

SO_GERICHTE VSBES.2023.258 vom 25. September 2023

SO Obergericht, 2023-09-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.258

FR: SO_GERICHTE VSBES.2023.258 du 25 septembre 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2023.258 del 25 settembre 2023

Erwägungen

E. 2

2.1 Der Beschwerdeführer stellt den Hauptantrag, die Sache sei aufgrund einer schweren Verletzung seines rechtlichen Gehörs zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung bringt er im Wesentlichen vor, die Beschwerdegegnerin habe vor dem Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. September 2023 u.a. bei den C.____ einen ausführlichen Bericht vom 6. September 2023 eingeholt, welcher sich zur Behandlung seit dem 12. Dezember 2022 geäußert und eine Verschlechterung der psychischen Gesundheitslage festgehalten habe. Zu diesem Bericht, welcher vor dem 25. September 2023 nicht vorgelegen sei, habe sich der Beschwerdeführer ebenso wenig äussern können wie zur Stellungnahme des RAD vom 12. September 2023 (Beschwerde, S. 5 ff. Ziff. 5.; A.S. 14 ff.).

2.2 Nach Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) und Art. 42 Satz 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen und Einsicht in die Akten zu nehmen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann. Voraussetzung des Äusserungsrechts sind genügende Kenntnisse über den Verfahrensverlauf, was auf das Recht hinausläuft, in geeigneter Weise über die entscheidwesentlichen Vorgänge und Grundlagen vorweg orientiert zu werden. Wie weit dieses Recht geht, lässt sich nicht generell, sondern nur unter Würdigung der konkreten Umstände beurteilen. Entscheidend ist, ob dem Betroffenen ermöglicht wurde, seinen Standpunkt wirksam zur Geltung zu bringen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_162/2019, 9C_191/2019 vom 29. Mai 2019 E. 5.3.3.1. und 8C_420/2018 vom 13. März 2019 E. 5.2.2., je mit Hinweisen).

2.3 Die Beschwerdegegnerin stellte dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 5. August 2022 in Aussicht, es bestehe gestützt auf das polydisziplinäre B.____-Gutachten vom 1. Juli 2021 kein Anspruch auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen (IV-Nr. 76 S. 2 ff.). Mit Einwand vom 14. September 2022 liess der Beschwerdeführer einen weiteren medizinischen Bericht einreichen und geltend machen, eine medizinische Aktenbeurteilung der neuen Pathologien wäre unstatthaft (IV-Nr. 80). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin weitere aktuelle medizinische

Unterlagen ein, u.a. einen Bericht der C.____, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, [...], vom 6. September 2023 (IV-Nr. 104 S. 1 ff.). Dazu (und zu weiteren aktuellen medizinischen Berichten) nahm die RAD-Ärztin Dr. med. D.____, Praktische Ärztin und Fachärztin für Arbeitsmedizin, am 12. September 2023 Stellung (IV-Nr. 106 S. 2 f.). Am 13. September 2023 ersuchte der Beschwerdeführer die Beschwerdegegnerin, die seit letzter Akteneinsicht vom 11. August 2022 ergangenen vollständigen IV-Akten zur Einsichtnahme zukommen zu lassen (IV-Nr. 107). Diese Akten wurden dem Beschwerdeführer am 15. September 2023 zugestellt (IV-Nr. 108). Am 25. September 2023 erliess die Beschwerdegegnerin die vorliegend angefochtene Verfügung, worin der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers abgewiesen wurde (IV-Nr. 109). Mit separatem Schreiben gleichen Datums teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer noch mit, in der angefochtenen Verfügung sei auf die RAD-Stellungnahmen vom 3. August 2023 und 12. September 2023 verwiesen worden. Sie habe festgestellt, dass diese versehentlich nicht mitgeschickt worden seien, weshalb sie diese nun in der Beilage zustelle (IV-Nr. 111). Damit steht fest, dass die vom Beschwerdeführer erwähnte Stellungnahme des RAD vom 12. September 2023 dem Beschwerdeführer vor Verfügungserlass nicht zur Kenntnis- und allfälligen Stellungnahme zugestellt wurde. Dies wird von der Beschwerdegegnerin denn auch nicht bestritten (vgl. Beschwerdeantwort, S. 1 [A.S. 31]).

2.4 Demnach konnte sich der Beschwerdeführer zur vorerwähnten Stellungnahme des RAD vom 12. September 2023 (IV-Nr. 106) nicht vor Verfügungserlass äussern, da ihm diese erst zusammen mit der vorliegend angefochtenen Verfügung mit separatem Schreiben zugestellt wurde. Der Bericht der C.____ vom 6. September 2023 (IV-Nr. 104 S. 1 ff.) hingegen, zu welchem der RAD ■ neben anderen medizinischen Berichten ■ am 12. September 2023 Stellung genommen hatte, wurde dem Beschwerdeführer am 15. September 2023 und damit noch vor Verfügungserlass zugestellt (vgl. IV-Nr. 108). Dementsprechend hielt auch der Beschwerdeführer fest, der Bericht der C.____ vom 6. September 2023 sei ihm mit der Aktenzustellung einige Tage zuvor (25. [recte: 15.] September 2023 bekannt gemacht worden (Beschwerde, S. 5 [A.S. 14]). Dem in der Beschwerde zwei Seiten später (auf S. 7) geltend gemachten Einwand, der Bericht der C.____ vom 6. September 2023 sei ihm vor Verfügungserlass nicht vorgelegen, geht somit fehl. Vor Verfügungserlass konnte sich der Beschwerdeführer ausschliesslich zur RAD-Stellungnahme vom 12. September 2023 (und zu derjenigen vom 3. August 2023 [IV-Nr. 102 S. 2 f.]; vgl. IV-Nr. 111) nicht äussern. Dieses Vorgehen der Beschwerdegegnerin wird vom Beschwerdeführer ausdrücklich als Verletzung seines rechtlichen Gehörs gerügt. Dem ist entgegenzuhalten, dass es sich bei der RAD-Stellungnahme vom 12. September 2023 nicht um eine eigenständige fachmedizinische Einschätzung, sondern um die Würdigung der im Vorbescheidverfahren neu eingereichten medizinischen Berichte von pract. med. E.____, Facharzt Neurochirurgie FMH (F.____), vom 15. Juni 2022 (IV-Nr. 75 S. 8 f.) und 22. Juli 2021 (IV-Nr. 55 S. 7 f.), des G.____ (Dr. med. H.____) vom 29. Juli 2022 (IV-Nr. 79 S. 7 f.), des I.____ (Dr. med. J.____, Oberarzt Kardiologie) vom 20. Oktober 2022 (IV-Nr. 90 S. 1 ff.), des K.____, L.____ (Prof. Dr. med. M.____, Oberarzt), vom 18. Juli 2023 (IV-Nr. 103 S. 5 ff.) und der C.____, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, [...], vom 6. September 2023 (IV-Nr. 104 S. 1 ff.) mit Blick auf die Begutachtungsergebnisse des B.____-Gutachtens vom 1. Juli 2021 handelt. In der Stellungnahme vom 12. September 2023 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. D.____ im Wesentlichen fest, es handle sich anhand der neuen Befundberichte um verbesserbare bzw. verbesserte medizinische Zustandsbilder und eine Verschlechterung

könne nicht objektiviert werden (IV-Nr. 106 S. 2 f.). Beschränkt sich ein Bericht darauf, an sich feststehende Tatsachen sachverständig zu würdigen, entfällt das Recht auf vorgängige Anhörung. Dementsprechend hat das Bundesgericht einen kantonalen Entscheid bestätigt, laut welchem die IV-Stelle Berichte des RAD, die im Rahmen von dessen beratender Funktion (Art. 49 Abs. 3 IVV) gestützt auf die Akten erstattet werden, der betroffenen Partei nicht vor dem Verfügungserlass unterbreiten muss, wenn es sich um eine bloss «Beweiswürdigung» der medizinischen Aktenlage zuhanden der verfügenden Instanz handelt. Das rechtliche Gehör ist jedoch zu gewähren, wenn die RAD-Stellungnahme eine neue medizinische Erkenntnis oder Behauptung enthält, welche nicht den Akten entnommen werden kann (VersG SG IV 2009/280 vom 6. April 2011, bestätigt durch das Urteil des Bundesgerichts 9C_436/2011 vom 5. August 2011, E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_501/2012 vom 24. Juli 2012, E. 4.2). Die in der Stellungnahme des RAD vom 12. September 2023 vorgenommene Würdigung der vorerwähnten aktuellen Berichte enthält keine neuen medizinischen Erkenntnisse oder eine neue Behauptung, welche nicht den Akten entnommen werden könnten. Es wurden auch nicht entscheidrelevante Abklärungen durchgeführt, zu denen sich der Beschwerdeführer vor Verfügungserlass nicht hätte äussern können. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ist somit nicht ersichtlich.

2.5 Selbst wenn von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen wäre, müsste Folgendes beachtet werden: Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus ■ im Sinne einer Heilung des Mangels ■ selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204, 132 V 387 E. 5.1 S. 390 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_420/2018 vom 13. März 2019 E. 5.2.2. mit Hinweis; Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 252 Rz. 1331 ff.). Der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer zur Stellungnahme des RAD vom 12. September 2023 vor Verfügungserlass nicht äussern konnte, würde eine nicht besonders schwerwiegende Gehörsverletzung darstellen, welche im vorliegenden Beschwerdeverfahren geheilt werden könnte, da das Versicherungsgericht über volle Kognition verfügt. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren gelten der Untersuchungsgrundsatz und das Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Im Verlauf des Verwaltungsverfahrens wurden umfassende medizinische Abklärungen getätigt, weitere Untersuchungen sind nicht erforderlich. Prozessthema bildet ausschliesslich die Beurteilung des streitigen Anspruchs auf der Grundlage der vorhandenen Unterlagen. Die Positionen der Parteien gehen aus den Akten klar hervor und erscheinen als gefestigt. Eine Rückweisung müsste unter diesen Umständen als prozessualer Leerlauf qualifiziert werden, der eine Verzögerung des Verfahrens nach sich zöge, ohne dass irgendein Nutzen erkennbar wäre. Dies gilt es zu vermeiden. Demnach wäre von der vom Beschwerdeführer beantragten Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur erneuten Durchführung des Vorbescheidverfahrens (vgl. Beschwerde, S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 2a; A.S. 11) ohnehin abzusehen.

E. 3

3.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

3.2 Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG.

3.6 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 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).

4. Der Beschwerdeführer macht geltend, dem B.____-Gutachten vom 1. Juli 2021 komme kein Beweiswert zu. Die seit dem Administrativgutachten erfolgten Abklärungen liessen Zweifel an der Schlüssigkeit des Gutachtens aufkommen. Es basiere auf unvollständigen Untersuchungen und auf einer unvollständigen Aktenlage (Beschwerde, S. 8 ff. Ziff. 6 bis 8; A.S. 17 ff.). Im Folgenden sind die Begutachtungsergebnisse der B.____-Gutachter darzulegen:

4.1 Der Konsensbeurteilung des polydisziplinären (allgemein-internistischen, neurologischen, neuropsychologischen, orthopädischen, rheumatologischen, oto-rhino-laryngologischen und psychiatrischen) B.____-Gutachtens vom 1. Juli 2021 können keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Die gestellten Diagnosen (Status nach Kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma QTF Grad II vom 23.07.2018; Zervikalgien mit teilweise Zervicozephalgien [ICD-10: M53.82] und fraglich zervicoradikulären Schmerzen rechts bei Diskusprotrusionen mit dorsaler Spondylose und erosiver Osteochondrose [ICD-10: M42.12] C5/6 und C6/7 mit foraminale Einengungen C6 beidseits, C7 rechts; Nikotinabusus, kum. ca. 35 py [ICD-10:

Z72.0]; arterielle Hypertonie [ICD-10 I10.90]; atherosklerotische Plaques Aa. Carotis interna bds. [ICD-10: I65.2]; Spannungskopfschmerzen [ICD-10: G44.2]; chronischer Tinnitus [ICD-10: H93.1]; hochgradige kombinierte Schwerhörigkeit links mit Schallleitungsblock [ICD-10: H90.7], Status nach Tympanoplastik 1989; Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen [ICD-10: F68.0]; nicht quantifizierbare neuropsychologische Störung aufgrund einer wahrscheinlich nicht authentischen Beschwerdepräsentation bei Aggravationstendenzen) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Die Gutachter legten im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung im Wesentlichen dar, der Explorand habe am 23. (recte: 20.; vgl. IV-Nr. 7.54) Juli 2018 ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma im Sinne eines Heckauffahrunfalles erlitten. Er sei Lenker des Fahrzeugs gewesen, sein Auto sei nicht in Bewegung gewesen. Durch die kernspintomographische Untersuchung vom 13. September 2018 hätten traumatische, ossäre Veränderungen ausgeschlossen werden können. Man habe eine diskrete Diskusvorwölbung im Segment C5/C6 und C6/C7 sowie dorsale Spondylosen und eine osteodiscogene, verengte Foramina intervertebralia mit einer möglichen Nervenwurzelreizung finden können. Zusätzlich bestünden Zeichen einer erosiven Osteochondrose Typ Modic 1 auf Höhe C5/C6 und C6/C7. Klinisch seien nach Angabe des Exploranden Schulterschmerzen und eine Dysästhesie des Nervus ulnaris rechts vorhanden gewesen (Bericht vom 13. September 2018). Durch den neurologischen Abklärungsbericht vom 17. Januar 2019 hätten keine sensomotorischen Ausfallszeichen verifiziert werden können. Es sei ein vorwiegend muskuläres Zervikalsyndrom mit Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule diagnostiziert worden. Eine Physiotherapie sei durchgeführt worden. Konservative Behandlungsmassnahmen hätten zu keiner wesentlichen Beschwerdeverbesserung geführt. Durch den Bericht des Kreisarztes der Suva vom 19. August 2019 sei mehr als ein Jahr nach der HWS-Distorsion ohne Nachweis von unfallbedingten strukturellen Läsionen und unauffälliger neurologischer Untersuchung die volle Arbeitsfähigkeit festgestellt worden. Die Kernspintomographie der rechten Schulter vom 20. Januar 2020 habe eine intakte Rotatorenmanschette gezeigt.

