Lage zu sein, unabhängig von der Art der Tätigkeit mehr als 50 % zu arbeiten (vgl. in diesem Sinne auch bereits Abschlussbericht der Eingliederungsstelle der Beschwerdegegnerin vom 4. Juni 2019 [IV-Nr. 13 S. 1 f.]). Diese subjektive Krankheitsüberzeugung und Selbstlimitierung korreliert mit den objektivierten pathologischen Befunden weder aus rheumatologischer noch aus neurologischer oder internistischer Sicht und stellt für sich allein noch nicht ohne weiteres ein (invalidisierender) psychiatrischer Gesundheitsschaden dar. Angesichts der nicht beweiswertigen psychiatrischen Teilgutachten des B. ___ und der C. ___ lässt sich jedoch gegenwärtig auch nicht abschliessend beurteilen, ob die berufliche Massnahme nicht zumindest aufgrund einer psychischen Erkrankung des Beschwerdeführers vorzeitig abgebrochen werden musste. Dieser Umstand wird im Rahmen der erneuten psychiatrischen Begutachtung (mit) zu prüfen sein.

E. 4

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

E. 5

5.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den

rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1 mit Hinweisen). 5.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126 f., 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S.353).

E. 6

Der Beschwerdeführer macht vorab eine Verletzung seines Anspruchs auf rechtliches Gehör geltend. So habe die Beschwerdegegnerin beim RAD eine versicherungsinterne Stellungnahme vom 20. Juni 2023 eingeholt, welche sich erstmals überhaupt zu von ihm

neu eingereichten Beweismitteln, insbesondere dem Bericht seiner behandelnden Psychiaterin vom 2. März 2023, geäußert habe. Die Beschwerdegegnerin habe alsdann auf diese Aktenbeurteilung abgestellt, diese ihm aber erst mit der angefochtenen Verfügung zur Kenntnis gebracht, so dass er keine Gelegenheit zur Stellungnahme vor Verfügungserlass gehabt habe (vgl. A.S. 18 ff.).

E. 6.1

6.1.1 Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung; andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, der in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 370 f. mit Hinweisen). Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst mithin als zentralen Teilgehalt das Recht auf Akteneinsicht. Eine notwendige Bedingung für dessen Wahrnehmung sowie für die Ausübung des damit in engem Zusammenhang stehenden Rechts auf Äusserung besteht darin, dass die Behörde die Parteien davon in Kenntnis setzt, wenn sie dem Dossier neue Akten beifügt, die für die Entscheidfindung wesentlich sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_1030/2010 vom 29. April 2011 E. 2.2, mit Hinweisen).

6.1.2 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheids veranlasst wird oder nicht. Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus – im Sinne einer Heilung des Mangels – selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 136 V 117 E. 4.2.2.2 S. 126 f., 132 V 387 E. 5.1 S. 390; Urteil des Bundesgerichts 9C_555/2020 vom 3. März 2021 E. 4.4.1 mit Hinweisen).

E. 6.2

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte mit seiner Einwandergänzung vom 3. März 2023 bei der Beschwerdegegnerin einen Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Praktische Ärztin, [...], vom 2. März 2023 sowie einen Bericht der behandelnden Rheumatologin Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, [...], vom 23. Februar 2023 ein und machte insbesondere eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der Begutachtung durch das C.____ geltend (vgl. IV-Nr. 89 S. 1 ff.). Aufgrund der Akten ist davon auszugehen, dass der

Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin über das nachträgliche Einholen einer Stellungnahme bei ihrem RAD zu den von ihm neu eingereichten medizinischen Berichten (vgl. Aktennotizen vom 20. Juni 2023; IV-Nr. 91 f.) vorgängig nicht informiert worden war und er diese erst mit Zustellung der angefochtenen Verfügung einsehen konnte (vgl. IV-Nr. 93; A.S. 1 ff.). Er hatte demnach zuvor keine Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen. Die Beschwerdegegnerin erklärte die beiden Stellungnahmen des RAD vom 20. Juni 2023 zum «integrierenden Bestandteil» ihrer Verfügung vom 12. September 2023 und verneinte gestützt darauf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der Begutachtung durch das C.____ (vgl. IV-Nr. 93 S. 3; A.S. 3). Bei den beiden Aktennotizen des RAD vom 20. Juni 2023 handelte es sich indessen nicht um eine eigenständige fachmedizinische Einschätzung, sondern lediglich um eine versicherungsinterne Würdigung der vom Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens neu eingereichten medizinischen Unterlagen. Das rechtliche Gehör ist grundsätzlich nur dann zu gewähren, wenn die versicherungsinternen Beurteilungen eine neue medizinische Erkenntnis enthalten oder darin neue Befunde erhoben werden, welche den Akten bisher nicht entnommen werden können (vgl. hierzu auch Urteil des Bundesgerichts 8C_501/2012 vom 24. Juli 2012 E. 4.2). Zugleich nahm der RAD darin aber auch zumindest im Ergebnis erstmals zur Frage einer allfälligen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers Stellung. Ob in diesem Vorgehen insgesamt eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör zu erblicken ist, braucht vorliegend jedoch nicht abschliessend beurteilt zu werden, ist doch die Angelegenheit ohnehin aus materiellen Gründen zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. E. II. 9. nachfolgend). Damit kann auch offenbleiben, ob – so die Beschwerdegegnerin (vgl. A.S. 34) – eine allfällige Gehörsverletzung im Beschwerdeverfahren einer Heilung zugänglich wäre.

E. 7.1

Die B.____ erstattete im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 12. Juni 2020 ein polydisziplinäres Gutachten (Fachrichtungen: Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie sowie Neuropsychologie ; IV-Nr. 33.1 ff.). Dem Gutachten sind folgende Diagnosen zu entnehmen (vgl. IV-Nr. 33.2 S. 2 f.): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom - intermittierende Schmerzausstrahlung ins rechte Bein, am ehesten facetogen bedingt - klinisch ossär schmerzhaft eingeschränkte Seitneigung der LWS in beiden Richtungen - bildgebend Bandscheibenbulgings und Facettengelenksarthrosen L4-S1 beidseits, leichte neuroforaminale Enge L4/5 aktuell nur links, unauffällige BWS (MRI 24.01.2020) - klinisch-neurologisch kein Hinweis auf sensibles oder motorisches radikuläres Ausfallsyndrom 2. Chronisch-rezidivierendes cervikovertebrales Schmerzsyndrom - klinisch freie HWS-Beweglichkeiten, deutliche Schultergürtelmuskelverspannungen beidseits - bildgebend tiefcervikale Unkovertebralarthrosen (MRI 03.08.2018), zentrales Bandscheibenbulging C6/7 mit leichter neuroforaminaler Enge beidseits (MRI 24.01.2020) 3. Fingerpolyarthrosen vor allem der DIP-Gelenke rechts mehr als links und der MCP-Gelenke II und III beidseits, beginnende Radiokarpalarthrose rechts möglich - klinisch leichtes Faustschlussdefizit rechts - konventionell-radiologisch beginnende Arthrosen von MCP II und III beidseits (Röntgen 15.01.2020), MR-tomographisch Knorpelläsion am Lunatum radiallyseitig rechts (MRI rechts 03.09.2019) 4. Dysthymia 5. Diabetes mellitus Typ 2 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Epikondylopathia humeri radialis am rechten