Im Weiteren stellten die Gutachter fest, es bestünden keine offensichtlichen limitierenden Belastungsfaktoren. Der Explorand habe folgende Ressourcen: die Kommunikationsfähigkeit in der Muttersprache sei gut gegeben, die Motivation habe eingeschränkt geschienen, die Therapieadhärenz sei fraglich vorhanden, früher sei er ein leidenschaftlicher Sänger gewesen, er habe grosses Interesse und Fertigkeiten im Umgang mit Autos (Bastler), das soziale Umfeld (Familie, Freunde und Kollegen) sei gegeben. Eine geordnete Tagesstruktur bestehe nach den Angaben des Exploranden kaum. In der Gesamtwürdigung sei festzustellen, dass beim Exploranden ausreichend Ressourcen vorhanden seien. Es sei ihm über viele Jahre hinweg gelungen, den an ihn gestellten sozialen Erwartungen ■ wenn auch drei Eheschliessungen etwas auffällig seien ■ zu entsprechen, seinen Platz im Alltag und Arbeitsleben zu finden und sich in der Schweiz zu integrieren, auch wenn er die Landessprache nicht abschliessend erlernt habe. Dies alles spreche für das Bestehen von Ressourcen und Resilienz. Weshalb das Unfallereignis vom 20. Juli 2018 einen so schwerwiegenden Einschnitt in die Kontinuität des Lebens des Exploranden beinhalten sollte, habe psychodynamisch abschliessend nicht geklärt werden können. Es sei davon auszugehen, dass sich beim Exploranden ein Wunsch nach Entschädigung bzw. Wiedergutmachung eingestellt habe.

Bei der Konsistenzprüfung wurde angegeben, auf allgemein-internistischem Fachgebiet seien dahingehend Inkonsistenzen zu finden, dass der Medikamentenspiegel für das vom Exploranden als regelmässig eingenommen angegebene Analgetikum deutlich unterhalb des therapeutischen Bereichs liege, was für eine unregelmässige Einnahme spreche und die Vermutung nahe lege, dass die Schmerzen nicht so stark seien, dass das Analgetikum eingenommen werden müsse oder alternativ nicht für die Beschwerden des Exploranden geeignet sei. Analog finde sich dies ■ ausser bei Venlafaxin ■ auch bei den übrigen Plasmamedikamentenspiegeln wieder. Aus neuropsychologischer Sicht fielen die beiden durchgeführten Symptomvalidierungsverfahren auffällig aus. Auch zeigten sich neuropsychologisch nicht erklärbare Inkonsistenzen in den Testbefunden sowie zwischen den ermittelten Testbefunden und dem klinischen Eindruck. Klinisch ergäben sich Hinweise auf eine gelegentlich nicht stabile Anstrengungsbereitschaft bei grundsätzlich erhaltener Kooperation. Die Konsistenz und Validität der neuropsychologischen Befunde sei aufgrund einer wahrscheinlich nicht-authentischen Beschwerdepräsentation nicht gegeben und folglich sei auf dem neuropsychologischen Fachgebiet weder eine Aussage zu Funktions- und Fähigkeitsstörungen noch eine Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit möglich. Aus psychiatrischer Sicht scheine zumindest eine Verdeutlichungstendenz zu bestehen. Zudem hätten sich Inkonsistenzen in der neuropsychologischen Untersuchung aufgrund einer wahrscheinlich nicht authentischen Beschwerdepräsentation bei Aggravationstendenzen ergeben. Aus interdisziplinärer Sicht wurde eine Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als Kurierfahrer als auch in einer angepassten Verweistätigkeit von 0 % festgestellt, wobei aus neuropsychologischer Sicht keine Angaben gemacht werden konnten.

Zum Verlauf wurde dargelegt, eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. -unfähigkeit ■ ohne die begutachtete Person auch früher selber untersucht zu haben ■ sei nicht unproblematisch, da man sich auf von anderen Personen erhobene Anamnesen, Befunde und daraus abgeleitete Diagnosen verlassen müsse. Retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der rechtzeitig erhobenen Befunde und gestützt darauf vorgenommenen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nicht möglich. Möglich sei hingegen eine Würdigung aus aktueller Sicht. Zur Begründung wurde aus psychiatrischer Sicht dargelegt, entsprechend dem Dossier und den Ausführungen in der psychiatrischen Beurteilung der Suva (Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) vom 24. Februar 2020 und den beiden Berichten des den Exploranden ambulant behandelnden Psychiaters Dr. med. O.____, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Dezember 2019 und 18. März 2020, der keine über eine Anpassungsstörung hinausgehende Diagnose aus dem depressiven Formenkreis gestellt habe, könne ■ wie es sich auch aktuell habe explorieren lassen ■ davon ausgegangen werden, dass vorbestehend keine ausgeprägtere depressive Symptomatik oder eine schwerwiegendere andere Erkrankung, Störung, Symptomatik oder Diagnose auf psychiatrischen Fachgebiet bestanden habe. Es sei auch davon auszugehen, dass seit dem Unfallereignis keine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Störung bestanden habe.

4.2 Dem allgemein-internistischen Teilgutachten vom 23. April 2021 (Dr. med. P.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin; Untersuchung vom 12. April 2021) kann entnommen werden, der aus [...] stammende und im Jahr 2011 in die Schweiz immigrierte Explorand sei Vater von drei Kindern. Er habe in [...] eine Ausbildung zum Kellner absolviert. Zuletzt habe er seit Januar 2018 bei [...], [...], und seit April 2018 bei [...], [...],

als Kurierfahrer mit einem Pensum von je 50 % gearbeitet. Der Explorand gebe an, bis zum Unfall gesund gewesen zu sein. Seit dem Unfall fehlten ihm die Fahrreflexe. Der Psychiater spreche ihm die Fahrtauglichkeit ab. Im Umkreis von 15 km könne er mit dem PKW fahren, mehr gehe nicht. Als er seine Tochter habe besuchen wollen, sei er in die falsche Richtung gefahren, weil ihm die Orientierung gefehlt habe. Am Wochenende habe er immer in der Garage gearbeitet, dies sei sein Hobby gewesen. Er könne nun nicht mehr nach oben schauen oder die Arme hochheben. Er könne auch nicht unter das Auto liegen oder sich in den Motorraum beugen. Eine Tätigkeit, die er im Moment machen könne, wisse er nicht. Zur sprachlichen Verständigung wurde erwähnt, die Exploration sei in Schweizerdeutsch mit fremdsprachigem Dialekt sowie in der Muttersprache des Exploranden mit Hilfe eines Dolmetschers erfolgt. Die Verständigung sei nicht eingeschränkt gewesen. Zum Behandlungsverlauf wurde angegeben, die auf allgemein-internistischem Fachgebiet derzeit eingeleiteten medikamentösen Therapien seien *lege artis* in Art, Umfang und Intensität. Aufgrund der Anamnese, den zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie der aktuellen Begutachtung bestünden keine Hinweise für eine mangelnde Kooperation des Exploranden bezüglich der Therapiemassnahmen. Die aufgelisteten Diagnosen (Nikotinabusus, arterielle Hypertonie, atherosklerotische Plaques Aorta Carotis interna beidseits) seien einer medikamentösen Therapie und eine Lifestylemodulation gut zugänglich. Auf allgemein-internistischem Fachgebiet finde man Inkonsistenzen dahingehend, dass der Medikamentenspiegel für das vom Exploranden als regelmässig eingenommen angegebene Analgetikum deutlich unterhalb des therapeutischen Bereichs liege, was für eine unregelmässige Einnahme spreche und die Vermutung nahe lege, dass die Schmerzen nicht so stark seien. Analog finde sich dies, ausser bei Venlafaxin, auch bei den übrigen Plasmamedikamentenspiegeln wieder. Hinweise für Aggravation oder Simulation seien nicht zu finden. Aufgrund der aktuellen Anamnese, der körperlichen Untersuchung sowie hinsichtlich der Aktenlage ergäben sich auf allgemein-internistischem Fachgebiet keine IV-relevanten Diagnosen oder entsprechende Funktionseinschränkungen. Entsprechend sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder in einer etwaigen Verweistätigkeit als rein allgemein-internistischer Sicht nicht eingeschränkt (IV-Nr. 49.4 S. 9 ff.).

4.3 Aus dem neurologischen Teilgutachten vom 17. Mai 2021 (Prof. Dr. med. Q.____, Facharzt für Neurologie; Untersuchung vom 27. April 2021) geht hervor, der Explorand habe in [...] während acht Jahren die Schule besucht, anschliessend habe er während vier Jahren eine Berufsausbildung absolviert. Danach sei er nach [...] gegangen. Bis zum Unfall sei er während 12 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche als Kurierfahrer tätig gewesen. Seither sei er nicht mehr arbeitstätig. Er habe nochmals versucht, in seinem alten Team wieder zu arbeiten, es sei aber wegen der Konzentration und der Vergesslichkeit nicht mehr gegangen. Er verfare sich zum Beispiel aktuell oft sogar auf Strecken, die er früher oft gefahren sei. Er habe sich in [...] scheiden lassen und habe dort drei Kinder. Im Jahr 2018 habe er erneut geheiratet und sei Ehefrau habe eine 14-jährige Tochter, die in der gemeinsamen 3-Zimmer-Wohnung lebe. Es gebe keinen Lift. Es sei mühsam für ihn, in den dritten Stock zu kommen. In seinem gegenwärtigen Zustand sehe er keine Chance für eine berufliche Tätigkeit, z.B. wieder als Kurierfahrer. Auch sein Hobby, das Reparieren von Autos in der Garage, könne er nicht mehr ausüben. Es sei für ihn ein Problem, wenn er nicht arbeiten könne. Dies mache er eigentlich gerne.

Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde dargelegt, der Explorand leide seit einem innerstädtischen Heckauffahrunfall unter Nackenschmerzen mit

Ausstrahlung in den rechten Arm und in den Kopf. Neurologische Ausfälle seien bislang nicht dokumentiert. Die Neurographie des Nervus ulnaris rechts habe am 11. Januar 2019 einen Normalbefund ergeben (Bericht R.____ vom 17. Januar 2019). In gleicher Weise auch ein elektrophysiologischer Normalbefund bei der Untersuchung durch Dr. med. S.____, Facharzt für Neurologie, vom 29. November 2019). Dennoch gehe der Kollege davon aus, dass die intermittierenden sensiblen Missempfindungen der rechten Hand auf eine Affektion des Nervus ulnaris am Ellbogen zurückzuführen seien. Die Anamnese weise darauf hin. Bei der aktuellen Untersuchung habe der Explorand keine sensiblen Beschwerden gehabt und es hätten sich keine Hinweise für eine motorische Affektion des Nervus ulnaris ergeben. Hinweise für eine Aggravation oder Simulation ergäben sich nicht. Der Explorand könne vollschichtig und ohne Leistungsminderung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit anwesend sein. Die Arbeitsfähigkeit insgesamt in der bisherigen Tätigkeit werde aus neurologischer Sicht auf 100 % geschätzt. Aus neurologischer Sicht ergebe sich keine Notwendigkeit für eine Tätigkeitsanpassung (IV-Nr. 49.5 S. 9 ff.).

4.4 Aus dem neuropsychologischen Teilgutachten vom 21. Juni 2021 (T.____ M.Sc., Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP; Untersuchung vom 10. Juni 2021) geht hervor, der Explorand sei nach dem Militärdienst nach [...] ausgewandert und habe dort 14 Jahre als Staplerfahrer in einer Glasfabrik gearbeitet, später ca. 14 Jahre selbstständig als Mechaniker, Karoseriespengler und auf dem Bau. Während der Krankenschreibung habe er einige Arbeitsversuche als Springer im Sinne eines Tests unternommen (Sommer/Herbst 2018), dabei jedoch feststellen müssen, dass er die Anforderungen nicht mehr erfülle. Er habe sich nicht konzentrieren und die Pakete nicht rechtzeitig ausliefern können. Die Schmerzen seien zu stark gewesen. Er könne aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr arbeiten, auch wenn er es gerne wolle. Zuletzt sei er zur medizinischen Behandlung nach [...] gefahren (Sommer 2018). Ferienreisen unternehme er ansonsten keine. Er fahre zwar noch Auto, jedoch nur ohne Zeitdruck und kurze Strecken in seiner Umgebung. Zu den Ressourcen wurde u.a. erwähnt, die Kommunikation sei aufgrund reduzierter Deutschkenntnisse erschwert gewesen. Die Exploration sei auf Wunsch des Exploranden in Hochdeutsch sowie in [...] mit Hilfe eines anwesenden Dolmetschers erfolgt. Die Verständigung sei nicht eingeschränkt gewesen. Gemäss den Aussagen des Dolmetschers spreche der Explorand inhaltlich und formal korrekt. Wortfindungsstörungen seien nicht aufgefallen.

Zu den Untersuchungsbefunden (Testpsychologische Untersuchungen) wurde erklärt, die durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren (TOMM, RMT) seien auffällig. In beiden Verfahren werde der Cut-off für eine unauffällige Leistung unterschritten. Klinisch ergäben sich Hinweise für eine leicht fluktuierende Anstrengungsbereitschaft mit teilweise etwas demonstrativ anmutender langsam-umständlicher Arbeitsweise mit Antwortlatenzen. Es liessen sich inkonsistente und neuropsychologisch untypische Befunde in den durchgeführten Tests objektivieren. Der Explorand bearbeite gewisse Aufgaben ausgesprochen langsam, was im Widerspruch zum ansonsten unauffälligen mentalen Verarbeitungstempo stehe (z.B. Test zur Wortfindung oder auch in den Tests zur Verarbeitungsgeschwindigkeit, in denen formal schwerste Beeinträchtigungen vorlägen). Im verbalen Gedächtnistest zeige sich keinerlei Lerneffekt über die drei Lerndurchgänge und formal ein schwerst beeinträchtigtes Abrufen und Wiedererkennen, wie es erfahrungsgemäss nur bei schweren Demenzformen vorliege. Die Leistungen im Gedächtnistest wären nicht passend zum klinischen Eindruck und zur Tatsache, dass der

Explorand stattdessen Inhalte aus einem viel früheren Test anfangs der Abklärung (MMS) abrufe und sich am Schluss problemlos an die Vereinbarung mit dem Fahrdienst erinnere. Die Reaktionszeiten in der Aufgabe zur Grundaktivierung seien in einem Bereich, welcher auf eine bewusst langsame Reaktion hinweisen könnte. Neuropsychologisch ungenügend erklärbar sei zudem die Tatsache, dass der Explorand anspruchsvollere Aufgaben (Abzeichnen der Rey-Figur) besser löse als einfache (Abzeichnen der MMS-Figur). Aufgrund dieser Befunde seien die Validität und Konsistenz der neuropsychologischen Abklärung und damit der Ergebnisse in Frage gestellt. Aus neuropsychologischer Sicht sei daher eine Darstellung der einzelnen Testwerte und deren diagnostische Einordnung nicht zulässig, da ein Rückschluss auf die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit nicht zuverlässig möglich sei. Auf die Ausführungen zu den übrigen geprüften Testverfahren und kognitiven Funktionen müsse daher verzichtet werden.