Ellenbogen 2. Verkürzte dorsale Oberschenkelmuskulatur beidseits 3. Anamnestisch mögliche distal-symmetrische sensible Polyneuropathie 4. Minimale bis leichte neuropsychologische Störung Im Rahmen ihrer interdisziplinären Beurteilung hielten die B. ___-Gutachter fest, es fänden sich beim Beschwerdeführer mässige bis mittelgradige degenerative Veränderungen am Bewegungsapparat, einerseits bildgebend deutlich vor allem an der rechten Hand, andererseits – in etwas geringerer Ausprägung – am Achsenskelett. Aktuell lägen klinisch-neurologisch keine Hinweise auf ein sensibles oder motorisches radikuläres Ausfallsyndrom vor. Das Gesamtbild der Beschwerden des Bewegungsapparates imponiere als eher regionäre Schmerzproblematik aufgrund degenerativer Veränderungen am Achsenskelett und an den Händen. Es sei eher nicht von einer generalisierten Schmerzsymptomatik auszugehen, sondern die festzustellenden klinischen Befundauffälligkeiten am Bewegungsapparat seien dem achsenskelettären regionären cervikalen und lumbalen Schmerzsyndrom zuzuordnen. Die vom Beschwerdeführer geklagten Gefühlsstörungen an den Beinen und Händen könnten auf eine mögliche sensible Polyneuropathie, wahrscheinlich im Rahmen des Diabetes mellitus, zurückgeführt werden, hätten aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. In der neuropsychologischen Testung hätten sich minimale bis leichte neuropsychologische Störungen gezeigt, welche am ehesten im Rahmen der Schmerzen zu sehen seien. Auch der Diabetes und die in psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte Dysthymie könnten einen Einfluss auf die kognitiven Fähigkeiten haben. Einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten diese kognitiven Störungen indessen nicht. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Dysthymie, eine depressive Episode und eine somatoforme Schmerzstörung könnten nicht diagnostiziert werden. Wenn der Beschwerdeführer meine, der Schmerz sei so stark, dass er nur mit einem Pensum von 50 % arbeiten könne, sei das nicht gleichbedeutend mit einer somatoformen Komponente. Es sei vielmehr eine zu hohe Krankheitsüberzeugung und eine Fehleinschätzung der eigenen Funktionsfähigkeit die Ursache. Es sei auch sicherlich so, dass das starre Krankheitskonzept sowie die fehlende Bereitschaft, Schmerz zu akzeptieren und mit diesem zu arbeiten, beeinflussend auf die Funktionsfähigkeit des Beschwerdeführers seien. Die Dysthymie erkläre zumindest teilweise die Müdigkeit, aber auch der nicht gut eingestellte Diabetes, die Schmerzen und schliesslich auch das Alter könnten diese erklären (vgl. IV-Nr. 33.2 S. 1 f.). Insgesamt sei dem Beschwerdeführer seine bisherige körperlich äusserst belastende Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter an einer Giessmaschine wegen den muskuloskelettalen degenerativen Veränderungen seit Beginn der entsprechenden Krankenschreibungen nicht mehr möglich, wobei eine im Jahre 2018 erfolgte Teilarbeitsfähigkeitsschreibung als für damals plausibel erscheine. Eine Wiederaufnahme der bisherigen, derart belastenden Tätigkeit sei nachvollziehbarerweise bleibend nicht mehr möglich. Unter der Annahme, dass die aktuell halbtags mit einem Pensum von 50 % ausgeübte, bereits etwas angepasste bisherige Tätigkeit ausschliesslich stehend, allenfalls repetitiv gebückt sei, aber kein gehäuftes Hantieren von Lasten mehr als 10 kg beinhalte, sei in dieser Tätigkeit ein etwa 60%iges Arbeitsvolumen aus gesamtmedizinischer Sicht möglich. Die Reduktion gegenüber einer vollzeitigen Tätigkeit begründe sich mit einer vermutlich ausschliesslich stehenden und wiederholt auch gebückte Tätigkeitsanteile beinhaltenden Arbeit mit entsprechend achsenskelettärer Belastung und mit einem wohl repetitiven Handeinsatz mit greifenden Bewegungen. Eine derartige Tätigkeit sei nicht vollschichtig möglich, da sie zu einer Überbelastung führen würde. In einem zeitlich reduzierten Rahmen mit genügend Pausen und Erholungsphasen sei diese jedoch möglich. Die Einschränkungen seien organläsionell bedingt und unabhängig von der

beim Beschwerdeführer vorliegenden subjektiven Krankheits- und Invalidisierungsüberzeugung. In einer seinem Leiden angepassten Tätigkeit (körperlich leicht ohne ausschliessliches Gehen und Stehen, ohne gebückte oder Überkopf zu verrichtende Tätigkeitsanteile, ohne repetitiv greifende Bewegungen und ohne handbelastende Tätigkeitsanteile, ohne besondere Anforderungen an die Feinmotorik der Hände und ohne Hantieren mit Lasten mehr als 5-7 kg, ohne Absturzgefahr oder Fremdgefährdung) bestehe beim Beschwerdeführer aus gesamtmedizinischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, wobei die Reduktion gegenüber einem Vollpensum zu begründen sei mit einer chronischen organläsionell begründbaren Schmerzsymptomatik im Bereich des Bewegungsapparates mit notwendiger vermehrter Erholungszeit sowie mit einer gewissen Leistungsverlangsamung, die aber nicht separat additiv beziffert werden könne. Diese Einschätzung gelte ab dem Zeitpunkt der Krankenschreibungen in der bisherigen Tätigkeit, wobei die rheumatologische Beurteilung führend sei (vgl. IV-Nr. 33.2 S. 4 f.).

7.2 Die Beschwerdegegnerin liess in der Folge auf Empfehlung des RAD (vgl. IV-Nr. 64 S. 2) bei der C.____ ein Verlaufsgutachten in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Rheumatologie erstellen (C.____-Gutachten vom 8. Oktober 2022; IV-Nr. 76.1 ff.). Die C.____-Gutachter stellten folgende Diagnosen (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 7 f.): Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Fingergelenkspolyarthrosen (PIP- und DIP-Gelenke), betont Dig IV und V rechts mehr als links (ICD-10 M15.9) - klinisch funktionelles Defizit für den kleinen und grossen Faustschluss rechts 2. Chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.8) - leichte Wirbelsäulenfehlstatik bei abgeflachter mittlerer BWS - segmental freie Bewegungsfähigkeit der BWS und LWS bei unauffälligem neurologischen Status - radiomorphologisch im MRT BWS und LWS von 01/2020 diskrete Bandscheibenvorwölbungen median sowie leichte Facettengelenksarthrosen zwischen L4-S1 - ohne radikuläre Beteiligung 3. Chronisches cervicovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0) - klinisch freie HWS-Bewegungsfähigkeit mit nur leicht ausgeprägten reaktiven Myogelosen im Nacken-Schultergürtel - radiomorphologisch im MRT HWS von 01/2020 einzig leichtes Bandscheibenbulging zwischen HWK6/7 - klinisch keine Hinweise für cervicoradikuläre Ausfälle 4. Chronische Epicondylopathia humeri radialis rechts (ICD-10 M77.1) 5. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Schmerzgeneralisierungs- resp. -ausweitungstendenz (ICD-10 R52.9) Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Nicht-stenosierende koronare Herzkrankheit (ICD-10 I25) - keine Stenosierung über 30 % im Koronar-CT vom 24.09.19 - kardiovaskuläre Risikofaktoren - Dyslipidämie, medikamentös behandelt (ICD-10 E78.2) - Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10 E11.9) - Medikamentös behandelt - Diabetische Polyneuropathie (ICD-10 G62.8) - Fortgesetzter Nikotinkonsum (ICD-10 F17.1) In ihrer medizinischen Gesamtbeurteilung führten die C.____-Gutachter aus, hinsichtlich des Einflusses auf die Arbeitsfähigkeit stünden die objektivierbaren Befunde von Seiten des Bewegungsapparates und etwas weniger die anhaltende somatoforme Schmerzstörung, welche für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Befunde und den objektivierbaren Befunden verantwortlich sei, im Vordergrund. Aus somatischer Sicht objektivierbar seien Fingergelenkspolyarthrosen der PIP- und DIP-Gelenke, eine leichte Wirbelsäulenfehlstatik bei abgeflachter mittlerer BWS und radiomorphologisch im MRT der BWS und LWS von Januar 2020 beschriebenen diskreten Bandscheibenvorwölbungen median, leichte Facettengelenksarthrosen zwischen L4 bis S1 sowie ein radiomorphologisch im MRT HWS von Januar 2020 nachgewiesenes leichtes Bandscheibenbulging zwischen HWK6/7. Zudem

liege klinisch eine chronische Epicondylopathia humeri radialis rechts vor. Weder aus allgemeininternistischer noch neurologischer Sicht könnten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht sei davon auszugehen, dass sich das Störungsbild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Gefolge einer rheumatologischen Grunderkrankung (degenerative Veränderung) im Sinne einer zunehmenden Schmerzausweitung entwickelt habe (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 7). Insgesamt sei die dem Beschwerdeführer aktuell attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit schon rein durch die objektivierbaren Befunde am Bewegungsapparat erklärt. Die leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer dem somatischen Leiden adaptierten Verweistätigkeit sei durch einen erhöhten Pausenbedarf bei chronischer Schmerzproblematik begründet. Der Beschwerdeführer könne in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit 5-6 Stunden pro Tag anwesend sein, wobei idealerweise die Möglichkeit des Einschaltens von regelmässigen Pausen über den Tag verteilt bestehe. Bezogen auf ein 100%-Pensum sei er seit November 2018 in der angestammten Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig bzw. zu 40 % arbeitsunfähig. In einer leidensangepassten Tätigkeit (falls manuell dann eher leicht und wechselbelastend, mit Lasten bis maximal 7.5 kg Tragegewicht, idealerweise an einem ergonomisch gut eingestellten Arbeitsplatz mit der Möglichkeit, die Arbeitsposition regelmässig selbständig zu wechseln) sei eine tägliche Präsenzzeit von maximal 7-8 Stunden möglich, wobei eine leicht reduzierte Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs bestehe. Bezogen auf ein 100%-Pensum bestehe in einer solchen Verweistätigkeit ebenfalls seit November 2018 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bzw. eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe sich somit gegenüber der Situation gemäss B.____-Gutachten vom 19. Juni 2020 resp. der B.____-Untersuchung vom 21. Januar 2020 nicht erheblich verändert (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 9 f.).

E. 8

Vorliegend liegen somit zwei polydisziplinäre Gutachten vor: Einerseits das polydisziplinäre Gutachten der B.____ vom 12. Juni 2020 (Fachrichtungen: Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie sowie Neuropsychologie; vgl. E. II. 7.1 hiervor) und andererseits das polydisziplinäre (Verlaufs-) Gutachten der C.____ vom 8. Oktober 2022 (Fachrichtungen: Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Rheumatologie; vgl. E. II. 7.2 hiervor). Nachfolgend ist der Beweiswert beider Gutachten zu prüfen. Vorweg ist festzuhalten, dass sowohl das B.____-Gutachten vom 12. Juni 2020 als auch das C.____-Gutachten vom 8. Oktober 2022 grundsätzlich den rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht werden. So stammen sie von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Anamnese erhoben sowie die Vorakten studiert haben (vgl. E. II. 5.2 hiervor). 8.1 In einem ersten Schritt ist der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der B.____ vom 12. Juni 2020 zu prüfen. 8.1.1 Im neurologischen Teilgutachten hielten Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, sowie Dr. med. G.____, ebenfalls Facharzt für Neurologie, fest, es lägen ein chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule sowie anamnestisch nächtliche Parästhesien der Fusssohlen bei möglicher distal-symmetrischer sensibler Polyneuropathie vor. Die seit drei Jahren bestehende, chronifizierte Thorakolumbalgie stehe bei der Beschwerdeschilderung im Vordergrund. Klinisch-neurologisch liessen sich aktuell keine radikulären Ausfälle feststellen, insbesondere sei die Kraft der unteren Extremitäten erhalten. Hinsichtlich der ulnarbetonten rechtsseitigen Unterarm-, Hand- und Fingerschmerzen ergäben sich aus der klinischen

Untersuchung und der bisherigen elektrophysiologischen sowie bildgebenden Abklärung keine Hinweise auf eine neurologische (Nervus Ulnaris oder radikuläre) Pathologie; die Beschwerden seien ihres Erachtens muskuloskelettaler Genese. Hinsichtlich der (erst auf Nachfrage) berichteten nächtlichen Parästhesien der Fußsohlen ergäben sich aus der klinischen Untersuchung allenfalls diskrete Zeichen einer etwaigen distal-symmetrischen, sensiblen Polyneuropathie. Als mögliche Ursache davon käme der bekannte Diabetes mellitus in Betracht, bei fehlenden autonomen Zeichen sei eine solche Neuropathie aus ihrer Sicht jedoch unwahrscheinlich. In der Untersuchungssituation hätten sich Diskrepanzen zwischen den objektivierbaren Befunden und der beklagten Symptomatik sowie eine Inkonstanz einzelner Befunde ergeben wie bspw. des Lasègue-Zeichens, eines generalisierten «giving-way» ohne bei Spontanbewegungen beobachtbaren Einschränkungen sowie eines Schonhinkens ohne Korrelat in der Einzelkraftprüfung. Insgesamt sei dies als Verdeutlichungstendenz in der Untersuchungssituation zu werten. Der Beschwerdeführer sei in neurologischer Hinsicht bei einer allenfalls diskreten distal-symmetrischen sensorischen Polyneuropathie ohne funktionell relevante Auswirkungen in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit, analog zur aktuellen, seit November 2018 ausgeübten Tätigkeit, zu 100 % arbeitsfähig. Zur Beurteilung allfälliger funktioneller Auswirkungen des thorakolumbalen Schmerzsyndroms sowie allfälliger Einschränkungen beim Heben von Lasten sei auf das rheumatologische Teilgutachten verwiesen (vgl. IV-Nr. 33.3 S. 15 ff.). Diese neurologische Beurteilung und die gutachterlich daraus gezogenen Schlussfolgerungen vermögen zu überzeugen. Es kann somit darauf abgestellt werden.

8.1.2 Im internistischen Teilgutachten stellte Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, als einzige Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einen Diabetes mellitus Typ 2. Gestützt darauf bestehe aus internistischer Sicht aufgrund der Gefahr von Hypoglykämien eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, indem Tätigkeiten mit Absturzgefahr oder Fremdgefährdungspotenzial nicht geeignet seien. Unter Berücksichtigung dieser Bedingungen sei keine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben (vgl. IV-Nr. 33.3 S. 40). Diese Einschätzung ist nachvollziehbar und gibt zu keinen Beanstandungen Anlass.

8.1.3 Lic. phil. I.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, kam in seinem neuropsychologischen Fachbericht nachvollziehbar zum Schluss, dass der Beschwerdeführer – mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – nur an einer minimalen bis leichten neuropsychologischen Störung leide, wahrscheinlich erklärbar im Rahmen des chronischen thorakolumbalen Schmerzsyndroms, möglicherweise aber auch des Diabetes mellitus Typ 2 und einer Dysthymia. Dieser Befund sei konsistent mit den akten- und eigenanamnetischen Angaben zum Verlauf sowie der Alltagsfunktionalität. In beruflicher Hinsicht schätze der Beschwerdeführer sein Leistungsvermögen eher als zu gering ein. Bei einer minimalen bis leichten neuropsychologischen Störung seien nur unter starker Belastung oder durch neuropsychologische Tests leichte Minderleistungen feststellbar. Die Funktionsfähigkeit sei im privaten Alltag nicht eingeschränkt und berufliche Leistungen würden in der Regel praktisch unvermindert vollbracht. Die Person falle in ihrem sozialen Umfeld nicht auf. Bei Aufgaben und Tätigkeiten mit sehr hohen Anforderungen könne die Funktionsfähigkeit jedoch leicht eingeschränkt sein. Aufgrund der neuropsychologischen Befunde (Verhaltensbeobachtungen und Testergebnisse) sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im angestammten Beruf im ersten Arbeitsmarkt uneingeschränkt gegeben. Die minimalen kognitiven Defizite könnten bei einem adäquaten Anforderungsniveau durch eine angepasste Arbeitssituation hinreichend kompensiert

werden (vgl. IV-Nr. 33.4 S. 9 ff.). 8.1.4 Im rheumatologischen Teilgutachten stellte Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, folgende rheumatologische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom, chronisch-rezidivierendes cervikovertebrales Schmerzsyndrom, Fingerpolyarthrosen vor allem der DIP-Gelenke rechts mehr als links und der MCP-Gelenke II und III beidseits, beginnende Radiokarpalarthrose rechts möglich. Als rheumatologische Diagnosen ohne zusätzliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bescheinigte er dem Beschwerdeführer eine Epikondylopathia humeri radialis am rechten Ellenbogen sowie eine verkürzte dorsale Oberschenkelmuskulatur beidseits (vgl. IV-Nr. 33.4 S. 23). Insgesamt fänden sich beim Beschwerdeführer mässige bis mittelgradige degenerative Veränderungen am Bewegungsapparat, einerseits bildgebend deutlich vor allem an der rechten Hand, andererseits – in etwas geringerer Ausprägung – am Achsenskelett. Die achsenskelettäre Bildgebung mache eine Wurzelreizsymptomatik tieflumbal rechts eher unwahrscheinlich, indem sich kein wurzelkomprimierendes Korrelat in der neu durchgeführten Schichtbildgebung der LWS identifizieren lasse. Eine ins Bein ausstrahlende facettogene Schmerzursache sei rechts lumbal aber auch bildmorphologisch denkbar. An der Hand fänden sich konventionell-radiologisch wie MR-tomografisch Korrelate degenerativer Knorpelveränderungen, aber keine Zeichen eines entzündlich-rheumatischen (z.B. Psoriasis-arthritischen) Leidens. Das Gesamtbild der Beschwerden des Bewegungsapparates imponiere als eher regionäre Schmerzproblematik aufgrund degenerativer Veränderungen am Achsenskelett und an den Händen, eine konsequente Einschränkung bezüglich Motilitätsbild, Gehen und komplexeren Bewegungsabläufen wie Schemelsteigen und Aus- und Ankleiden scheine in der aktuellen gutachterlichen Untersuchung nicht vorzuliegen. Es sei eher nicht von einer generalisierten Schmerzsymptomatik auszugehen, sondern die festzustellenden klinischen Befundauffälligkeiten seien eher dem achsenskelettären regionären cervikalen und lumbalen Schmerzsyndrom zuzuordnen. Die Befundaufnahme zeige Korrelate einer fixierten deutlichen Krankheits- und Behinderungsüberzeugung mit teils inadäquat einschliessender Schmerzsignalisation und mit Ausweichbewegungen, welche als Verdeutlichungskorrelat interpretierbar seien (intensive Ausweichbewegungen bei der einfachen Lungenperkussion und bei der Palpation der rechten Hand mit Zurückziehen und Gegeninnervieren). Weiter bestehe ein inkonstantes Lasègue-Manöver rechts mit dazu diskrepant fehlender Wurzelreizsymptomatik unter Ablenkung, ein inkonstantes Entlastungshinken links mit rheumatologisch nicht völlig erklärbaaren Ausweichbewegungen von Oberkörper und Becken, welche im Rückwärtsgang nicht zuverlässig reproduzierbar seien, sowie ein Refusement des Fersengangs und ein langsames zögerliches Schemelsteigen, welche in Diskrepanz stünden zu den fehlenden Einschränkungen beim Aus- und Anziehen (vgl. IV-Nr. 33.4 S. 28 ff.). Eine Arbeitsfähigkeit in der bis vor zwei Jahren ausgeführten, körperlich äusserst belastenden Tätigkeit sei seit Beginn der entsprechenden Krankenschreibungen nicht mehr gegeben, wobei eine wie im Jahre 2018 erfolgte Teilarbeitsfähigkeitsschreibung für damals plausibel erscheine. Unter der Annahme, dass die aktuell halbtags mit einem Pensum von 50 % ausgeübte bereits angepasste Tätigkeit ausschliesslich stehend, allenfalls repetitiv gebückt sei, aber kein gehäuftes Hantieren von Lasten mehr als 10 kg beinhalte, sei bei dieser ein etwa 60%iges Arbeitsvolumen möglich. Die Reduktion gegenüber einer Vollzeittätigkeit begründe sich mit einer vermutlich ausschliesslich stehenden und wiederholt auch gebückte Tätigkeitsanteile beinhaltenden Arbeit mit entsprechend achsenskelettärer Belastung und