Im Rahmen der neuropsychologischen Beurteilung wurde dargelegt, es hätten eine unauffällige Schul- und Berufslaufbahn und bis zum Unfall im Jahr 2018 subjektiv eine unauffällige kognitive Leistungsfähigkeit und rückblickend anamnestisch über Jahre beruflich ein gutes Funktionsniveau bestanden. Der Explorand schildere einige Monate nach dem Unfall eingesetzte und seither zunehmende und deutlich einschränkende kognitive Störungen im Alltag, wie sie vom geschilderten Ausmass her im klinischen Eindruck nicht objektivierbar seien: Der Explorand wirke präsent und konzentriert, zeige eine zügige und zuverlässige Auffassungsgabe und klinisch unauffällige Gedächtnisleistungen. Er vermute subjektiv eine Hirnverletzung durch den Unfall, wobei sich diesbezüglich aus den Akten keinerlei Hinweise ergäben und bei erst Monaten später einsetzender Symptomatik auf dem neuropsychologischen Fachgebiet nicht plausibel erscheine. Auf dem neuropsychologischen Fachgebiet seien bis anhin weder Abklärungen noch therapeutische Behandlungen erfolgt und, soweit klinisch zu beurteilen, auch nicht indiziert. Bei Aggravationstendenzen und anzunehmenden nicht validen Ergebnissen könne aus neuropsychologischer Sicht keine Herleitung von möglichen Funktions- und Fähigkeitsstörungen erfolgen. Aufgrund der nicht validen neuropsychologischen Abklärung mit wahrscheinlichen Aggravationstendenzen und nicht authentischer Beschwerdepräsentation könne zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf dem neuropsychologischen Fachgebiet keine Stellung genommen werden (IV-Nr. 49.8 S. 7 ff.).

4.5 Im orthopädischen Teilgutachten vom 30. Mai 2021 (Dr. med. U.____, Facharzt für Unfallchirurgie; Untersuchung vom 28. Mai 2021) wurde bei der Befunderhebung angegeben, während der gesamten Untersuchung sei der Explorand auf Widersprüche und Diskrepanzen zwischen Beschwerden während der formalen Untersuchung und dem Verhalten in scheinbar unbeobachteten Situationen (z.B. An- und Auskleiden, Gestik, Mimik, Sprachmelodie, Stimmung) beobachtet worden. Die Stimmung während der Befragung sei negativ gewesen. Ein aggravierendes Verhalten oder eine Betonung von Krankheitssymptomen habe über den gesamten Explorationszeitraum nicht beobachtet werden können. Er wirke glaubhaft, orthopädische Hilfsmittel seien nicht benützt worden. Er sei ohne Gehhilfen gehfähig. Die Ent- und Bekleidung im Ober- und Unterkörperbereich sei flüssig, schmerzfrei und zeitgerecht erfolgt. Während der gesamten Exploration seien weder Schon- noch Entlastungsbewegungen zu beobachten gewesen. Der Bewegungsablauf sei flüssig und sicher. Das Sitzen während der Befragung sei problemlos während der gesamten Dauer möglich. Ein Positionswechsel habe nicht stattgefunden. Ein Aufstehen während der Befragung sei nicht beobachtet worden.

Zur Krankheitsentwicklung wurde dargelegt, der Explorand habe ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma im Sinne eines Heckauffahrunfalles erlitten. Er sei Lenker des Fahrzeugs gewesen, das Auto sei nicht in Bewegung gewesen. Durch die kernspintomografische Untersuchung vom 13. September 2018 hätten traumatische, ossäre Veränderungen ausgeschlossen werden können. Man habe eine diskrete Diskusvorwölbung im Segment C5/C6 und C6/C7 sowie dorsale Spondylosen und eine osteodiscogene, verengte Foramina intervertebralia mit einer möglichen Nervenwurzelreizung gefunden. Zusätzlich bestünden Zeichen einer erosiven Osteochondrose Typ Modic 1 auf Höhe C5/6 und C6/7. Klinisch hätten nach den Angaben des Exploranden Schulterschmerzen und eine Dysästhesie des Nervus ulnaris rechts bestanden (Bericht vom 13. September 2018). Durch den neurologischen Abklärungsbericht vom 17. Januar 2019 hätten keine sensomotorischen Ausfallzeichen verifiziert werden können. Es sei ein vorwiegend muskuläres Zervikalsyndrom mit Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule diagnostiziert worden. Eine Physiotherapie sei durchgeführt worden. Konservative Behandlungsmassnahmen hätten zu keiner wesentlichen Beschwerdeverbesserung geführt. Durch den Bericht des Kreisarztes der Suva vom 19. August 2019 sei mehr als ein Jahr nach der HWS-Distorsion ohne Nachweis von unfallbedingten strukturellen Läsionen und unauffälliger neurologischer Untersuchung die volle Arbeitsfähigkeit festgestellt worden. Durch Kernspintomografie der rechten Schulter vom 20. Januar 2020 sei eine intakte Rotatorenmanschette gesehen worden. Es sei eine mässiggradige AC-Gelenksarthrose diagnostiziert worden. Ein Impingement der Supraspinatussehne sei nicht vorgelegen. Motorisch (grob- und feinmotorische Bewegungen, mechanisch (Heben und Tragen von Lasten mit Gewichtslimit) und statisch (sitzend, stehend, wechselbelastend) bestünden keine Einschränkungen. Ebenso wenig bei Arbeiten in Zwangshaltungen (kniend, bückend, kauend, Überkopf) und nach äusseren Umständen (Kälte, Feuchtigkeit, Nässe). Insgesamt könne von einer ausreichenden Konsistenz zwischen der Aktenlage mit Vorbefunden, den Eigenangaben des Exploranden und dem somatischen Befund ausgegangen werden. Eine valide Beurteilung sei deshalb aus orthopädisch-chirurgischer Sicht möglich. Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet bestehe keine Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Verweistätigkeit (IV-Nr. 49.3 S. 14 ff.).

4.6 Der rheumatologische Teilgutachter (Dr. med. V.____, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie; Untersuchung vom 28. April 2021) stellte im Rahmen der Befunderhebung fest, der Explorand gebe bei der Befragung willig Auskunft und sei auch in der Lage, relativ präzise zu antworten. Teilweise erfolge dies auf Deutsch. Längere Ausführungen müssten jedoch übersetzt werden. Der Untersuchungsraum werde mit einem völlig unauffälligen Gangbild betreten. Das Entkleiden zur Untersuchung erfolge zügig und unbehindert. Hierzu zähle auch das Überkopftkleiden. Die Halswirbelsäule werde nicht steif gehalten. Sämtliche Bewegungsabläufe, sowohl unbeobachtet als auch bei der klinischen Untersuchung, seien unauffällig. Die Wirbelsäule sei völlig frei bewegbar. Somit sei es dem Exploranden möglich, bei Vornüberbeugen mit durchgestreckten Beinen spontan mit den Fingern den Boden zu erreichen. Die Wirbelsäule entfalte sich hierbei regelrecht. Die Halswirbelsäule könne in allen Ebenen frei bewegt werden. Eine nennenswerte Verspannung der Schultergürtel- und Nackenmuskulatur könne nicht gefunden werden. Bei der manuellen Untersuchung werde ein diffuser Schmerz an der rechten Halsseite bis an den inneren oberen Winkel des Schulterblattes geklagt. Aktuell habe er keine ausstrahlenden Schmerzen in den rechten Arm. Der Nacken- und Schürzengriff sei

problemlos durchführbar. Zusammenfassend könne auf rheumatologischem Gebiet kein Anhalt für eine Erkrankung gefunden werden. Es konnten keine Diagnosen gestellt werden. Im Weiteren wurde ausgeführt, bezüglich der Unfallfolgen vom 20. Juli 2018 mit persistierenden Nackenschmerzen und passagerer Ausstrahlung in die rechte Hand sei auf das orthopädische Gutachten zu verweisen. Ergänzend sei das rheumatologische Gutachten gewünscht worden, um weitere entzündliche Probleme auszuschliessen. Sowohl aus der Aktenlage als auch bei der aktuellen Untersuchung gebe es keinen Anhalt für eine rheumatische Erkrankung. Seropositive Laborwerte seien nicht vorhanden. Es finde auch seit längerem keine gezielte Behandlung der Halswirbelsäule mehr statt, insbesondere keine Behandlung auf rheumatologischem Gebiet. Kernspintomographisch sei am 13. September 2018 eine Foramenstenose C6/7 rechts festgestellt worden, welche unfallunabhängig sei. Aus dieser Region könnten die Nerven gereizt werden und ein C6-C8 Symptom provozieren. Aktuell liege jedoch diesbezüglich keine Symptomatik vor. Auf rheumatologischem Gebiet bestehe sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Eine retrospektive Beurteilung einer potentiellen Entwicklung einer Verweistätigkeit werde als spekulativ erachtet. Von einer rückwirkenden Bemessung bezüglich einer Verweistätigkeit werde daher abgesehen (IV-Nr. 49.6 S. 14 ff.).

4.7 Aus dem oto-rhino-laryngologischen Teilgutachten (Dr. med. W.____, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie FMH) vom 8. Juni 2021 (Untersuchung vom 28. Mai 2021) gehen die Diagnosen (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «chronischer Tinnitus (ICD-10: H93.1)» und «hochgradige kombinierte Schwerhörigkeit links mit Schalleitungsblock (ICD-10: H90.7), St.n. Tympanoplastik 1989» hervor. Im Weiteren wurde ausgeführt, nach dem Autounfall vom 20. Juli 2018 habe sich ein progredienter Tinnitus entwickelt. Er führe zu einem hohen Leidensdruck und beeinträchtige den Schlaf. Er sei daher als mittelgradig kompensiert anzusehen. Die beidseitige Wahrnehmung, die Latenz bis zum Auftreten nach dem Unfall und der progrediente Verlauf liessen eine somatosensorische Ursache durch Verspannungen der Nackenmuskulatur vermuten. Anhaltspunkte für eine cochleäre Schädigung durch den Unfall finde man nicht. Vor 30 Jahren sei eine Tympanoplastik am linken Ohr durchgeführt worden. Audiometrisch zeige sich links ein vollständiger Unterbruch der Schallübertragung über die Gehörknöchelchenkette bei normalem Hörvermögen rechts. Diese hochgradige einseitige Schwerhörigkeit habe eine Einschränkung der Sprachdiskrimination bei Umgebungslärm zur Folge. Zum Verlauf wurde dargelegt, über die Art des im Jahr 1989 durchgeführten Ohreingriffs bestünden keine Unterlagen. Die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität lautete dahingehend, die Schlafqualität werde durch den Tinnitus beeinträchtigt. Die Einschränkung in den alltäglichen Verrichtungen stehe gegenüber der Belastung durch die Schmerzsymptomatik im Hintergrund. Nach einer einmaligen ORL-ärztlichen Untersuchung seien diesbezüglich keine weiteren therapeutischen Massnahmen in Anspruch genommen worden. Die einseitige Schwerhörigkeit habe bislang keine Einschränkungen in den beruflichen und alltäglichen Funktionen zur Folge gehabt. Der beidseitige Tinnitus führe zu Schlaf- und Konzentrationsproblemen. Eine wesentliche Einschränkung der alltäglichen oder beruflichen Funktionen lasse sich daraus nicht ableiten. Die durch die Schmerzsymptomatik und die partnerschaftlichen Spannungen beeinträchtigte psycho-emotionale Verfassung könne die Tinnituswahrnehmung zusätzlich negativ beeinflussen. Aus HNO-ärztlicher Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit keine Beschränkung der möglichen Präsenzzeit; die Leistungsfähigkeit sei nicht vermindert. Eine leidensadaptierte Tätigkeit sollte wegen der

einseitigen Schwerhörigkeit keine intensiven Kunden- und Mitarbeitergespräche beinhalten und kein Sprachverstehen in Hintergrundlärm erfordern. Um eine Schädigung des Gehörs zu verhindern, dürften keine Tätigkeiten mit Lärmexposition ausgeübt werden. In einer solchen leidensadaptierten Tätigkeit bestehe keine Einschränkung der möglichen Präsenzzeit und der Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 49.7 S. 13 ff.).

4.8 Im psychiatrischen Teilgutachten von med. pract. X.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Juni 2021 (Untersuchung vom 14. Juni 2021) wurde zur sprachlichen Verständigung dargelegt, die Untersuchung und Exploration sei unter Hinzuziehung eines neutralen, unabhängigen Dolmetschers durchgeführt worden. Die Deutschsprachenkenntnisse des Exploranden seien für eine Exploration unzureichend gewesen. Dem Dolmetscher gegenüber habe sich der Explorand in seiner Muttersprache () geäußert. Die wenigen Sätze, die er an den Gutachter gerichtet habe, seien in Schweizerdeutsch mit fremdsprachigem Akzent erfolgt. Die gestellte Diagnose (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) lautete auf «Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0)». Zur Herleitung dieser Diagnose wurde dargelegt, bei der aktuellen Untersuchung stelle sich ein Explorand vor, der nach einer Heckkollision vom 20. Juli 2018, bei welcher er eine HWS-Distorsion erlitten habe, über fortbestehende Beschwerden von Seiten der HWS und Verspannungen des Nackens klage. Zudem sei ein weiteres buntes Bild an Symptomen wie Hörminderung, Insomnie, Störung der vita sexualis, Gereiztheit, Sehstörungen, Tinnitus, Magenbeschwerden und Hämorrhoidenleiden angeführt worden. Entsprechend dem Dossier sei ein guter Teil der vom Exploranden beklagten körperlicher Beschwerden auf eine somatische Genese zurückzuführen, sodass alleine aus diesem Grund ■ und weil sich kein Zusammenhang mit einem unbewussten intrapsychischen Konflikt habe herstellen lassen ■ keine Diagnose aus dem somatoformen Diagnosespektrum gestellt werden könne. Obwohl der Explorand aktuell etwas morose und dysphorisch herabgestimmt gewirkt habe, habe keine floride depressive Symptomatik festgestellt werden können. Der Explorand wirke enttäuscht, gekränkt und etwas verbittert. Es habe den Anschein gehabt, dass er u.a., weil er «immer gearbeitet habe», ein Recht auf eine Entschädigung habe. Die vom den Exploranden ambulant behandelnden Psychiater Dr. med. O.____ in den Berichten vom 2. Dezember 2019 und 18. März 2020 angeführte Diagnose einer Anpassungsstörung, dysthyme-depressive Symptomatik mit Somatisierung (ICD-10 F43.22) habe aktuell so nicht bestätigt werden können. Zudem wäre die Diagnose einer Anpassungsstörung nicht geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit auf Dauer ■ insbesondere nicht in rentenbegründendem Ausmass ■ zu begründen. Auch habe sich, wenngleich der Explorand dysthym herabgestimmt gewirkt habe, nicht die Diagnose einer Dysthymie und schon gar nicht die einer leichten oder mittelgradigen depressiven Störung feststellen lassen. Auch der behandelnde Psychiater habe keine depressive Störung diagnostiziert; eine Diagnose, welche über diejenige einer Anpassungsstörung hinausgehe, sei von ihm nicht gestellt worden. Zudem dürfte es schwierig sein, dass vom Unfallereignis noch eine Wirkung im Sinne einer Anpassungsstörung ausgehen sollte, da diese per definitionem nach spätestens zwei Jahren als aufgelöst bezeichnet sein sollte. Es sei anzuführen, dass sich aktuell keinerlei Anhaltspunkte für das Bestehen einer Traumafolgestörung habe explorieren lassen, zumal weder ein auslösendes Ereignis noch eine entsprechende Symptomatik beklagt worden sei und sich dies auch nicht habe explorieren lassen. Die im IV-Bericht von Dr. med. O.____ vom 18. März 2020 angeführte Diagnose der Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) schein auch aktuell zu bestehen. Es mache den Anschein, dass der Explorand unzufrieden mit den Ergebnissen der

Untersuchungen und der Behandlung und insgesamt enttäuscht über die mangelnde persönliche Zuwendung sei. Er erwarte wohl eine finanzielle Entschädigung nach dem Unfall. Es sei deutlich geworden, dass auch psychosozialen und damit versicherungspsychiatrisch nicht zu berücksichtigenden Faktoren bei der Aufrechterhaltung und Bedingung der Umstände keine untergeordnete Rolle zugekommen seien. Aus der gestellten Diagnose lasse sich letztlich, entgegen den Ausführungen des behandelnden Psychiaters in dessen Berichten, aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten.