mit einem wohl repetitiven Handeinsatz mit greifenden Bewegungen. Eine derartige Tätigkeit sei zwar nicht vollschichtig, in einem zeitlich reduzierten Rahmen mit genügend Pausen und Erholungsphasen jedoch möglich. In einer leidensangepassten Tätigkeit (körperlich leicht, ohne ausschliessliches Gehen und Stehen, ohne gebückte oder Überkopf zu verrichtende Tätigkeitsanteile, ohne repetitiv greifende Bewegungen und ohne handbelastende Tätigkeitsanteile, ohne besondere Anforderungen an die Feinmotorik der Hände und ohne Hantieren mit Lasten mehr als 5-7 kg) sei von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen. Die Reduktion gegenüber einem Vollpensum ergebe sich aus einer gewissen chronischen organläsionell begründbaren Schmerzsymptomatik im Bereich des Bewegungsapparates und mit notwendiger vermehrter Erholungszeit sowie einer gewissen Leistungsverlangsamung, die aber nicht separat beziffert werden könne. Diese Einschätzung gelte ab Zeitpunkt der Krankenschreibungen in der bisherigen Tätigkeit (vgl. IV-Nr. 33.4 S. 31 f.). Diese Ausführungen von Dr. med. J.____ und das von ihm gestützt darauf ermittelte Belastungsprofil samt (verbleibender, ausschliesslich muskuloskelettär bzw. rheumatologisch bedingter) Arbeitsfähigkeit vermögen ohne weiteres zu überzeugen und es kann darauf abgestellt werden. 8.1.5 Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Oto-Rhino-Laryngologie, führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten aus, die Konstellation aus beobachteten und beklagten Symptomen lasse nur die Diagnose einer Dysthymia zu. Darunter seien konstante wiederkehrende Depressionen über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren gemeint, die aber nicht die Kriterien einer depressiven Episode im Sinne von ICD-10 F32 erfüllten. Dabei erfülle der Beschwerdeführer unter den im ICD-10 für die Dysthymia genannten Kriterien das Kriterium A und B und unter dem Kriterium C mehrere (mindestens drei seien gefordert) Symptome. So berichte er über Schlafstörungen und es hätten Konzentrationsschwierigkeiten, Pessimismus und Neigung zum Weinen sowie eine verminderte Gesprächigkeit beobachtet werden können. Die drei Hauptkriterien für eine leichte depressive Episode seien hingegen nicht erfüllt. So sei der Beschwerdeführer nicht durchgehend niedergeschlagen und nicht interessenlos, einzig die gesteigerte Ermüdbarkeit wäre evtl. erfüllt. Damit wäre aber nur eines von drei Hauptkriterien gegeben, womit die Diagnose einer Depression jedweden Schweregrades ausscheide. Auch der klinische Eindruck untermauere, dass der Beschwerdeführer nicht depressiv sei, er wirke eher frustriert, nörgelnd und starr in seinem Konzept, er müsse eine halbe Rente erhalten. Zu diskutieren sei weiter eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Es fänden sich aber organische Gründe, die den Schmerz erklärten. Dass der Beschwerdeführer meine, der Schmerz sei so stark, dass er nur zu 50 % arbeiten könne, sei nicht gleichbedeutend mit einer somatoformen Komponente. Ursache sei hier eine zu hohe Krankheitsüberzeugung und eine zu hohe Fehleinschätzung der eigenen Funktionsfähigkeit. Es sei auch sicherlich so, dass das starre Krankheitskonzept und die fehlende Bereitschaft, Schmerz zu akzeptieren und mit Schmerz zu arbeiten, auf die Funktionsfähigkeit des Beschwerdeführers Einfluss nähmen. Deswegen könne eine psychotherapeutische Intervention, sollte sich der Beschwerdeführer denn darauf einlassen können, durchaus sinnvoll sein. Die Müdigkeit sei multifaktoriell bedingt (Diabetes, Dysthymia, Schlafstörung, Schmerz). Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht in seiner bisherigen Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter in einer Giesserei seit Beginn der Schmerzen zu 20 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, wofür der organisch bedingte Schmerz, der aber psychische Auswirkungen habe wie Schlafstörungen und dadurch bedingte Müdigkeit, Reizbarkeit und Dünnhäutigkeit, eine Rolle spiele. In einer angepassten Tätigkeit mit etwas

verlangsamtem Arbeitstempo und mit einer erhöhten Pausenmöglichkeit sollte eine volle Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht erreicht werden können (vgl. IV-Nr. 33.3 S. 32 f.). Dr. med. K.____ stellte dem Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht – mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – (einzig) die Diagnose einer Dysthymia . Zu deren Herleitung verwies er sehr unspezifisch auf die vom Beschwerdeführer (angeblich) erfüllten Diagnosekriterien A, B und C, ohne diese näher und nachvollziehbar zu erläutern. Die Dysthymia definierte er als konstant wiederkehrende Depressionen «über einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren». Da der Beschwerdeführer indessen erst ab November 2018 eine gesundheitliche Beeinträchtigung mit damit einhergehender Arbeitsunfähigkeit geltend machte (vgl. IV-Nr. 4 S. 2; 12 S. 12; E. II. 2.2 hiervor), die psychiatrische Untersuchung am 21. Januar 2020 stattfand und das (Gesamt-) Gutachten der B.____ am 12. Juni 2020 fertiggestellt wurde, wäre das von Dr. med. K.____ aufgestellte Erfordernis einer wenigstens zwei Jahre andauernden depressiven Verstimmung – welche er im Übrigen auch in der psychiatrischen Befundaufnahme nicht feststellte (vgl. IV-Nr. 33.3 S. 27) – in zeitlicher Hinsicht nicht erfüllt gewesen. Darüber hinaus nahm er in seinem Teilgutachten keine Würdigung der neuropsychologischen Abklärungsergebnisse (vgl. IV-Nr. 33.3 S. 42; 33.4 S. 1 ff.; E. II. 8.1.3 hiervor) vor, obwohl rechtsprechungsgemäss neuropsychologische Abklärungen lediglich eine Zusatzuntersuchung darstellen und es grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen (oder allenfalls des neurologischen) Facharztes bleibt, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_381/2022 vom 27. Dezember 2022 E. 8.2.1 mit Hinweisen). Hinzu kommt schliesslich, dass Dr. med. K.____ den Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht zu 20 % arbeitsunfähig erachtete. Hierfür zeichnete er indessen nicht die von ihm diagnostizierte Dysthymia verantwortlich. Vielmehr sah er den organisch bedingten Schmerz als ursächlich an, welcher psychische Auswirkungen wie Schlafstörungen und damit verbunden Müdigkeit, Reizbarkeit und Dünnhäutigkeit nach sich ziehe, obwohl er das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zuvor verneint hatte und sich in der Untersuchung zwar eine eher leichte Reizbarkeit, nicht aber eine Erschöpfung des Beschwerdeführers beobachten liess (vgl. IV-Nr. 33.3 S. 27). In einer angepassten Tätigkeit «mit etwas verlangsamtem Arbeitstempo mit einer erhöhten Pausenmöglichkeit» sah er den Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht als vollschichtig arbeitsfähig an, wenngleich doch gerade das von ihm aufgestellte Belastungsprofil auf eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht hindeuten würde. Aus all diesen Gründen kann demnach nicht auf das psychiatrische Teilgutachten der B.____ abgestellt werden. Daran vermag auch die Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. med. L.____, Praktische Ärztin und Fachärztin für Arbeitsmedizin, vom 23. Juli 2020 nichts zu ändern, erachtete diese doch das B.____-Gutachten vom 19. Juni 2020 insgesamt als schlüssig und nachvollziehbar, ohne jedoch eine vertiefte Prüfung der interdisziplinären Gesamtbeurteilung sowie der einzelnen Teilgutachten vorzunehmen (vgl. IV-Nr. 39 S. 2).