Unter Berücksichtigung der Standardindikatoren könne in der Kategorie «funktioneller Schweregrad» auf psychiatrischem Fachgebiet keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die Behandlungsaktivität sei derzeit niedrig und würde, sofern benötigt, Möglichkeiten zur allfälligen Intensivierung beinhalten. Eine versicherungspsychiatrisch relevante Komorbidität habe nicht festgestellt werden können. Bezüglich der Persönlichkeitsdiagnostik hätten keine Hinweise für eine versicherungspsychiatrisch relevante Störung bestanden. Hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» lasse sich das Ausmass der angegebenen Beschwerden nur teilweise begründen. Wenngleich das Aktivitätsniveau im Alltag vom Exploranden als deutlich reduziert angegeben worden sei, stelle sich die Frage nach der Realitätsgerechtigkeit. Es hätten sich auch Inkonsistenzen (selbstständiges Chauffieren eines PW, Laboruntersuchungen, neuropsychologische Untersuchung) ergeben. Die im Rahmen dieses Gutachtens durchgeführte neuropsychologische Untersuchung habe ■ aufgrund einer wahrscheinlich nicht authentischen Beschwerdepräsentation bei Aggravationstendenzen ■ keine weiterführenden Symptome, Störungen oder Diagnosen ergeben. Auch aus psychiatrischer Sicht lasse sich keine gleichmässige Einschränkung in allen vergleichbaren Bereichen feststellen.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde angegeben, rein medizinisch theoretisch wäre der Explorand unter Berücksichtigung der auf neuropsychologischem Fachgebiet erhobenen Befunde in der Lage, sämtliche seinem körperlichen Belastungsprofil angepasste Tätigkeiten, ohne integrale Reduktion, vollschichtig mit einem 100%-Pensum zu verrichten. Dabei wäre aus rein psychiatrischer Sicht die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ideal angepasste Tätigkeit zu bezeichnen. Zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit wurde dargelegt, entsprechend dem Dossier und den Ausführungen in der psychiatrischen Beurteilung der Suva (Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) vom 24. Februar 2020 und den beiden Berichten des den Exploranden ambulant behandelnden Psychiaters Dr. med. O.____, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Dezember 2019 und 18. März 2020, der keine über eine Anpassungsstörung hinausgehende Diagnose aus dem depressiven Formenkreis gestellt habe, könne davon ausgegangen werden, dass vorbestehend keine ausgeprägtere depressive Symptomatik oder eine schwerwiegende andere Erkrankung, Störung, Symptomatik oder Diagnose auf psychiatrischem Fachgebiet bestanden habe. Es sei davon auszugehen, dass seit dem Unfallereignis keine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Störung bestanden habe (IV-Nr. 49.9 S. 20 ff.).

E. 3.1

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch

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

E. 3.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

E. 3.5

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu

würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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 (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.6 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 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).

4. Der Beschwerdeführer macht geltend, dem B.___-Gutachten vom 1. Juli 2021 komme kein Beweiswert zu. Die seit dem Administrativgutachten erfolgten Abklärungen liessen Zweifel an der Schlüssigkeit des Gutachtens aufkommen. Es basiere auf unvollständigen Untersuchungen und auf einer unvollständigen Aktenlage (Beschwerde, S. 8 ff. Ziff. 6 bis 8; A.S. 17 ff.). Im Folgenden sind die Begutachtungsergebnisse der B.___-Gutachter darzulegen:

4.1 Der Konsensbeurteilung des polydisziplinären (allgemein-internistischen, neurologischen, neuropsychologischen, orthopädischen, rheumatologischen, oto-rhino-laryngologischen und psychiatrischen) B.___-Gutachtens vom 1. Juli 2021 können keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Die gestellten Diagnosen (Status nach Kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma QTF Grad II vom 23.07.2018; Zervikalgien mit teilweise Zervicozephalgien [ICD-10: M53.82] und fraglich zervicoradikulären Schmerzen rechts bei Diskusprotrusionen mit dorsaler Spondylose und erosiver Osteochondrose [ICD-10: M42.12] C5/6 und C6/7 mit foraminale Einengungen C6 beidseits, C7 rechts; Nikotinabusus, kum. ca. 35 py [ICD-10: Z72.0]; arterielle Hypertonie [ICD-10 I10.90]; atherosklerotische Plaques Aa. Carotis interna bds. [ICD-10: I65.2]; Spannungskopfschmerzen [ICD-10: G44.2]; chronischer Tinnitus [ICD-10: H93.1]; hochgradige kombinierte Schwerhörigkeit links mit Schalleitungsblock [ICD-10: H90.7], Status nach Tympanoplastik 1989; Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen [ICD-10: F68.0]; nicht quantifizierbare neuropsychologische Störung aufgrund einer wahrscheinlich nicht authentischen Beschwerdepräsentation bei Aggravationstendenzen) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter legten im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung im Wesentlichen dar, der Explorand habe am 23. (recte: 20.; vgl. IV-Nr. 7.54) Juli 2018 ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma im Sinne eines Heckauffahrunfalles erlitten. Er sei Lenker des Fahrzeugs gewesen, sein Auto sei nicht in Bewegung gewesen. Durch die kernspintomographische Untersuchung vom 13. September 2018 hätten traumatische, ossäre Veränderungen ausgeschlossen werden können. Man habe eine diskrete Diskusvorwölbung im Segment C5/C6 und C6/C7 sowie dorsale Spondylosen

und eine osteodiscogene, verengte Foramina intervertebralia mit einer möglichen Nervenwurzelreizung finden können. Zusätzlich bestünden Zeichen einer erosiven Osteochondrose Typ Modic 1 auf Höhe C5/C6 und C6/C7. Klinisch seien nach Angabe des Exploranden Schulterschmerzen und eine Dysästhesie des Nervus ulnaris rechts vorhanden gewesen (Bericht vom 13. September 2018). Durch den neurologischen Abklärungsbericht vom 17. Januar 2019 hätten keine sensomotorischen Ausfallszeichen verifiziert werden können. Es sei ein vorwiegend muskuläres Zervikalsyndrom mit Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule diagnostiziert worden. Eine Physiotherapie sei durchgeführt worden. Konservative Behandlungsmassnahmen hätten zu keiner wesentlichen Beschwerdeverbesserung geführt. Durch den Bericht des Kreisarztes der Suva vom 19. August 2019 sei mehr als ein Jahr nach der HWS-Distorsion ohne Nachweis von unfallbedingten strukturellen Läsionen und unauffälliger neurologischer Untersuchung die volle Arbeitsfähigkeit festgestellt worden. Die Kernspintomographie der rechten Schulter vom 20. Januar 2020 habe eine intakte Rotatorenmanschette gezeigt. Im Weiteren stellten die Gutachter fest, es bestünden keine offensichtlichen limitierenden Belastungsfaktoren. Der Explorand habe folgende Ressourcen: die Kommunikationsfähigkeit in der Muttersprache sei gut gegeben, die Motivation habe eingeschränkt geschienen, die Therapieadhärenz sei fraglich vorhanden, früher sei er ein leidenschaftlicher Sänger gewesen, er habe grosses Interesse und Fertigkeiten im Umgang mit Autos (Bastler), das soziale Umfeld (Familie, Freunde und Kollegen) sei gegeben. Eine geordnete Tagesstruktur bestehe nach den Angaben des Exploranden kaum. In der Gesamtwürdigung sei festzustellen, dass beim Exploranden ausreichend Ressourcen vorhanden seien. Es sei ihm über viele Jahre hinweg gelungen, den an ihn gestellten sozialen Erwartungen – wenn auch drei Eheschliessungen etwas auffällig seien – zu entsprechen, seinen Platz im Alltag und Arbeitsleben zu finden und sich in der Schweiz zu integrieren, auch wenn er die Landessprache nicht abschliessend erlernt habe. Dies alles spreche für das Bestehen von Ressourcen und Resilienz. Weshalb das Unfallereignis vom 20. Juli 2018 einen so schwerwiegenden Einschnitt in die Kontinuität des Lebens des Exploranden beinhalten sollte, habe psychodynamisch abschliessend nicht geklärt werden können. Es sei davon auszugehen, dass sich beim Exploranden ein Wunsch nach Entschädigung bzw. Wiedergutmachung eingestellt habe. Bei der Konsistenzprüfung wurde angegeben, auf allgemein-internistischem Fachgebiet seien dahingehend Inkonsistenzen zu finden, dass der Medikamentenspiegel für das vom Exploranden als regelmässig eingenommen angegebene Analgetikum deutlich unterhalb des therapeutischen Bereichs liege, was für eine unregelmässige Einnahme spreche und die Vermutung nahe lege, dass die Schmerzen nicht so stark seien, dass das Analgetikum eingenommen werden müsse oder alternativ nicht für die Beschwerden des Exploranden geeignet sei. Analog finde sich dies – ausser bei Venlafaxin – auch bei den übrigen Plasmamedikamentenspiegeln wieder. Aus neuropsychologischer Sicht fielen die beiden durchgeführten Symptomvalidierungsverfahren auffällig aus. Auch zeigten sich neuropsychologisch nicht erklärbare Inkonsistenzen in den Testbefunden sowie zwischen den ermittelten Testbefunden und dem klinischen Eindruck. Klinisch ergäben sich Hinweise auf eine gelegentlich nicht stabile Anstrengungsbereitschaft bei grundsätzlich erhaltener Kooperation. Die Konsistenz und Validität der neuropsychologischen Befunde sei aufgrund einer wahrscheinlich nicht-authentischen Beschwerdepräsentation nicht gegeben und folglich sei auf dem neuropsychologischen Fachgebiet weder eine Aussage zu Funktions- und Fähigkeitsstörungen noch eine Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit möglich. Aus

psychiatrischer Sicht scheine zumindest eine Verdeutlichungstendenz zu bestehen. Zudem hätten sich Inkonsistenzen in der neuropsychologischen Untersuchung aufgrund einer wahrscheinlich nicht authentischen Beschwerdepräsentation bei Aggravationstendenzen ergeben. Aus interdisziplinärer Sicht wurde eine Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als Kurierfahrer als auch in einer angepassten Verweistätigkeit von 0 % festgestellt, wobei aus neuropsychologischer Sicht keine Angaben gemacht werden konnten. Zum Verlauf wurde dargelegt, eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. -unfähigkeit – ohne die begutachtete Person auch früher selber untersucht zu haben – sei nicht unproblematisch, da man sich auf von anderen Personen erhobene Anamnesen, Befunde und daraus abgeleitete Diagnosen verlassen müsse. Retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der echtzeitlich erhobenen Befunde und gestützt darauf vorgenommenen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nicht möglich. Möglich sei hingegen eine Würdigung aus aktueller Sicht. Zur Begründung wurde aus psychiatrischer Sicht dargelegt, entsprechend dem Dossier und den Ausführungen in der psychiatrischen Beurteilung der Suva (Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) vom 24. Februar 2020 und den beiden Berichten des den Exploranden ambulant behandelnden Psychiaters Dr. med. O.____, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Dezember 2019 und 18. März 2020, der keine über eine Anpassungsstörung hinausgehende Diagnose aus dem depressiven Formenkreis gestellt habe, könne – wie es sich auch aktuell habe explorieren lassen – davon ausgegangen werden, dass vorbestehend keine ausgeprägtere depressive Symptomatik oder eine schwerwiegendere andere Erkrankung, Störung, Symptomatik oder Diagnose auf psychiatrischen Fachgebiet bestanden habe. Es sei auch davon auszugehen, dass seit dem Unfallereignis keine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Störung bestanden habe.

4.2 Dem allgemein-internistischen Teilgutachten vom 23. April 2021 (Dr. med. P.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin; Untersuchung vom 12. April 2021) kann entnommen werden, der aus [...] stammende und im Jahr 2011 in die Schweiz immigrierte Explorand sei Vater von drei Kindern. Er habe in [...] eine Ausbildung zum Kellner absolviert. Zuletzt habe er seit Januar 2018 bei [...], [...], und seit April 2018 bei [...], [...], als Kurierfahrer mit einem Pensum von je 50 % gearbeitet. Der Explorand gebe an, bis zum Unfall gesund gewesen zu sein. Seit dem Unfall fehlten ihm die Fahrreflexe. Der Psychiater spreche ihm die Fahrtauglichkeit ab. Im Umkreis von 15 km könne er mit dem PKW fahren, mehr gehe nicht. Als er seine Tochter habe besuchen wollen, sei er in die falsche Richtung gefahren, weil ihm die Orientierung gefehlt habe. Am Wochenende habe er immer in der Garage gearbeitet, dies sei sein Hobby gewesen. Er könne nun nicht mehr nach oben schauen oder die Arme hochheben. Er könne auch nicht unter das Auto liegen oder sich in den Motorraum beugen. Eine Tätigkeit, die er im Moment machen könne, wisse er nicht. Zur sprachlichen Verständigung wurde erwähnt, die Exploration sei in Schweizerdeutsch mit fremdsprachigem Dialekt sowie in der Muttersprache des Exploranden mit Hilfe eines Dolmetschers erfolgt. Die Verständigung sei nicht eingeschränkt gewesen. Zum Behandlungsverlauf wurde angegeben, die auf allgemein-internistischem Fachgebiet derzeit eingeleiteten medikamentösen Therapien seien lege artis in Art, Umfang und Intensität. Aufgrund der Anamnese, den zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie der aktuellen Begutachtung bestünden keine Hinweise für eine mangelnde Kooperation des Exploranden bezüglich der Therapiemassnahmen. Die aufgelisteten Diagnosen (Nikotinabusus, arterielle Hypertonie, atherosklerotische Plaques Aorta Carotis interna beidseits) seien einer medikamentösen Therapie und eine Lifestylenmodulation gut zugänglich. Auf

allgemein-internistischem Fachgebiet finde man Inkonsistenzen dahingehend, dass der Medikamentenspiegel für das vom Exploranden als regelmässig eingenommen angegebene Analgetikum deutlich unterhalb des therapeutischen Bereichs liege, was für eine unregelmässige Einnahme spreche und die Vermutung nahe lege, dass die Schmerzen nicht so stark seien. Analog finde sich dies, ausser bei Venlafaxin, auch bei den übrigen Plasmamedikamentenspiegeln wieder. Hinweise für Aggravation oder Simulation seien nicht zu finden. Aufgrund der aktuellen Anamnese, der körperlichen Untersuchung sowie hinsichtlich der Aktenlage ergäben sich auf allgemein-internistischem Fachgebiet keine IV-relevanten Diagnosen oder entsprechende Funktionseinschränkungen. Entsprechend sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder in einer etwaigen Verweistätigkeit als rein allgemein-internistischer Sicht nicht eingeschränkt (IV-Nr. 49.4 S. 9 ff.). 4.3 Aus dem neurologischen Teilgutachten vom 17. Mai 2021 (Prof. Dr. med. Q.____, Facharzt für Neurologie; Untersuchung vom 27. April 2021) geht hervor, der Explorand habe in [...] während acht Jahren die Schule besucht, anschliessend habe er während vier Jahren eine Berufsausbildung absolviert. Danach sei er nach [...] gegangen. Bis zum Unfall sei er während 12 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche als Kurierfahrer tätig gewesen. Seither sei er nicht mehr arbeitstätig. Er habe nochmals versucht, in seinem alten Team wieder zu arbeiten, es sei aber wegen der Konzentration und der Vergesslichkeit nicht mehr gegangen. Er verfare sich zum Beispiel aktuell oft sogar auf Strecken, die er früher oft gefahren sei. Er habe sich in [...] scheiden lassen und habe dort drei Kinder. Im Jahr 2018 habe er erneut geheiratet und sei Ehefrau habe eine 14-jährige Tochter, die in der gemeinsamen 3-Zimmer-Wohnung lebe. Es gebe keinen Lift. Es sei mühsam für ihn, in den dritten Stock zu kommen. In seinem gegenwärtigen Zustand sehe er keine Chance für eine berufliche Tätigkeit, z.B. wieder als Kurierfahrer. Auch sein Hobby, das Reparieren von Autos in der Garage, könne er nicht mehr ausüben. Es sei für ihn ein Problem, wenn er nicht arbeiten könne. Dies mache er eigentlich gerne. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde dargelegt, der Explorand leide seit einem innerstädtischen Heckauffahrunfall unter Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm und in den Kopf. Neurologische Ausfälle seien bislang nicht dokumentiert. Die Neurographie des Nervus ulnaris rechts habe am 11. Januar 2019 einen Normalbefund ergeben (Bericht R.____ vom 17. Januar 2019). In gleicher Weise auch ein elektrophysiologischer Normalbefund bei der Untersuchung durch Dr. med. S.____, Facharzt für Neurologie, vom 29. November 2019). Dennoch gehe der Kollege davon aus, dass die intermittierenden sensiblen Missempfindungen der rechten Hand auf eine Affektion des Nervus ulnaris am Ellbogen zurückzuführen seien. Die Anamnese weise darauf hin. Bei der aktuellen Untersuchung habe der Explorand keine sensiblen Beschwerden gehabt und es hätten sich keine Hinweise für eine motorische Affektion des Nervus ulnaris ergeben. Hinweise für eine Aggravation oder Simulation ergäben sich nicht. Der Explorand könne vollschichtig und ohne Leistungsminderung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit anwesend sein. Die Arbeitsfähigkeit insgesamt in der bisherigen Tätigkeit werde aus neurologischer Sicht auf 100 % geschätzt. Aus neurologischer Sicht ergebe sich keine Notwendigkeit für eine Tätigkeitsanpassung (IV-Nr. 49.5 S. 9 ff.). 4.4 Aus dem neuropsychologischen Teilgutachten vom 21. Juni 2021 (T.____ M.Sc., Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP; Untersuchung vom 10. Juni 2021) geht hervor, der Explorand sei nach dem Militärdienst nach [...] ausgewandert und habe dort 14 Jahre als Staplerfahrer in einer Glasfabrik gearbeitet, später ca. 14 Jahre selbstständig als Mechaniker, Karosseriespengler und auf dem Bau. Während der Krankschreibung habe er einige Arbeitsversuche als

Springer im Sinne eines Tests unternommen (Sommer/Herbst 2018), dabei jedoch feststellen müssen, dass er die Anforderungen nicht mehr erfülle. Er habe sich nicht konzentrieren und die Pakete nicht rechtzeitig ausliefern können. Die Schmerzen seien zu stark gewesen. Er könne aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr arbeiten, auch wenn er es gerne wolle. Zuletzt sei er zur medizinischen Behandlung nach [...] gefahren (Sommer 2018). Ferienreisen unternehme er ansonsten keine. Er fahre zwar noch Auto, jedoch nur ohne Zeitdruck und kurze Strecken in seiner Umgebung. Zu den Ressourcen wurde u.a. erwähnt, die Kommunikation sei aufgrund reduzierter Deutschkenntnisse erschwert gewesen. Die Exploration sei auf Wunsch des Exploranden in Hochdeutsch sowie in [...] mit Hilfe eines anwesenden Dolmetschers erfolgt. Die Verständigung sei nicht eingeschränkt gewesen. Gemäss den Aussagen des Dolmetschers spreche der Explorand inhaltlich und formal korrekt. Wortfindungsstörungen seien nicht aufgefallen. Zu den Untersuchungsbefunden (Testpsychologische Untersuchungen) wurde erklärt, die durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren (TOMM, RMT) seien auffällig. In beiden Verfahren werde der Cut-off für eine unauffällige Leistung unterschritten. Klinisch ergäben sich Hinweise für eine leicht fluktuierende Anstrengungsbereitschaft mit teilweise etwas demonstrativ anmutender langsam-umständlicher Arbeitsweise mit Antwortlatenzen. Es liessen sich inkonsistente und neuropsychologisch untypische Befunde in den durchgeführten Tests objektivieren. Der Explorand bearbeite gewisse Aufgaben ausgesprochen langsam, was im Widerspruch zum ansonsten unauffälligen mentalen Verarbeitungstempo stehe (z.B. Test zur Wortfindung oder auch in den Tests zur Verarbeitungsgeschwindigkeit, in denen formal schwerste Beeinträchtigungen vorlägen). Im verbalen Gedächtnistest zeige sich keinerlei Lerneffekt über die drei Lerndurchgänge und formal ein schwerst beeinträchtigtes Abrufen und Wiedererkennen, wie es erfahrungsgemäss nur bei schweren Demenzformen vorliege. Die Leistungen im Gedächtnistest wären nicht passend zum klinischen Eindruck und zur Tatsache, dass der Explorand stattdessen Inhalte aus einem viel früheren Test anfangs der Abklärung (MMS) abrufe und sich am Schluss problemlos an die Vereinbarung mit dem Fahrdienst erinnere. Die Reaktionszeiten in der Aufgabe zur Grundaktivierung seien in einem Bereich, welcher auf eine bewusst langsame Reaktion hinweisen könnte. Neuropsychologisch ungenügend erklärbar sei zudem die Tatsache, dass der Explorand anspruchsvollere Aufgaben (Abzeichnen der Rey-Figur) besser löse als einfache (Abzeichnen der MMS-Figur). Aufgrund dieser Befunde seien die Validität und Konsistenz der neuropsychologischen Abklärung und damit der Ergebnisse in Frage gestellt. Aus neuropsychologischer Sicht sei daher eine Darstellung der einzelnen Testwerte und deren diagnostische Einordnung nicht zulässig, da ein Rückschluss auf die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit nicht zuverlässig möglich sei. Auf die Ausführungen zu den übrigen geprüften Testverfahren und kognitiven Funktionen müsse daher verzichtet werden. Im Rahmen der neuropsychologischen Beurteilung wurde dargelegt, es hätten eine unauffällige Schul- und Berufslaufbahn und bis zum Unfall im Jahr 2018 subjektiv eine unauffällige kognitive Leistungsfähigkeit und rückblickend anamnestisch über Jahre beruflich ein gutes Funktionsniveau bestanden. Der Explorand schildere einige Monate nach dem Unfall eingesetzte und seither zunehmende und deutlich einschränkende kognitive Störungen im Alltag, wie sie vom geschilderten Ausmass her im klinischen Eindruck nicht objektivierbar seien: Der Explorand wirke präsent und konzentriert, zeige eine zügige und zuverlässige Auffassungsgabe und klinisch unauffällige Gedächtnisleistungen. Er vermute subjektiv eine Hirnverletzung durch den Unfall, wobei sich diesbezüglich aus den Akten keinerlei

Hinweise ergäben und bei erst Monaten später einsetzender Symptomatik auf dem neuropsychologischen Fachgebiet nicht plausibel erscheine. Auf dem neuropsychologischen Fachgebiet seien bis anhin weder Abklärungen noch therapeutische Behandlungen erfolgt und, soweit klinisch zu beurteilen, auch nicht indiziert. Bei Aggravationstendenzen und anzunehmenden nicht validen Ergebnissen könne aus neuropsychologischer Sicht keine Herleitung von möglichen Funktions- und Fähigkeitsstörungen erfolgen. Aufgrund der nicht validen neuropsychologischen Abklärung mit wahrscheinlichen Aggravationstendenzen und nicht authentischer Beschwerdepräsentation könne zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf dem neuropsychologischen Fachgebiet keine Stellung genommen werden (IV-Nr. 49.8 S. 7 ff.).

4.5 Im orthopädischen Teilgutachten vom 30. Mai 2021 (Dr. med. U.____, Facharzt für Unfallchirurgie; Untersuchung vom 28. Mai 2021) wurde bei der Befunderhebung angegeben, während der gesamten Untersuchung sei der Explorand auf Widersprüche und Diskrepanzen zwischen Beschwerden während der formalen Untersuchung und dem Verhalten in scheinbar unbeobachteten Situationen (z.B. An- und Auskleiden, Gestik, Mimik, Sprachmelodie, Stimmung) beobachtet worden. Die Stimmung während der Befragung sei negativ gewesen. Ein aggravierendes Verhalten oder eine Betonung von Krankheitssymptomen habe über den gesamten Explorationszeitraum nicht beobachtet werden können. Er wirke glaubhaft, orthopädische Hilfsmittel seien nicht benützt worden. Er sei ohne Gehhilfen gehfähig. Die Ent- und Bekleidung im Ober- und Unterkörperbereich sei flüssig, schmerzfrei und zeitgerecht erfolgt. Während der gesamten Exploration seien weder Schon- noch Entlastungsbewegungen zu beobachten gewesen. Der Bewegungsablauf sei flüssig und sicher. Das Sitzen während der Befragung sei problemlos während der gesamten Dauer möglich. Ein Positionswechsel habe nicht stattgefunden. Ein Aufstehen während der Befragung sei nicht beobachtet worden. Zur Krankheitsentwicklung wurde dargelegt, der Explorand habe ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma im Sinne eines Heckauffahrunfalles erlitten. Er sei Lenker des Fahrzeugs gewesen, das Auto sei nicht in Bewegung gewesen. Durch die kernspintomografische Untersuchung vom 13. September 2018 hätten traumatische, ossäre Veränderungen ausgeschlossen werden können. Man habe eine diskrete Diskusvorwölbung im Segment C5/C6 und C6/C7 sowie dorsale Spondylosen und eine osteodiscogene, verengte Foramina intervertebralia mit einer möglichen Nervenwurzelreizung gefunden. Zusätzlich bestünden Zeichen einer erosiven Osteochondrose Typ Modic 1 auf Höhe C5/6 und C6/7. Klinisch hätten nach den Angaben des Exploranden Schulterschmerzen und eine Dysästhesie des Nervus ulnaris rechts bestanden (Bericht vom 13. September 2018). Durch den neurologischen Abklärungsbericht vom 17. Januar 2019 hätten keine sensomotorischen Ausfallzeichen verifiziert werden können. Es sei ein vorwiegend muskuläres Zervikalsyndrom mit Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule diagnostiziert worden. Eine Physiotherapie sei durchgeführt worden. Konservative Behandlungsmassnahmen hätten zu keiner wesentlichen Beschwerdebesserung geführt. Durch den Bericht des Kreisarztes der Suva vom 19. August 2019 sei mehr als ein Jahr nach der HWS-Distorsion ohne Nachweis von unfallbedingten strukturellen Läsionen und unauffälliger neurologischer Untersuchung die volle Arbeitsfähigkeit festgestellt worden. Durch Kernspintomografie der rechten Schulter vom 20. Januar 2020 sei eine intakte Rotatorenmanschette gesehen worden. Es sei eine mässiggradige AC-Gelenksarthrose diagnostiziert worden. Ein Impingement der Supraspinatussehne sei nicht vorgelegen. Motorisch (grob- und feinmotorische Bewegungen, mechanisch (Heben und Tragen von Lasten mit Gewichtslimit) und statisch

(sitzend, stehend, wechselbelastend) bestünden keine Einschränkungen. Ebenso wenig bei Arbeiten in Zwangshaltungen (kniend, bückend, kauend, Überkopf) und nach äusseren Umständen (Kälte, Feuchtigkeit, Nässe). Insgesamt könne von einer ausreichenden Konsistenz zwischen der Aktenlage mit Vorbefunden, den Eigenangaben des Exploranden und dem somatischen Befund ausgegangen werden. Eine valide Beurteilung sei deshalb aus orthopädisch-chirurgischer Sicht möglich. Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet bestehe keine Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Verweistätigkeit (IV-Nr. 49.3 S. 14 ff.).