E. 8.2

Sodann ist der Beweiswert des polydisziplinären C.____-Gutachtens vom 8. Oktober 2022 zu prüfen: 8.2.1 Im internistischen Teilgutachten stellte Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, als einzige internistische Diagnose (ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) neu eine nicht-stenosierende koronare Herzkrankheit (ICD-10 I25). Er führte aus, dass in der Vergangenheit gestützt auf ein Koronar-CT vom 24. September 2019

die Diagnose einer (lediglich) asymptomatischen koronaren Herzkrankheit mit stenosierenden Koronarplaques < 30 % und einer normalen systolischen linksventrikulären Funktion gestellt worden sei. Weder diese noch der (medikamentös behandelte) Diabetes mellitus Typ 2 noch die (ebenfalls medikamentös behandelte) Dyslipidämie würden die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränken (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 26). Diese Beurteilung kann auch angesichts der erhobenen kardiologischen Untersuchungsbefunde (unauffällige Herzauskultation und -palpation, keine pathologischen Herzgeräusche; vgl. IV-Nr. 76.1 S. 25) ohne weiteres nachvollzogen werden und wird vom Beschwerdeführer (zu Recht) nicht bemängelt. Auf das internistische Teilgutachten der C. ___ kann mithin abgestellt werden. 8.2.2 Im rheumatologischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. med. N. ___, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Fingergelenkspolyarthrosen, betont Dig IV und V rechts mehr als links, ein chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom, ein chronisches cervicovertebrales Schmerzsyndrom und eine chronische Epicondylopathia humeri radialis rechts, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Verdacht auf eine Schmerzgeneralisierungs- resp. Schmerzausweitungstendenz bei deutlicher subjektiver Krankheits- und Behinderungsüberzeugung mit sekundärer Selbstlimitierung (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 47). Im Status hätten verschiedene Hinweise für eine deutliche Schmerzpräsentationstendenz des Beschwerdeführers imponiert. Seine Reaktion auf einen minimalen Palpationsdruck auf die ossären und Weichteilstrukturen am Stamm, das Verhalten des Beschwerdeführers bei der segmentalen Prüfung der Bewegungsfähigkeit des Achsenskelettes, die Reaktionen bei einfachen Kraftprüfungen beim Gehen und Stehen seien somatisch orientiert nicht zu erklären und wiesen auf eine ganz erhebliche Schmerzpräsentation mit tendenzieller Schmerzgeneralisierung hin. Bei gutem Zureden des Gutachters habe eine sehr gute Bewegungsprüfung der Lenden-, Brust- und Halswirbelsäule durchgeführt werden können. Hier hätten sich keinerlei relevante Bewegungseinschränkungen bzw. objektivierbare Dysfunktionen ergeben, was korrelierend sei zu den altersentsprechenden Befunden in den früheren bildgebenden Evaluationen, insbesondere zuletzt anfangs 2020. Die vom Beschwerdeführer beklagten diffusen Beschwerden beginnend im Nacken-Schultergürtel, welche sich in den Beckengürtel und in die unteren Extremitäten ausdehnen würden, seien in diesem Sinne somatisch nicht eindeutig zuzuordnen. Diesbezüglich sei von einer wesentlichen funktionellen Komponente auszugehen. An den oberen Extremitäten bestehe an den Händen ohne Zweifel eine Fingergelenkspolyarthrose, wie dies bereits früher dokumentiert worden sei. Vor allem an der rechten dominanten Hand bestehe eine endphasige Bewegungseinschränkung in Bezug auf die maximal mögliche Flexion der kleinen Fingergelenke. Hinweise auf eine eigenständige entzündlich-rheumatische Affektion bestünden eindeutig keine. Zusätzlich könne klinisch von einer chronischen Epicondylopathia humeri radialis rechts ausgegangen werden. Der gesamte detaillierte Gelenkstatus an den unteren Extremitäten sei klinisch völlig unauffällig gewesen (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 45 f.). Die im rheumatologischen Teilgutachten der B. ___ festgestellten Diagnosen könnten grundsätzlich bestätigt werden, ebenso die damals festgestellten Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Eine relevante Änderung des Zustandsbildes in Bezug auf den Bewegungsapparat könne zwischen Januar 2020 bis zur aktuellen Begutachtung nicht festgestellt werden. Die ursprünglich bis ca. 2018 ausgeübte berufliche Tätigkeit habe gemäss Arbeitsplatzprofil sowie den aktuellen Angaben des Beschwerdeführers einen mittelschweren bis schwer belastenden Anteil bei oft unergonomischen Arbeitsplatzpositionen beinhaltet. Idealerweise

sollte diese früher ausgeübte Tätigkeit mit gewissen Pausen über den Tag verteilt durchgeführt werden. Der Beschwerdeführer sei mit diesen Vorgaben seit 2018 zu 60 % arbeitsfähig. Unter Berücksichtigung der objektivierbaren Fingergelenkspolyarthrosen seien hingegen körperlich regelmässig mittel- oder gar schwer belastende Tätigkeiten, welche mit manuellen Arbeiten verbunden seien, langfristig für den Beschwerdeführer nicht mehr möglich. In einer leidensangepassten Tätigkeit (wenn manuell dann eher leicht und wechselbelastend, Traglast bis max. 7.5 kg, idealerweise ergonomisch gut eingestellter Arbeitsplatz mit der Möglichkeit des regelmässigen selbständigen Wechsels der Arbeitsposition) bestehe seit 2018 zur Gewährung von gewissen Arbeitspausen eine um 20 % reduzierte Leistungs- und Arbeitsfähigkeit. Grundsätzlich hätten sich im Langzeitverlauf seit der rheumatologischen Begutachtung des B.____ im Januar 2020 bis nun im August 2022 keine relevanten wegweisenden Veränderungen der objektivierbaren pathoanatomischen Befunde ergeben (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 46 ff.). Die Diagnosestellung und -herleitung sowie die Befundaufnahme von Dr. med. N.____ deckt sich weitgehend mit derjenigen des rheumatologischen Vorgutachters Dr. med. J.____ (vgl. E. II. 8.1.4 hiervor). Namentlich stellte auch Dr. med. N.____ anlässlich seiner Untersuchung eine deutliche Schmerzpräsentations- bzw. Schmerzverdeutlichungstendenz des Beschwerdeführers fest. Darüber hinaus ging er im Ergebnis ebenfalls (unverändert) von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % in der (bereits teilweise angepassten) angestammten Tätigkeit sowie – bei in den Grundzügen vergleichbarem Belastungsprofil – von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer Verweistätigkeit aus. Die Beurteilung erweist sich insgesamt als schlüssig und nachvollziehbar und es kann darauf abgestellt werden. Daran vermag auch der vom Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichte Bericht von Dr. med. E.____ vom 23. Februar 2023 (vgl. IV-Nr. 89 S. 10 f.) nichts zu ändern: So stellte Dr. med. E.____ darin wie letztmals im Jahre 2019 (vgl. IV-Nr. 15 S. 4, S. 7, S. 9) unter anderem die Diagnose eines chronifizierten weichteilrheumatischen Ganzkörperschmerzes, welche Dr. med. N.____ mit dem Beschwerdeführer bereits anlässlich der Begutachtung vertieft diskutiert hatte (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 39). Zugleich führte sie – wie auch RAD-Ärztin Dr. med. L.____ zu Recht darauf hinwies (vgl. IV-Nr. 91 S. 2) – aus, dass sich beim Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht seither keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes feststellen liesse. In ihrem Bericht vom 4. Juli 2019 stuft sie den Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht für eine leichtere (Verweis-) Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ein (vgl. IV-Nr. 15 S. 1). In ihrem Bericht vom 23. Februar 2023 erachtete sie es alsdann unter Einbezug der «nicht streng rheumatologischen Pathologien» als durchaus plausibel, dass er nicht mehr ganztägig eine Leistung im Umfang eines 100%-Pensums erbringen könne, und bezeichnete eine 50%ige körperlich leichte Tätigkeit (welche der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit gemäss Anamneseerhebung zwischenzeitlich ausübte [vgl. IV-Nr. 89 S. 10]) als zumutbar. Aus dieser sehr allgemein gehaltenen und teilweise fachfremden Beurteilung lässt sich indessen kein konkreter Arbeitsunfähigkeitsgrad ableiten. Insbesondere ergibt sich daraus nicht, dass der Beschwerdeführer entgegen der gutachterlichen Einschätzung von Dr. med. N.____ nur noch eine Arbeitsfähigkeit von max. 50 % in einer Verweistätigkeit aufweisen würde.

E. 8.2.3

Dr. med. O.____, Facharzt für Neurologie, stellte in seinem neurologischen Teilgutachten in neurologischer Hinsicht einzig Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Beteiligung mit Tendenz zur Schmerzgeneralisierung; Diabetische Polyneuropathie). Die Beschwerdeschilderung des

Beschwerdeführers würde recht diffus bleiben. Hinsichtlich der beklagten Gelenkbeschwerden und des Wirbelsäulensyndroms werde auf das rheumatologische Teilgutachten verwiesen. Von neurologischer Seite her ergäben sich diesbezüglich keine zusätzlichen Aspekte, so etwa kein Anhalt für eine neurale Beteiligung im Sinne einer radikulären Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Anzunehmen sei bei schwachem PSR und beidseits erloschenen ASR eine Polyneuropathie, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit diabetischer Ätiologie sei. Hieraus könnten leichte Störungen des Gleichgewichtes resultieren, was bei der aktuellen Untersuchung aber noch nicht der Fall gewesen sei. Mit der Befunderhebung im neurologischen Teilgutachten der B.____ bestehe Übereinstimmung, die Reflexveränderungen an den Beinen würden ebenfalls aufgeführt, aber nicht als Diagnose gelistet. Die vom Beschwerdeführer gegenwärtig ausgeübte Tätigkeit werde als körperlich leicht bezeichnet und es sei eine vollzeitige Präsenz möglich. In dieser sei eine Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 100 % gegeben. In einer leidensangepassten Tätigkeit (keine körperlich schweren Arbeiten, ohne besondere Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen) sei ebenfalls von einer vollständigen Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit auszugehen. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten sich gegenüber der Situation gemäss dem B.____-Gutachten vom 19. Juni 2020 resp. der Begutachtung vom 21. Januar 2020 nicht erheblich verändert (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 54 ff.). Diese Verlaufsbegutachtung stimmt in der Befunderhebung und der (versicherungs-) medizinischen Beurteilung ebenfalls weitgehend mit dem neurologischen Vorgutachten der Dres. med. F.____ und G.____ überein (vgl. E. II. 8.1.1 hiervor) und ist in sich schlüssig. Sie erweist sich somit als beweiswertig.

E. 8.2.4

Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem psychiatrischen Teilgutachten als psychiatrischer Untersuchungsbefund unter anderem fest, die Stimmungslage des Beschwerdeführers habe sich streckenweise in einer depressiven Weise herabgesetzt gezeigt bei einem normalen Antrieb und einer guten affektiven Modulationsfähigkeit. Die Gedanken seien inhaltlich negativistisch gefärbt gewesen und der Beschwerdeführer habe von Sorgen bezüglich der Zukunft berichtet. Der Beschwerdeführer habe im Rahmen der Untersuchung über zahlreiche körperliche Beschwerden geklagt, für welche keine in ihrer Ausprägung und Lokalisation hinreichend erklärbaren pathoanatomischen Befunde hätten erhoben werden können. Diagnostisch sei somit zunächst von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) auszugehen. Bezüglich der affektiven Komponente habe der Beschwerdeführer zwar Zukunftsängste beklagt, diese seien jedoch vor einem realen Kern und nicht als in einer Depressionserkrankung begründet anzusehen. In der Untersuchung habe sich streckenweise allenfalls eine subdepressiv herabgesetzte Stimmungslage gezeigt. Bei einem ansonsten völlig unauffälligen psychopathologischen Befund sei indessen insbesondere keine Depressionserkrankung abzuleiten, zumal der Beschwerdeführer zwar angegeben habe, dass es ihm psychisch sehr schlecht gehe, diese subjektive Einschätzung jedoch ob der Gesamtsituation als normalpsychologisch nachvollziehbar anzusehen sei. Das Störungsbild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung habe sich im Gefolge einer rheumatologischen Grunderkrankung im Sinne einer zunehmenden Schmerz-ausweitung entwickelt. Hinzu kämen deutlich selbstlimitierende Tendenzen, so sehe sich der Beschwerdeführer nicht in der Lage, einer Arbeitstätigkeit mit einem Pensum von mehr als 50 % nachzugehen. Dabei erschliesse sich jedoch nicht, auf welche objektiven, von ihm eingeschätzten Befunde sich diese 50%ige Arbeitsfähigkeit beziehe, zumal daneben keine

Einschränkungen in der Alltagsgestaltung bestünden. Der Beschwerdeführer habe derzeit keine ausreichenden persönlichen Ressourcen, den psychosomatischen Anteilen der Schmerzsymptome angemessen begegnen zu können, nicht zuletzt aufgrund einer festen Grundüberzeugung einer alleinigen organischen Ursache seiner Beschwerden. Er sei aus psychiatrischer Sicht in der Lage, seiner zuletzt und aktuell ausgeübten Tätigkeit mit einem Pensum von acht Stunden am Tag an fünf Tagen in der Woche nachzugehen, wobei allerdings eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20 % bestehe. Diese Einschätzung ergebe sich aus dem Umstand einer verminderten psychischen Gesamtbelastbarkeit mit einer hohen Grundüberzeugung, nicht mit einem höheren Arbeitspensum als 50 % arbeiten zu können, wobei auch deutliche selbstlimitierende Tendenzen in diese Überlegung miteinzubeziehen seien. Er sei mithin in der angestammten Tätigkeit seit mindestens der Erstellung des B.____-Gutachtens im Januar 2020 zu 80 % arbeitsfähig. Bei dieser Arbeitsfähigkeit von 80 % in der aktuell ausgeübten Tätigkeit, welche von wenig anstrengenden körperlichen Aufgaben geprägt sei, sei keine gesonderte (Verweis-) Tätigkeit zu benennen, in welcher eine höhere Arbeitsfähigkeit zu verzeichnen wäre (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 32 ff.). Auch diese psychiatrische Beurteilung vermag nicht zu überzeugen: Wie bei jeder geltend gemachten gesundheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit setzt auch bei psychischen Erkrankungen, so auch bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, eine leistungs-, insbesondere rentenbegründende Invalidität eine lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 409; Urteil des Bundesgerichts 8C_415/2021 vom 13. Oktober 2021 E. 4.1). Der (medizinische) Sachverständige soll die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung so begründen, dass der Rechtsanwender nachvollziehen kann, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Namentlich verlangt die entsprechende Diagnose als «vorherrschende Beschwerde» ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz und setzt per definitionem Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen voraus (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_747/2016 vom 21. März 2017 E. 2.2.2). Merkmal einer somatoformen Schmerzstörung ist, dass sie in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auftritt, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 299 mit Hinweisen; siehe hierzu auch <https://www.icd-code.de/icd/code/F45.40.html>, letztmals besucht am 25. Juli 2024). Emotionale Konflikte sind beim Beschwerdeführer weder ersichtlich noch zeigt Dr. med. P.____ solche in seiner Diagnoseherleitung hinreichend auf. Darüber hinaus fehlt es auch an einem prägenden Ereignis «traumatisierenden Ausmasses» in der Vergangenheit und berichtete der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung von einem harmonischen Verhältnis innerhalb seiner Primärfamilie (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 30) sowie einem intakten und guten psychosozialen Umfeld mit einer harmonischen Ehe und zahlreichen sozialen Kontakten (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 31). Allein das Vorliegen «zahlreicher und teilweise diffuser körperlicher Beschwerden», für welche keine hinreichend erklärbaren organischen Befunde hätten erhoben werden können (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 33), sowie einer Selbstlimitierung des Beschwerdeführers (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 34) vermögen demgegenüber für sich allein noch nicht ohne weiteres eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu begründen. Dr. med. P.____ hielt überdies selber ausdrücklich fest, dass beim Beschwerdeführer neben seinem 50%igen Arbeitspensum keine Beeinträchtigungen in der Alltagsgestaltung vorlägen (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 34). Fehlt es aber daran, sind die klassifikatorischen Voraussetzungen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung

nicht gegeben. Erschwerend kommt hinzu, dass Dr. med. P.____ die psychisch bedingte Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit im Umfang von 20 % sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht etwa mit den psychosomatischen Anteilen der Schmerzen begründete, sondern (sehr unspezifisch) mit einer verminderten psychischen Gesamtbelastbarkeit sowie einer hohen Krankheitsüberzeugung und Selbstlimitierung des Beschwerdeführers (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 34 f.). Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des C.____ wurde dann allerdings die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 40 % «rein durch die objektivierbaren Befunde am Bewegungsapparat» erklärt, diejenige von 20 % in einer dem somatischen Leiden adaptierten Verweistätigkeit einzig «durch einen erhöhten Pausenbedarf bei chronischer Schmerzproblematik» (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 9). Zwar besteht häufig kein Anlass, unter verschiedenen medizinischen Titeln ausgewiesene Teilarbeitsunfähigkeiten zu kumulieren, da der Umfang der grössten Teileinschränkung auch die weiteren Entlastungserfordernisse abdeckt. Die Frage, ob sich die einzelnen, aus mehreren Behinderungen resultierenden Einschränkungsgrade summieren und wenn ja, in welchem Masse, betrifft eine spezifisch medizinische Problematik und Einschätzung, von welcher das Gericht grundsätzlich nicht abrückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_517/2023 vom 13. Juni 2024 E. 5.2 mit Hinweisen). Vorliegend ergeben sich jedoch aus der Konsensbeurteilung keinerlei Hinweise dafür, dass die psychisch bedingte Leistungs- und Arbeitsunfähigkeit gesamtmedizinisch bereits in irgendeiner Form (mit-) abgebildet würde, und auch RAD-Ärztin Dr. med. L.____ äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 28. Oktober 2022 nicht weiter zu diesem Umstand (vgl. IV-Nr. 79 S. 2 f.).