4.6 Der rheumatologische Teilgutachter (Dr. med. V.____, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie; Untersuchung vom 28. April 2021) stellte im Rahmen der Befunderhebung fest, der Explorand gebe bei der Befragung willig Auskunft und sei auch in der Lage, relativ präzise zu antworten. Teilweise erfolge dies auf Deutsch. Längere Ausführungen müssten jedoch übersetzt werden. Der Untersuchungsraum werde mit einem völlig unauffälligen Gangbild betreten. Das Entkleiden zur Untersuchung erfolge zügig und unbehindert. Hierzu zähle auch das Überkopftentkleiden. Die Halswirbelsäule werde nicht steif gehalten. Sämtliche Bewegungsabläufe, sowohl unbeobachtet als auch bei der klinischen Untersuchung, seien unauffällig. Die Wirbelsäule sei völlig frei bewegbar. Somit sei es dem Exploranden möglich, bei Vornüberbeugen mit durchgestreckten Beinen spontan mit den Fingern den Boden zu erreichen. Die Wirbelsäule entfalte sich hierbei regelrecht. Die Halswirbelsäule könne in allen Ebenen frei bewegt werden. Eine nennenswerte Verspannung der Schultergürtel- und Nackenmuskulatur könne nicht gefunden werden. Bei der manuellen Untersuchung werde ein diffuser Schmerz an der rechten Halsseite bis an den inneren oberen Winkel des Schulterblattes geklagt. Aktuell habe er keine ausstrahlenden Schmerzen in den rechten Arm. Der Nacken- und Schürzengriff sei problemlos durchführbar. Zusammenfassend könne auf rheumatologischem Gebiet kein Anhalt für eine Erkrankung gefunden werden. Es konnten keine Diagnosen gestellt werden. Im Weiteren wurde ausgeführt, bezüglich der Unfallfolgen vom 20. Juli 2018 mit persistierenden Nackenschmerzen und passagerer Ausstrahlung in die rechte Hand sei auf das orthopädische Gutachten zu verweisen. Ergänzend sei das rheumatologische Gutachten gewünscht worden, um weitere entzündliche Probleme auszuschliessen. Sowohl aus der Aktenlage als auch bei der aktuellen Untersuchung gebe es keinen Anhalt für eine rheumatische Erkrankung. Seropositive Laborwerte seien nicht vorhanden. Es finde auch seit längerem keine gezielte Behandlung der Halswirbelsäule mehr statt, insbesondere keine Behandlung auf rheumatologischem Gebiet. Kernspintomographisch sei am 13. September 2018 eine Foramenstenose C6/7 rechts festgestellt worden, welche unfallunabhängig sei. Aus dieser Region könnten die Nerven gereizt werden und ein C6-C8 Symptom provozieren. Aktuell liege jedoch diesbezüglich keine Symptomatik vor. Auf rheumatologischem Gebiet bestehe sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Eine retrospektive Beurteilung einer potentiellen Entwicklung einer Verweistätigkeit werde als spekulativ erachtet. Von einer rückwirkenden Bemessung bezüglich einer Verweistätigkeit werde daher abgesehen (IV-Nr. 49.6 S. 14 ff.).

4.7 Aus dem oto-rhino-laryngologischen Teilgutachten (Dr. med. W.____, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie FMH) vom 8. Juni 2021 (Untersuchung vom 28. Mai 2021) gehen die Diagnosen (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «chronischer Tinnitus (ICD-10: H93.1)» und «hochgradige kombinierte Schwerhörigkeit links mit Schalleitungsblock (ICD-10: H90.7), St.n. Tympanoplastik 1989» hervor. Im Weiteren wurde ausgeführt, nach dem Autounfall vom 20. Juli 2018 habe

sich ein progredienter Tinnitus entwickelt. Er führe zu einem hohen Leidensdruck und beeinträchtige den Schlaf. Er sei daher als mittelgradig kompensiert anzusehen. Die beidseitige Wahrnehmung, die Latenz bis zum Auftreten nach dem Unfall und der progrediente Verlauf liessen eine somatosensorische Ursache durch Verspannungen der Nackenmuskulatur vermuten. Anhaltspunkte für eine cochleäre Schädigung durch den Unfall finde man nicht. Vor 30 Jahren sei eine Tympanoplastik am linken Ohr durchgeführt worden. Audiometrisch zeige sich links ein vollständiger Unterbruch der Schallübertragung über die Gehörknöchelchenkette bei normalem Hörvermögen rechts. Diese hochgradige einseitige Schwerhörigkeit habe eine Einschränkung der Sprachdiskrimination bei Umgebungslärm zur Folge. Zum Verlauf wurde dargelegt, über die Art des im Jahr 1989 durchgeführten Ohreingriffs bestünden keine Unterlagen. Die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität lautete dahingehend, die Schlafqualität werde durch den Tinnitus beeinträchtigt. Die Einschränkung in den alltäglichen Verrichtungen stehe gegenüber der Belastung durch die Schmerzsymptomatik im Hintergrund. Nach einer einmaligen ORL-ärztlichen Untersuchung seien diesbezüglich keine weiteren therapeutischen Massnahmen in Anspruch genommen worden. Die einseitige Schwerhörigkeit habe bislang keine Einschränkungen in den beruflichen und alltäglichen Funktionen zur Folge gehabt. Der beidseitige Tinnitus führe zu Schlaf- und Konzentrationsproblemen. Eine wesentliche Einschränkung der alltäglichen oder beruflichen Funktionen lasse sich daraus nicht ableiten. Die durch die Schmerzsymptomatik und die partnerschaftlichen Spannungen beeinträchtigte psycho-emotionale Verfassung könne die Tinnituswahrnehmung zusätzlich negativ beeinflussen. Aus HNO-ärztlicher Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit keine Beschränkung der möglichen Präsenzzeit; die Leistungsfähigkeit sei nicht vermindert. Eine leidensadaptierte Tätigkeit sollte wegen der einseitigen Schwerhörigkeit keine intensiven Kunden- und Mitarbeitergespräche beinhalten und kein Sprachverstehen in Hintergrundlärm erfordern. Um eine Schädigung des Gehörs zu verhindern, dürften keine Tätigkeiten mit Lärmexposition ausgeübt werden. In einer solchen leidensadaptierten Tätigkeit bestehe keine Einschränkung der möglichen Präsenzzeit und der Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 49.7 S. 13 ff.). 4.8 Im psychiatrischen Teilgutachten von med. pract. X.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Juni 2021 (Untersuchung vom 14. Juni 2021) wurde zur sprachlichen Verständigung dargelegt, die Untersuchung und Exploration sei unter Hinzuziehung eines neutralen, unabhängigen Dolmetschers durchgeführt worden. Die Deutschsprachenkenntnisse des Exploranden seien für eine Exploration unzureichend gewesen. Dem Dolmetscher gegenüber habe sich der Explorand in seiner Muttersprache () geäußert. Die wenigen Sätze, die er an den Gutachter gerichtet habe, seien in Schweizerdeutsch mit fremdsprachigem Akzent erfolgt. Die gestellte Diagnose (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) lautete auf «Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0)». Zur Herleitung dieser Diagnose wurde dargelegt, bei der aktuellen Untersuchung stelle sich ein Explorand vor, der nach einer Heckkollision vom 20. Juli 2018, bei welcher er eine HWS-Distorsion erlitten habe, über fortbestehende Beschwerden von Seiten der HWS und Verspannungen des Nackens klage. Zudem sei ein weiteres buntes Bild an Symptomen wie Hörminderung, Insomnie, Störung der vita sexualis, Gereiztheit, Sehstörungen, Tinnitus, Magenbeschwerden und Hämorrhoidenleiden angeführt worden. Entsprechend dem Dossier sei ein guter Teil der vom Exploranden beklagten körperlicher Beschwerden auf eine somatische Genese zurückzuführen, sodass alleine aus diesem Grund – und weil sich kein Zusammenhang mit einem unbewussten intrapsychischen Konflikt habe herstellen lassen –

keine Diagnose aus dem somatoformen Diagnosespektrum gestellt werden könne. Obwohl der Explorand aktuell etwas morose und dysphorisch herabgestimmt gewirkt habe, habe keine floride depressive Symptomatik festgestellt werden können. Der Explorand wirke enttäuscht, gekränkt und etwas verbittert. Es habe den Anschein gehabt, dass er u.a., weil er «immer gearbeitet habe», ein Recht auf eine Entschädigung habe. Die vom den Exploranden ambulant behandelnden Psychiater Dr. med. O. ___ in den Berichten vom 2. Dezember 2019 und 18. März 2020 angeführte Diagnose einer Anpassungsstörung, dysthyme-depressive Symptomatik mit Somatisierung (ICD-10 F43.22) habe aktuell so nicht bestätigt werden können. Zudem wäre die Diagnose einer Anpassungsstörung nicht geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit auf Dauer – insbesondere nicht in rentenbegründendem Ausmass – zu begründen. Auch habe sich, wenngleich der Explorand dysthym herabgestimmt gewirkt habe, nicht die Diagnose einer Dysthymie und schon gar nicht die einer leichten oder mittelgradigen depressiven Störung feststellen lassen. Auch der behandelnde Psychiater habe keine depressive Störung diagnostiziert; eine Diagnose, welche über diejenige einer Anpassungsstörung hinausgehe, sei von ihm nicht gestellt worden. Zudem dürfte es schwierig sein, dass vom Unfallereignis noch eine Wirkung im Sinne einer Anpassungsstörung ausgehen sollte, da diese per definitionem nach spätestens zwei Jahren als aufgelöst bezeichnet sein sollte. Es sei anzuführen, dass sich aktuell keinerlei Anhaltspunkte für das Bestehen einer Traumafolgestörung habe explorieren lassen, zumal weder ein auslösendes Ereignis noch eine entsprechende Symptomatik beklagt worden sei und sich dies auch nicht habe explorieren lassen. Die im IV-Bericht von Dr. med. O. ___ vom 18. März 2020 angeführte Diagnose der Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) scheine auch aktuell zu bestehen. Es mache den Anschein, dass der Explorand unzufrieden mit den Ergebnissen der Untersuchungen und der Behandlung und insgesamt enttäuscht über die mangelnde persönliche Zuwendung sei. Er erwarte wohl eine finanzielle Entschädigung nach dem Unfall. Es sei deutlich geworden, dass auch psychosozialen und damit versicherungspsychiatrisch nicht zu berücksichtigenden Faktoren bei der Aufrechterhaltung und Bedingung der Umstände keine untergeordnete Rolle zugekommen seien. Aus der gestellten Diagnose lasse sich letztlich, entgegen den Ausführungen des behandelnden Psychiaters in dessen Berichten, aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten. Unter Berücksichtigung der Standardindikatoren könne in der Kategorie «funktioneller Schweregrad» auf psychiatrischem Fachgebiet keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die Behandlungsaktivität sei derzeit niedrig und würde, sofern benötigt, Möglichkeiten zur allfälligen Intensivierung beinhalten. Eine versicherungspsychiatrisch relevante Komorbidität habe nicht festgestellt werden können. Bezüglich der Persönlichkeitsdiagnostik hätten keine Hinweise für eine versicherungspsychiatrisch relevante Störung bestanden. Hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» lasse sich das Ausmass der angegebenen Beschwerden nur teilweise begründen. Wenngleich das Aktivitätsniveau im Alltag vom Exploranden als deutlich reduziert angegeben worden sei, stelle sich die Frage nach der Realitätsgerechtigkeit. Es hätten sich auch Inkonsistenzen (selbstständiges Chauffieren eines PW, Laboruntersuchungen, neuropsychologische Untersuchung) ergeben. Die im Rahmen dieses Gutachtens durchgeführte neuropsychologische Untersuchung habe – aufgrund einer wahrscheinlich nicht authentischen Beschwerdepräsentation bei Aggravationstendenzen – keine weiterführenden Symptome, Störungen oder Diagnosen ergeben. Auch aus psychiatrischer Sicht lasse sich

keine gleichmässige Einschränkung in allen vergleichbaren Bereichen feststellen. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde angegeben, rein medizinisch theoretisch wäre der Explorand unter Berücksichtigung der auf neuropsychologischem Fachgebiet erhobenen Befunde in der Lage, sämtliche seinem körperlichen Belastungsprofil angepasste Tätigkeiten, ohne integrale Reduktion, vollschichtig mit einem 100%-Pensum zu verrichten. Dabei wäre aus rein psychiatrischer Sicht die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ideal angepasste Tätigkeit zu bezeichnen. Zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit wurde dargelegt, entsprechend dem Dossier und den Ausführungen in der psychiatrischen Beurteilung der Suva (Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) vom 24. Februar 2020 und den beiden Berichten des den Exploranden ambulant behandelnden Psychiaters Dr. med. O.____, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Dezember 2019 und 18. März 2020, der keine über eine Anpassungsstörung hinausgehende Diagnose aus dem depressiven Formenkreis gestellt habe, könne davon ausgegangen werden, dass vorbestehend keine ausgeprägtere depressive Symptomatik oder eine schwerwiegende andere Erkrankung, Störung, Symptomatik oder Diagnose auf psychiatrischen Fachgebiet bestanden habe. Es sei davon auszugehen, dass seit dem Unfallereignis keine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Störung bestanden habe (IV-Nr. 49.9 S. 20 ff.).

E. 4

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 6. Dezember 2023 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (A.S. 31 ff.). 2.3 Mit Replik vom 19. Februar 2024 hält der Beschwerdeführer an seinen in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren fest, wobei er weitere medizinischen Unterlagen (Beschwerdebeilagen [BB] 5 bis 7) einreicht (A.S. 43 f.). 2.4 Das Gericht stellt mit Verfügung vom 18. März 2024 fest, dass die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik verzichtet hat (A.S. 46). 2.5 Mit Eingabe vom 10. April 2024 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein. Diese wird in der Folge der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt (A.S. 47 ff.). 2.6 Am 12. August 2024 lässt der Beschwerdeführer einen weiteren medizinischen Bericht (BB 8) einreichen. Dieser geht in der Folge zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin (A.S. 53 f.). 2.7 Mit Instruktionsverfügung vom 14. März 2025 wird den Parteien mitgeteilt, das Gericht beabsichtige, mit der Vorladungsverfügung zur beantragten öffentlichen Schlussverhandlung das Beweisverfahren zu schliessen. Der Parteien wird Frist gesetzt, dem Gericht allfällige Beweismittel einzureichen (A.S. 55). 2.8 Am 23. April 2025 lässt der Beschwerdeführer dem Gericht einen weiteren medizinischen Bericht (BB 9) zugehen (A.S. 61). 2.9 Mit Instruktionsverfügung vom 12. Mai 2025 wird die Eingabe des Beschwerdeführers vom 23. April 2025 samt Beilage zur Kenntnisnahme zugestellt. Im Weiteren werden die Parteien zur vom Beschwerdeführer beantragten öffentlichen Verhandlung vom Dienstag, 8. Juli 2025, 15:45 Uhr, Obergerichtssaal, vorgeladen. Das Beweisverfahren wird als geschlossen erklärt und der Beschwerdegegnerin wird das Erscheinen freigestellt (A.S. 62 f.). 2.10 Die Beschwerdegegnerin teilt dem Gericht am 16. Juni 2025 schriftlich mit, dass sie an der öffentlichen Verhandlung nicht teilnehmen werde (A.S. 65). 2.11 Am 8. Juli 2025 führt das Versicherungsgericht die erwähnte öffentliche Hauptverhandlung durch (siehe Protokoll der Hauptverhandlung vom 8. Juli 2025; A.S. 67 ff.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Streitig ist, ob das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers im Vorbescheidverfahren verletzt wurde und ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder berufliche Eingliederungsmassnahmen hat. Aufgrund seiner Anmeldung vom 28. Mai 2019 (Eingang; IV-Nr. 2) könnte ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente frühestens ab 1. November 2019 bestehen (Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]; vgl. E. II. 3.2 hiernach). Die Beschwerdegegnerin verneint einen Leistungsanspruch. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. September 2023 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte IVG in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtsätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen. Diese werden in der Folge auch zitiert.