E. 8.3

8.3.1 Zusammenfassend erweisen sich somit die internistischen, neurologischen und rheumatologischen Teilgutachten der B.____ sowie des C.____ als beweismässig. Im Rahmen der Konsensbeurteilung der B.____ wurden die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten (100 %), als auch in der aktuellen teilangepassten Tätigkeit (40 %) als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit (20 %) jeweils als «organläsionell» bedingt bezeichnet und für die Festlegung der Gesamtarbeitsunfähigkeit ausdrücklich die rheumatologische Beurteilung als «führend» bezeichnet (vgl. IV-Nr. 33.2 S. 4 f.; E. II. 7.1 hiervor). Es kann demnach (zumindest) in somatischer Hinsicht mit der zusätzlichen qualitativen Einschränkung aufgrund des Diabetes mellitus (vgl. IV-Nr. 33.2 S. 4; 33.3 S. 40; E. II. 7.1 und E. II. 8.1.2 hiervor) auf das Belastungsprofil sowie die Arbeitsunfähigkeiten gemäss der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des B.____ bzw. gemäss dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. J.____ abgestellt werden (vgl. IV-Nr. 33.2 S. 4 f.; 33.4 S. 31 f.; E. II. 7.1 sowie E. II. 8.1.4 hiervor). Im Rahmen der Konsensbeurteilung der C.____ wurde bisher sowohl in der (teilweise bereits angepassten) angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit nur die somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit (40 % angestammt sowie 20 % angepasst) eindeutig ausgewiesen (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 9; E. II. 7.2 hiervor), wobei unklar ist, ob die im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. P.____ in psychiatrischer Hinsicht bescheinigte Teilarbeitsunfähigkeit von 20 % bisher unbeachtet blieb oder in der somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit mit aufgeht bzw. sich mit dieser überlagert und falls ja, weshalb (vgl. E. II. 8.2.4 in fine hiervor). Es kann mithin (zumindest) in somatischer Hinsicht ebenfalls auf die Arbeitsunfähigkeiten und das Zumutbarkeitsprofil gemäss der interdisziplinären Gesamtbeurteilung der C.____ bzw. gemäss dem rheumatologischen Teilgutachten von

Dr. med. N.____ abgestellt werden (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 9; 76.1 S. 48 f.; E. II. 7.2 sowie E. II. 8.2.2 hiervor). Somit ergibt sich in somatischer Hinsicht seit November 2018 in der (teilweise bereits angepassten) angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 % und in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit (körperlich leicht mit Gewichtslimite von max. 7.5 kg, wechselbelastend, ohne Arbeiten in gebückter Haltung oder Überkopf, ohne Belastung der Hände und ohne besondere Anforderungen an deren Feinmotorik, ohne Absturzgefahr oder Fremdgefährdung) eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. 8.3.2 Dagegen ist die Diagnosestellung und Beurteilung der (psychiatrisch bedingten) Arbeitsfähigkeit gemäss den beiden psychiatrischen Teilgutachten der B.____ sowie des C.____ vorliegend nicht verwertbar (vgl. E. II. 8.1.5 sowie E. II. 8.2.4 hiervor). Auf das grundsätzlich nachvollziehbare neuropsychologische Teilgutachten der B.____ (vgl. E. II. 8.1.3 hiervor) kann schliesslich insofern (noch) nicht abgestellt werden, als es bisher psychiatrisch noch nicht (mit-) beurteilt worden ist. In diesem Zusammenhang ist auch noch Folgendes zu berücksichtigen: Der Beschwerdeführer befindet sich nun seit dem 4. Januar 2023 – wie sowohl von Dr. med. K.____ als auch von Dr. med. P.____ befürwortet (vgl. IV-Nr. 33.3 S. 34; 76.1 S. 35) – erstmals in psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. D.____. Diese diagnostizierte bei ihm in ihrem Bericht vom 2. März 2023 eine rezidivierende depressive Störung mit Somatisierung und intermittierenden präsuizidalen Phasen gemischt (ICD-10 F32.1). Dabei umschrieb sie das aktuelle Beschwerdebild als das einer mittelgradigen (depressiven) psychischen Beeinträchtigung bei Verdacht auf komorbide psychische Störungen und erachtete den Beschwerdeführer als gegenwärtig zu 50 % arbeitsunfähig (vgl. IV-Nr. 89 S. 7 ff.). Zwar kann auf diese Einschätzung ebenfalls nicht abgestellt werden, bewertete Dr. med. D.____ ihre Diagnosestellung doch – wie auch RAD-Ärztin med. pract. Q.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, zu Recht darauf hinweist (vgl. IV-Nr. 92 S. 1 f.) – selber als «Anfangshypothese», da der Beurteilungszeitraum für eine klare diagnostische Einordnung zu kurz sei (vgl. IV-Nr. 89 S. 7 f.), und sind ihre Ausführungen – da sehr allgemein gehalten und (zu) wenig auf die konkrete Situation des Beschwerdeführers bezogen – nur beschränkt nachvollziehbar. Dessen ungeachtet steht zumindest gemäss der behandelnden Psychiaterin (erneut) die mögliche Diagnose einer depressiven Erkrankung im Raum, welche Dr. med. K.____ im Rahmen seiner (damaligen) Begutachtung – wenn auch in einer lediglich leichten Form (Dysthymia) – bejaht (vgl. E. II. 8.1.5 hiervor), Dr. med. P.____ jedoch verneint hatte (vgl. E. II. 8.2.4 hiervor). Auch gestützt darauf erscheint eine erneute psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers als angezeigt. 8.4 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die gutachterliche Einschätzung des C.____, wonach seine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bloss um 20 % eingeschränkt sei, stehe im deutlichen und nicht diskutierten Widerspruch zu den während den beruflichen Abklärungen der Beschwerdegegnerin gewonnenen Erkenntnissen (vgl. A.S. 22 f.), gilt es Folgendes festzuhalten: 8.4.1 Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache den ärztlichen Fachkräften. Allerdings darf den Ergebnissen leistungsorientierter beruflicher Abklärungen nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abgesprochen werden. Es wäre aber auch nicht sachgemäss, allein auf diese Evaluationen abzustellen, weil sie in der Regel auf berufspraktischen Beobachtungen beruhen, die in erster Linie die dabei erhobene, subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben. Steht indessen eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher

Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist die Einholung einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (Urteile des Bundesgerichts 8C_606/2023 vom 24. April 2024 E. 4.2.1, 8C_217/2023 vom 1. September 2023 E. 4.1.1 je mit Hinweisen).

8.4.2 Die Beschwerdegegnerin erteilte dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 14. September 2021 Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining vom 13. September 2021 bis am 31. Dezember 2021 im R. ____, [...]. Vorgesehen war eine Tätigkeit im technischen Bereich mit Fahrdiensten sowie kleineren Unterhalts- und Reparaturarbeiten. Als Ziel formuliert wurde eine Pensumsteigerung um 30 % neben der weiterhin mit einem Pensum von 50 % beim bisherigen Arbeitgeber S. ____, [...], ausgeübten Tätigkeit. Als Einstieg wurde ein Arbeitspensum von 20 % vereinbart (vgl. IV-Nr. 53 S. 1 f., 54 S. 1 f.). Dem Abschlussbericht der Eingliederungsstelle der Beschwerdegegnerin vom 17. November 2021 ist zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer die Arbeit im Altersheim grosse Freude bereitet habe und sein Arbeitgeber mit ihm sehr zufrieden gewesen sei. Er sei sehr motiviert gewesen und habe über ein enormes Fachwissen verfügt. Anfangs Oktober 2021 habe sich dann jedoch sein Gesundheitszustand verschlechtert. Er sei kurz 100 % arbeitsunfähig gewesen und habe anschliessend nochmals kurz versucht, zu arbeiten. Die Beschwerden hätten erneut zugenommen und er sei dann ab dem 18. Oktober 2021 (recte: 25. Oktober 2021; vgl. IV-Nr. 55 S. 2) zu 50 % krankgeschrieben worden. Der Arbeit bei seinem bisherigen Arbeitgeber könne er wieder zu 50 % nachgehen. Aufgrund der gesundheitlichen Situation sei die Eingliederungsmassnahme abgebrochen worden. Nach Aussage des Beschwerdeführers habe ihm die Arbeit im Pflegeheim Freude bereitet, doch lasse seine Gesundheit kein Arbeitspensum von mehr als 50 % zu. Die Eingliederungsstelle der Beschwerdegegnerin kam daraufhin zum Schluss, dass die Vermittelbarkeit nach praktischer Abklärung im 1. Arbeitsmarkt mit einem Pensum von 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit gegeben sei. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich deutlich verschlechtert durch die Mehrbelastung aufgrund einer Pensumsteigerung auf 70 % (bisheriger Arbeitsplatz: 50 %, Arbeitsversuch: 20 %; vgl. IV-Nr. 57 S. 1 f.; siehe auch IV-Nr. 56 S. 1 ff.).