2. 2.1 Der Beschwerdeführer stellt den Hauptantrag, die Sache sei aufgrund einer schweren Verletzung seines rechtlichen Gehörs zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung bringt er im Wesentlichen vor, die Beschwerdegegnerin habe vor dem Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. September 2023 u.a. bei den C.____ einen ausführlichen Bericht vom 6. September 2023 eingeholt, welcher sich zur Behandlung seit dem 12. Dezember 2022 geäussert und eine Verschlechterung der psychischen Gesundheitslage festgehalten habe. Zu diesem Bericht, welcher vor dem 25. September 2023 nicht vorgelegen sei, habe sich der Beschwerdeführer ebenso wenig äussern können wie zur Stellungnahme des RAD vom 12. September 2023 (Beschwerde, S. 5 ff. Ziff. 5.; A.S. 14 ff.).

2.2 Nach Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) und Art. 42 Satz 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen und Einsicht in die Akten zu nehmen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann. Voraussetzung des Äusserungsrechts sind genügende Kenntnisse über den Verfahrensverlauf, was auf das Recht hinausläuft, in geeigneter Weise über die entscheidungswesentlichen Vorgänge und Grundlagen vorweg orientiert zu werden. Wie weit dieses Recht geht, lässt sich nicht generell, sondern nur unter Würdigung der konkreten Umstände beurteilen. Entscheidend ist, ob dem Betroffenen ermöglicht wurde, seinen Standpunkt wirksam zur Geltung zu bringen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_162/2019, 9C_191/2019 vom 29. Mai 2019 E. 5.3.3.1. und 8C_420/2018 vom 13. März 2019 E. 5.2.2., je mit Hinweisen).

2.3 Die Beschwerdegegnerin stellte dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 5. August 2022 in Aussicht, es bestehe gestützt auf das polydisziplinäre B.____-Gutachten vom 1. Juli 2021 kein Anspruch auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen (IV-Nr. 76 S. 2 ff.). Mit Einwand vom 14. September 2022 liess der Beschwerdeführer einen weiteren medizinischen Bericht einreichen und geltend

machen, eine medizinische Aktenbeurteilung der neuen Pathologien wäre unstatthaft (IV-Nr. 80). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin weitere aktuelle medizinische Unterlagen ein, u.a. einen Bericht der C.____, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, [...], vom 6. September 2023 (IV-Nr. 104 S. 1 ff.). Dazu (und zu weiteren aktuellen medizinischen Berichten) nahm die RAD-Ärztin Dr. med. D.____, Praktische Ärztin und Fachärztin für Arbeitsmedizin, am 12. September 2023 Stellung (IV-Nr. 106 S. 2 f.). Am 13. September 2023 ersuchte der Beschwerdeführer die Beschwerdegegnerin, die seit letzter Akteneinsicht vom 11. August 2022 ergangenen vollständigen IV-Akten zur Einsichtnahme zukommen zu lassen (IV-Nr. 107). Diese Akten wurden dem Beschwerdeführer am 15. September 2023 zugestellt (IV-Nr. 108). Am 25. September 2023 erliess die Beschwerdegegnerin die vorliegend angefochtene Verfügung, worin der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers abgewiesen wurde (IV-Nr. 109). Mit separatem Schreiben gleichen Datums teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer noch mit, in der angefochtenen Verfügung sei auf die RAD-Stellungnahmen vom 3. August 2023 und 12. September 2023 verwiesen worden. Sie habe festgestellt, dass diese versehentlich nicht mitgeschickt worden seien, weshalb sie diese nun in der Beilage zustelle (IV-Nr. 111). Damit steht fest, dass die vom Beschwerdeführer erwähnte Stellungnahme des RAD vom 12. September 2023 dem Beschwerdeführer vor Verfügungserlass nicht zur Kenntnis- und allfälligen Stellungnahme zugestellt wurde. Dies wird von der Beschwerdegegnerin denn auch nicht bestritten (vgl. Beschwerdeantwort, S. 1 [A.S. 31]).

2.4 Demnach konnte sich der Beschwerdeführer zur vorerwähnten Stellungnahme des RAD vom 12. September 2023 (IV-Nr. 106) nicht vor Verfügungserlass äussern, da ihm diese erst zusammen mit der vorliegend angefochtenen Verfügung mit separatem Schreiben zugestellt wurde. Der Bericht der C.____ vom 6. September 2023 (IV-Nr. 104 S. 1 ff.) hingegen, zu welchem der RAD – neben anderen medizinischen Berichten – am 12. September 2023 Stellung genommen hatte, wurde dem Beschwerdeführer am 15. September 2023 und damit noch vor Verfügungserlass zugestellt (vgl. IV-Nr. 108). Dementsprechend hielt auch der Beschwerdeführer fest, der Bericht der C.____ vom 6. September 2023 sei ihm mit der Aktenzustellung einige Tage zuvor (25. [recte: 15.] September 2023 bekannt gemacht worden (Beschwerde, S. 5 [A.S. 14]). Dem in der Beschwerde zwei Seiten später (auf S. 7) geltend gemachten Einwand, der Bericht der C.____ vom 6. September 2023 sei ihm vor Verfügungserlass nicht vorgelegen, geht somit fehl. Vor Verfügungserlass konnte sich der Beschwerdeführer ausschliesslich zur RAD-Stellungnahme vom 12. September 2023 (und zu derjenigen vom 3. August 2023 [IV-Nr. 102 S. 2 f.]; vgl. IV-Nr. 111) nicht äussern. Dieses Vorgehen der Beschwerdegegnerin wird vom Beschwerdeführer ausdrücklich als Verletzung seines rechtlichen Gehörs gerügt. Dem ist entgegenzuhalten, dass es sich bei der RAD-Stellungnahme vom 12. September 2023 nicht um eine eigenständige fachmedizinische Einschätzung, sondern um die Würdigung der im Vorbescheidverfahren neu eingereichten medizinischen Berichte von pract. med. E.____, Facharzt Neurochirurgie FMH (F.____), vom 15. Juni 2022 (IV-Nr. 75 S. 8 f.) und 22. Juli 2021 (IV-Nr. 55 S. 7 f.), des G.____ (Dr. med. H.____) vom 29. Juli 2022 (IV-Nr. 79 S. 7 f.), des I.____ (Dr. med. J.____, Oberarzt Kardiologie) vom 20. Oktober 2022 (IV-Nr. 90 S. 1 ff.), des K.____, L.____ (Prof. Dr. med. M.____, Oberarzt), vom 18. Juli 2023 (IV-Nr. 103 S. 5 ff.) und der C.____, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, [...], vom 6. September 2023 (IV-Nr. 104 S. 1 ff.) mit Blick auf die Begutachtungsergebnisse des B.____-Gutachtens vom 1. Juli 2021 handelt. In der Stellungnahme vom 12. September 2023 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. D.____ im Wesentlichen fest, es handle sich anhand der neuen Befundberichte um

verbesserbare bzw. verbesserte medizinische Zustandsbilder und eine Verschlechterung könne nicht objektiviert werden (IV-Nr. 106 S. 2 f.). Beschränkt sich ein Bericht darauf, an sich feststehende Tatsachen sachverständig zu würdigen, entfällt das Recht auf vorgängige Anhörung. Dementsprechend hat das Bundesgericht einen kantonalen Entscheid bestätigt, laut welchem die IV-Stelle Berichte des RAD, die im Rahmen von dessen beratender Funktion (Art. 49 Abs. 3 IVV) gestützt auf die Akten erstattet werden, der betroffenen Partei nicht vor dem Verfügungserlass unterbreiten muss, wenn es sich um eine bloss «Beweiswürdigung» der medizinischen Aktenlage zuhanden der verfügenden Instanz handelt. Das rechtliche Gehör ist jedoch zu gewähren, wenn die RAD-Stellungnahme eine neue medizinische Erkenntnis oder Behauptung enthält, welche nicht den Akten entnommen werden kann (VersG SG IV 2009/280 vom 6. April 2011, bestätigt durch das Urteil des Bundesgerichts 9C_436/2011 vom 5. August 2011, E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_501/2012 vom 24. Juli 2012, E. 4.2). Die in der Stellungnahme des RAD vom 12. September 2023 vorgenommene Würdigung der vorerwähnten aktuellen Berichte enthält keine neuen medizinischen Erkenntnisse oder eine neue Behauptung, welche nicht den Akten entnommen werden könnten. Es wurden auch nicht entscheidrelevante Abklärungen durchgeführt, zu denen sich der Beschwerdeführer vor Verfügungserlass nicht hätte äussern können. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ist somit nicht ersichtlich.

2.5 Selbst wenn von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen wäre, müsste Folgendes beachtet werden: Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus – im Sinne einer Heilung des Mangels – selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204, 132 V 387 E. 5.1 S. 390 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_420/2018 vom 13. März 2019 E. 5.2.2. mit Hinweis; Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 252 Rz. 1331 ff.). Der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer zur Stellungnahme des RAD vom 12. September 2023 vor Verfügungserlass nicht äussern konnte, würde eine nicht besonders schwerwiegende Gehörsverletzung darstellen, welche im vorliegenden Beschwerdeverfahren geheilt werden könnte, da das Versicherungsgericht über volle Kognition verfügt. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren gelten der Untersuchungsgrundsatz und das Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Im Verlauf des Verwaltungsverfahrens wurden umfassende medizinische Abklärungen getätigt, weitere Untersuchungen sind nicht erforderlich. Prozessthema bildet ausschliesslich die Beurteilung des streitigen Anspruchs auf der Grundlage der vorhandenen Unterlagen. Die Positionen der Parteien gehen aus den Akten klar hervor und erscheinen als gefestigt. Eine Rückweisung müsste unter diesen Umständen als prozessualer Leerlauf qualifiziert werden, der eine Verzögerung des Verfahrens nach sich zöge, ohne dass irgendein Nutzen erkennbar wäre. Dies gilt es zu vermeiden. Demnach wäre von der vom Beschwerdeführer beantragten Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur erneuten Durchführung des Vorbescheidverfahrens (vgl. Beschwerde, S. 2,

Rechtsbegehren Ziff. 2a; A.S. 11) ohnehin abzusehen. 3.

E. 5.1

5.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 25. September 2023 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gestützt auf das oben (unter E. II. 4 hiervor) wiedergegebene B.____-Gutachten vom 1. Juli 2021 könne beim Beschwerdeführer keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Es gebe keine Hinweise darauf, dass sein Gesundheitszustand vor der Begutachtung jemals schlechter gewesen sei. Eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit könne demnach ausgeschlossen werden. Zu den im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwänden wurde dargelegt, im Verlauf dieses Verfahrens seien verschiedene Arztberichte eingegangen. Es handle sich dabei insbesondere um Berichte der Y.____, der I.____, des G.____ sowie der C.____. Der Einwand des Beschwerdeführers sowie die neuen medizinischen Unterlagen seien dem RAD zur Prüfung vorgelegt worden. Gemäss dessen Stellungnahmen vom 3. August 2023 und 12. September 2023 bestehe eine medizinische Situation mit Therapieoptimierungspotential, d.h. die therapeutischen Möglichkeiten seien nicht ausgeschöpft. Vor diesem Hintergrund könne eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers nicht objektiviert werden. Weitere Abklärungen erübrigten sich damit (IV-Nr. 109; A.S. 1 ff.).

5.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber gelten machen, das B.____-Gutachten vom 1. Juli 2021 habe an Aktualität eingebüsst. Es stütze sich auf Untersuchungen von April bis Juni 2021 ab, welche im Verfügungszeitpunkt (25. September 2023) bereits 2 ½ Jahre alt gewesen seien. Der Gesundheitszustand habe sich seither massgebend verändert. So seien seit der Begutachtung eine Rotatorenmanschettenläsion der linken Schulter sowie ein therapierefraktäres lumboschialgiformes Schmerzsyndrom bei Segmentdegeneration LWK 4/5 (Bericht von Dr. med. E.____ vom 15. Juni 2022) sowie die Entwicklung einer schweren depressiven Symptomatik nach vorheriger Anpassungsstörung (Bericht von Dr. med. Z.____ vom 6. September 2023) bekannt. Ebenfalls aktenkundig sei eine Kopfschmerzsymptomatik, welche gemäss neurologischem Bericht vom 18. Juli 2023 auch im Rahmen einer chronischen Migräne und einer Neuroborreliose (bei grenzwertig positiver Borrelioseserologie) stehen könne. Die diesbezügliche Auseinandersetzung mit diesen Berichten durch die RAD-Ärztin Dr. med. D.____ vom 12. September 2023 sei keine rechtskonforme. Sie habe weder über einen lückenlosen Befund verfügt (vor allem hinsichtlich der Schulter- und Rückenleiden), noch ergebe sich eine Klärung der divergenten Beurteilung der C.____, sodass diesbezüglich zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit bestünden. Schliesslich sei die Aussage der RAD-Ärztin, wonach die grundsätzliche Behandelbarkeit des Rückenleidens oder der schweren Depression sinngemäss keine Verschlechterung bzw. Invalidisierung zu begründen vermöge, invalidenversicherungsrechtlich nicht haltbar. Zu dem (gegenüber dem Zeitpunkt der Begutachtung neuen) Schulterleiden habe sich Dr. med. D.____ überhaupt nicht geäussert. Es sei offensichtlich, dass von einem «an sich feststehenden medizinischen Sachverhalt», bei welchem eine blosser Aktenbeurteilung noch als rechtsgenügend angesehen werden könnte, vorliegend nicht ausgegangen werden könne. Die seit dem Administrativgutachten ergangenen Abklärungen liessen Zweifel an der Schlüssigkeit desselben aufkommen. So vermöge die Neuroborreliose, sollte sie denn bei weiteren Abklärungen definitiv bestätigt werden, nicht nur Schmerzen zu erklären, sondern gegebenenfalls auch neurokognitive

Defizite.