8.4.3 Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hinweist (vgl. A.S. 2; IV-Nr. 93 S. 2), hatten die C. ____-Gutachter Kenntnis vom letztlich gescheiterten Belastbarkeitstraining des Beschwerdeführers (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 8, S. 16, S. 24, S. 30, S. 40 f.). Der Arbeitsversuch umfasste ein Pensum von lediglich 20 % und wurde parallel zur vom Beschwerdeführer mit einem Pensum von 50 % bei seinem bisherigen Arbeitgeber ausgeübten Tätigkeit durchgeführt. Letztere entsprach lediglich teilweise einer seinem (somatischen) Leiden angepassten Tätigkeit. So musste er zwischenzeitlich offenbar zwar keine oder zumindest keine schweren Lasten mehr heben und tragen, aber dennoch weiterhin handbelastende und mutmasslich mehrheitlich stehende Verrichtungen ausführen (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 39; 33.3 S. 11 f.; 33.4 S. 17, S. 31). Darüber hinaus bestand die Tätigkeit im Rahmen des Arbeitsversuchs hauptsächlich aus Transportfahrten mit einem Minibus, welche jeweils in sitzender Position zu verrichten waren (vgl. IV-Nr. 76.1 S. 30), und erfüllte demnach das (dem rheumatologischen Leiden entsprechende) Anforderungsprofil (vgl. E. II. 8.3.1 hiervor) ebenfalls nicht optimal. Es lassen sich mithin daraus keine verlässlichen Rückschlüsse auf das tatsächliche Leistungsvermögen des Beschwerdeführers ziehen. Dass die Eingliederungsstelle nach dem vorzeitigen Abbruch des Arbeitsversuchs davon ausging, dass der Beschwerdeführer in

einer leidensangepassten Tätigkeit lediglich in einem Pensum von 50 % vermittelbar sei, war wohl hauptsächlich dem Umstand geschuldet, dass er an seiner bisherigen Arbeitsstelle ja weiterhin in diesem (von ihm frei gewählten) Arbeitspensum tätig war. Es gilt zu beachten, dass die Erkenntnisse der Eingliederungsfachpersonen in der Regel (so auch hier) nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen beruhen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben (vgl. E. II. 8.4.1 hiervor). Es kann demnach aus der gescheiterten Eingliederungsmassnahme nicht ohne weiteres der Schluss gezogen werden, der Beschwerdeführer sei in einer Verweistätigkeit lediglich zu 50 % arbeitsfähig.

Grundsätzliche Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung einer somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 20 % in einer Verweistätigkeit werden damit nicht geweckt. Den Feststellungen der Eingliederungsfachleute ist aber auch zu entnehmen, dass die letztlich gescheiterten Eingliederungsbemühungen (erneut) mitunter auf die (starre) Überzeugung des Beschwerdeführers zurückzuführen sein dürften, nicht in der Lage zu sein, unabhängig von der Art der Tätigkeit mehr als 50 % zu arbeiten (vgl. in diesem Sinne auch bereits Abschlussbericht der Eingliederungsstelle der Beschwerdegegnerin vom 4. Juni 2019 [IV-Nr. 13 S. 1 f.]). Diese subjektive Krankheitsüberzeugung und Selbstlimitierung korreliert mit den objektivierten pathologischen Befunden weder aus rheumatologischer noch aus neurologischer oder internistischer Sicht und stellt für sich allein noch nicht ohne weiteres ein (invalidisierender) psychiatrischer Gesundheitsschaden dar. Angesichts der nicht beweiswertigen psychiatrischen Teilgutachten des B.____ und der C.____ lässt sich jedoch gegenwärtig auch nicht abschliessend beurteilen, ob die berufliche Massnahme nicht zumindest aufgrund einer psychischen Erkrankung des Beschwerdeführers vorzeitig abgebrochen werden musste. Dieser Umstand wird im Rahmen der erneuten psychiatrischen Begutachtung (mit) zu prüfen sein. 9.

Insgesamt beruht demnach die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 12. September 2023, mit welcher das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen wurde, auf einer unvollständigen und mangelhaften Abklärung des relevanten medizinischen Sachverhalts. Die vom Beschwerdeführer beantragte Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin (vgl. A.S. 15) erscheint vorliegend gerechtfertigt, wurde doch die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht bisher ungenügend abgeklärt. Die Frage, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer gesamtmedizinisch arbeits- und leistungsfähig ist, kann mangels verlässlicher Angaben zu seinem psychischen Gesundheitszustand nicht abschliessend beurteilt werden. Die Verfügung ist daher in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese eine erneute psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers veranlasst und danach über dessen Leistungsanspruch neu befindet. Dabei wird die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer (erneuten) Abklärungen vorgängig bei der behandelnden Psychiaterin Dr. med. D.____ einen aktuellen psychiatrischen Verlaufsbericht einzuholen haben. Der psychiatrische Gutachter wird sich daraufhin in seinem Gutachten unter anderem dazu sowie zum neuropsychologischen Teilgutachten der B.____ und zu den gescheiterten beruflichen Eingliederungsmassnahmen zu äussern haben. Anschliessend wird er – nach Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 – in psychiatrischer Hinsicht eine Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ab November 2018 vorzunehmen haben. Es wird der Beschwerdegegnerin überlassen, ob sie mittels gezielter Frage an den psychiatrischen Gutachter oder – unter Vorlage des neu erstellten psychiatrischen Gutachtens – mittels

Rückfrage bei den somatischen Teilgutachtern des C.____ ermitteln lässt, ob die psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit (soweit denn eine solche vorliegen sollte) zur (beweiswertig festgestellten) somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 20 % in einer Verweistätigkeit hinzuzuzählen ist oder in dieser (teilweise) aufgeht. Bei diesem Verfahrensausgang braucht (noch) nicht beurteilt zu werden, ob die Beschwerdegegnerin den Einkommensvergleich korrekt vorgenommen hat. Aufgrund der Gutheissung der Beschwerde kann ausserdem auf die Durchführung der vom Beschwerdeführer beantragten öffentlichen Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK (vgl. A.S. 15) verzichtet werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_751/2019 vom 25. Februar 2020 E. 2.2).

E. 10

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang (formelles Obsiegen) besteht ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht in seiner Kostennote vom 20. Dezember 2023 einen Aufwand von total 11,28 Stunden geltend (vgl. A.S. 42). Der zu entschädigende Zeitaufwand ist um Positionen zu reduzieren, welche praxisgemäss als Kanzleiaufwand gelten, der im Stundenansatz eines Rechtsanwalts inbegriffen ist (dazu gehören bspw. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Einreichen der Kostennote), sowie Kontakte mit Dritten betreffen. Der Aufwand von total 11,28 Stunden reduziert sich um Kanzleiaufwand von insgesamt 1,69 Stunden (6 x «Brief an Klient» à 0,17 Std.; 2 x «E-Mail an T.____ Rechtsschutz AG» à 0,17 Std.; 1 x «Brief an Versicherungsgericht» à 0,33 Std.) auf 9,59 Stunden. Zudem wird für den nachprozessualen Aufwand bei Obsiegen praxisgemäss eine halbe Stunde eingerechnet. Damit verbleibt ein Aufwand von 9,09 Stunden bzw. (bei einem Stundenansatz von CHF 250.00) ein Honorar von CHF 2'272.50. Hinsichtlich der geltend gemachten Auslagen von insgesamt CHF 70.50 ist darauf hinzuweisen, dass Kopien mit CHF 0.50 pro Stück vergütet werden und nicht mit CHF 1.00 pro Stück (vgl. § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 des Gebührentarifs [GT, BGS 615.11]). Demnach belaufen sich die zu vergütenden Auslagen auf insgesamt CHF 46.50. Unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer von 7.7 % ergibt sich somit eine Parteientschädigung von insgesamt CHF 2'497.55. 10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zurückzuerstatten.

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