Im Weiteren wurde dargelegt, das B.____-Gutachten basiere auf unvollständigen Untersuchungen und auf einer unvollständigen Aktenlage. Im Rahmen der Begutachtung seien keine bildgebenden Abklärungen durchgeführt worden, weder bezüglich der zervikalen Wirbelsäule noch der rechten Schulter. Den Gutachtern sei nicht einmal der Befundbericht über das am 13. September 2018 durchgeführte MRI der HWS zur Verfügung gestanden. Man finde in den Akten lediglich Untersuchungsberichte, welche auf diese bildgebende Abklärung hinwiesen. Sowohl diese bildgebende Abklärung der HWS wie auch der Befundbericht über das Arthro MRI vom 20. Januar 2020 seien im Begutachtungszeitpunkt über 2 ½ Jahre bzw. 1 ½ Jahre alt gewesen. Bei der zervikalen Stenose handle es sich um ein progredientes Leiden. Auch könne eine Einengung oder Kompression des Rückenmarks und eine pathologische Beweglichkeit zwischen den Halswirbelkörpern lege artis nur mittels MRT geklärt werden. Die Vorlage einzig eines Befundberichts genüge zur Klärung der Gesundheitsstörung nicht. Es komme hinzu, dass weitere bildgebende Abklärungen der HWS stattgefunden hätten, z.B. diejenigen vom 30. Juni 2020, von denen der rheumatologische Gutachter der B.____ keine Ahnung gehabt habe. Aufgrund dieser bildgebenden Befunde mit u.a. «Einengung des Neuroforamens rechts mehr als links, konsekutiv Nervenwurzelirritation im Segment C5/6 rechts mehr als links (.)» und der klinischen Untersuchungsbefunde ergäben sich gemäss der Berichterstattung von Dr. med. T.____ Zeichen einer Kompression der Nervenwurzeln C5-7 im Rahmen einer foraminalen Stenose, welche zu Druck auf die Nervenwurzeln führten. Der Beschwerdeführer habe denn auch diesbezüglich korrelierende Nackenschmerzen bis in den Hinterkopf und Schmerzen über die Schultern bis in die Arme und Finger. Pract. med. E.____ habe schliesslich gemäss Bericht von Dr. med. T.____ vom 20. August 2021 eine Dekompressionsoperation als indiziert erachtet. Zuerst führe man allerdings noch monatlich Infiltrationen bis Januar 2022 durch. Dementsprechend sei davon auszugehen, dass den Gutachtern der B.____ wesentliche Aspekte der Krankengeschichte entgangen und von ihnen ausgeblendet worden seien.

Zum psychiatrischen Teilgutachten der B.____ sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer aus [...] komme und [...] spreche. Die Übersetzungsperson sei jedoch [...] Muttersprache und diese habe dem Vernehmen nach vom Exploranden vieles falsch verstanden, weil es eben nicht seine Muttersprache sei. Der Beschwerdeführer habe teilweise auch Mühe gehabt, das vom Übersetzer Gefragte zu verstehen. Schliesslich sei der Beschwerdeführer der Auffassung, dass die Beschwerdegegnerin mit dem ersten Vorbescheid eine befristete Invalidenrente zugesprochen habe, wobei sie auf die echtzeitlichen Arztzeugnisse der Behandler und die Beurteilung der Suva abgestellt habe. Die Beschwerdegegnerin hätte nicht auf diese befristete Rentenzusprache zurückkommen dürfen (A.S. 10 ff.).

5.1.3 In ihrer Beschwerdeantwort beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und verweist bezüglich einer nach der Begutachtung eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustands auf die angefochtene Verfügung und die RAD-Stellungnahmen vom 3. August 2023 sowie 12. September 2023. Im Weiteren legt sie dar, vor dem Hintergrund, dass vor dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Beschwerden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestanden hätten und gestützt auf die Akten der Suva erstellt sei, dass auch nach dem Unfall keine langandauernde Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe, sei nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihren Vorbescheid vom 12. Oktober 2023 ersetzt und in der Folge

einen Rentenanspruch abgelehnt habe (A.S. 31 ff.).

5.1.4 In seiner Replik hält der Beschwerdeführer an seinem in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren fest. Zur Begründung legt er dar, die Behauptung der Beschwerdegegnerin zur Verbesserbarkeit der psychiatrischen Befunde stelle eine reine Mutmassung dar und sei durch den nun eingereichten Bericht der C.____ vom 13. Dezember 2023, wonach eine unverändert schwere Pathologie vorliege, widerlegt. Auch die Kopfschmerzen seien von der Beschwerdegegnerin bzw. im Administrativgutachten ungenügend berücksichtigt worden (Bericht der Neurologie des Y.____ vom 20. Dezember 2023). Was die psychische Gesundheitslage angehe, so vermöge auch der zeitliche Aspekt nichts daran zu ändern, dass eine psychische Verschlechterung im Raume stehe, welche abzuklären sei (IV-Nr. 43 f.). An der öffentlichen Hauptverhandlung erneuert der Beschwerdeführer seine in der Beschwerde und der Replik gestellten Rechtsbegehren und hält an seinen Ausführungen fest (vgl. A.S. 67 ff.).

5.3. Die B.____-Gutachter kamen in ihrer Konsensbeurteilung zum Schluss, es könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden und es bestehe weder in der bisherigen Tätigkeit als Kurierfahrer noch in einer Verweistätigkeit eine Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit (vgl. E. II. 4.1 hiervor). Im Folgenden ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. September 2023, welche rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildet (Urteil des Bundesgerichts I 940/06 vom 19. November 2007 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 129 V 167 E. 1 S. 169), relevant verschlechtert hat. Der Beschwerdeführer macht geltend, es bestünden konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit des B.____-Gutachtens, weil es an Aktualität eingebüsst habe. Er stützt sich dabei auf den Bericht von pract. med 2023 (IV-Nr. 106 S. 2 f.) sei nicht rechtskonform erfolgt. Die seit dem Administrativgutachten ergangenen Abklärungen liessen Zweifel an der Schlüssigkeit desselben aufkommen. So vermöge die Neuroborreliose nicht nur Schmerzen zu erklären, sondern gegebenenfalls auch neurokognitive Defizite (vgl. Beschwerde, S. 8 ff. Ziff. 6 f.; A.S. 17 ff.). Im Weiteren reicht er mit Replik (A.S. 43 f.) die Berichte der C.____ vom 13. Dezember 2023 über den stationären Aufenthalt vom 31. Oktober 2023 bis 11. Dezember 2023 (BB 5), des K.____, L.____, vom 20. Dezember 2023 (BB 6) sowie des AA.____ vom 11. Januar 2024 (BB 7), mit Eingabe vom 12. August 2024 (A.S. 53) den Bericht der C.____ vom 31. Juli 2024 (BB 8) und mit Eingabe vom 23. April 2025 den Bericht der C.____ vom 22. April 2025 (BB 9) ein. Damit stellt er die Untersuchungsergebnisse der allgemein-internistischen, neurologischen, neuropsychologischen, orthopädischen, rheumatologischen und psychiatrischen B.____-Teilgutachten mangels Aktualität im Verfügungszeitpunkt in Frage. Die Aktualität der Untersuchungsergebnisse des oto-rhino-laryngologischen B.____-Teilgutachtens (vgl. E. II. 4.7 hiervor) wird von ihm dagegen nicht in Zweifel gezogen. Der gesundheitliche Verlauf in den vom Beschwerdeführer beanstandeten Fachdisziplinen präsentiert sich bis zum Verfügungszeitpunkt wie folgt:

E. 5.4

5.4.1 Die allgemein-internistische B.____-Teilgutachterin Dr. med. P.____ konnte gestützt auf ihre Abklärungsergebnisse vom 12. April 2021 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (IV-Nr. 49.4 S. 15). Die erhobenen Befunde im Kopf-, Hals- und Bauchbereich sowie am Bewegungsapparat und im Nervensystem waren unauffällig; ebenso die Bildgebung sowie die Laborergebnisse (IV-Nr. 49.4 S. 13 f.). Die Internistin

kam zum Schluss, die aufgeführten Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Nikotinabusus, arterielle Hypertonie, atherosklerotische Plaques Aorta Carotis interna beidseits) seien einer medikamentösen Therapie und einer Lifestylemodulation gut zugänglich (vgl. IV-Nr. 49.4 S. 16). Im Weiteren konnte der neurologische B.____-Teilgutachter, Prof. Dr. med. Q.____, gestützt auf seine Exploration vom 27. April 2021 aus neurologischer Sicht ebenfalls keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die angegebenen Spannungskopfschmerzen (ICD-10: G44.2) wurden als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben (IV-Nr. 49.5 S. 14), wobei der Gutachter darauf hinwies, der Beschwerdeführer leide seit seinem Heckauffahrunfall unter Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm und in den Kopf. Neurologische Ausfälle seien bislang nicht dokumentiert. Die Neurographie des Nervus ulnaris rechts habe am 11. Januar 2019 einen Normalbefund ergeben (vgl. Bericht des R.____ [Dr. med. AB.____, FMH Neurologie] vom 17. Januar 2019 [IV-Nr. 7.40 und 49.2 S. 7 f.]). In gleicher Weise sei auch ein elektrophysiologischer Normalbefund bei der Untersuchung durch Dr. med. S.____, Spezialarzt FMH Neurologie, vom 29. November 2019 (IV-Nr. 22.19 und 49.2 S. 15 ff.) festgestellt worden. Dennoch gehe dieser aufgrund der Anamnese davon aus, dass die intermittierenden sensiblen Missempfindungen der rechten Hand auf eine Affektion des Nervus ulnaris am Ellenbogen zurückzuführen seien. Dr. med. Q.____ stellte demgegenüber fest, der Beschwerdeführer habe bei der aktuellen Exploration keine sensiblen Beschwerden gehabt und es hätten sich keine Hinweise für eine motorische Affektion des Nervus ulnaris ergeben (vgl. die erhobenen unauffälligen Untersuchungsbefunde (IV-Nr. 49.5 S. 12 f.)). Demnach wurde aus neurologischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestiert (IV-Nr. 49.5 S. 16 f.). Sodann stellte die neuropsychologische B.____-Teilgutachterin, T.____, aufgrund der erhobenen Befunde anlässlich ihrer Untersuchung vom 10. Juni 2021 fest, die Validität und Konsistenz der neuropsychologischen Abklärung und damit deren Ergebnis seien in Frage zu stellen. Aus neuropsychologischer Sicht sei eine Darstellung der erzielten Testwerte und deren diagnostische Einordnung nicht zulässig, da ein Rückschluss auf die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit nicht zuverlässig möglich sei (IV-Nr. 49.8 S. 11). Dementsprechend konnte die Fachpsychologin aus neuropsychologischer Sicht aufgrund einer wahrscheinlich nicht authentischen Beschwerdepräsentation und anzunehmenden Aggravationstendenzen keine Diagnose stellen (IV-Nr. 49.8 S. 12; vgl. E. II. 4.2 bis 4.4 hiervor).

5.4.2 Vor dem Hintergrund dieser im April 2021 ermittelten Begutachtungsergebnisse, aufgrund welcher aus allgemein-internistischer und neurologischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers festgestellt wurde und auf die neuropsychologische Abklärungsergebnisse nicht abgestellt werden konnte, ist im Folgenden zu prüfen, ob aus den vom Beschwerdeführer nachgereichten medizinischen Berichten der behandelnden Ärzte konkrete Anhaltspunkte hervorgehen, dass sich sein Gesundheitszustand bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. September 2023 relevant verschlechtert haben könnte. Gemäss dem Bericht des K.____, Universitätsklinik für Neurologie, L.____, vom 25. Juli 2022 wurde der Beschwerdeführer dort vom 27. Juni 2022 bis 19. Juli 2022 stationär abgeklärt. Es wurde u.a. die Diagnose «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen» gestellt und dargelegt, bei Eintritt habe der Beschwerdeführer über chronische Kopf-, Nacken- und lumbale Rückenschmerzen berichtet, welche nach einem Auffahrunfall im Juli 2018 begonnen hätten. Eine Milderung der Beschwerden verspüre er nach der Einnahme von

Paracetamol/Ibuprofen, nach Infiltrationen und bei Ruhe. Während seines Aufenthaltes habe er regelmässig in der psychoedukativen Schmerzmanagementgruppe, an Entspannungsübungen sowie wöchentlich an einem psychotherapeutischen Gespräch teilgenommen. Nach durchgeführten weiteren Behandlungsmassnahmen (Physiotherapie, Ergotherapie) konnte er in kardiopulmonal stabilem und afebrilem Zustand ins häusliche Umfeld entlassen werden (IV-Nr. 79 S. 2 ff.). Im Bericht des K.____, L.____ (Prof. Dr. med. AC.____, Leitender Arzt; AD.____, Assistenzärztin), vom 12. Juni 2023 wurden u.a. «chronische Kopfschmerzen, EM 2018» sowie eine «Borrelienserologie IgM positiv, ED 06.06.2023» diagnostiziert und im Wesentlichen dargelegt, die Ursache der Kopfschmerzen bleibe aktuell offen. Differentialdiagnostisch könnten chronische, posttraumatische Kopfschmerzen in Frage kommen, hierfür spreche die zeitliche Korrelation mit dem Autounfall vom 20. Juli 2018 bei Kopfschmerzfreiheit im Vorfeld. Hinsichtlich der Schmerzexazerbationen sprächen einige Elemente für eine chronische Migräne, wobei keine Verstärkung durch körperliche Aktivität berichtet worden sei. Zusätzlich sei eine Medikamentenübergebrauchskomponente zu vermuten. Die vorbekannte und aktuell nach Scheidung von der Ehefrau aggravierte Depression sei ein zusätzlicher aggravierender Faktor. Eine Neuroborreliose sei zum aktuellen Zeitpunkt formal nicht ausgeschlossen (IV-Nr. 101 S. 3 ff. bzw. 103 S. 8 ff.). Aus dem Bericht des K.____, L.____ (Prof. Dr. med. M.____, Oberarzt; AE.____, Assistenzarzt), vom 18. Juli 2023 geht im Wesentlichen hervor, die Kopfschmerzen könnten nach wie vor nicht eindeutig zugeordnet werden. Es stelle sich die Frage, ob es sich um eine Migräne oder um chronische posttraumatische Schmerzen handle. Zusätzlich sei ein zervikogener Kopfschmerz zu diskutieren bei Einengung der Neuroforamina C5 bis C7 beidseits (rechtsbetont). Es bestehe nach wie vor ein Medikamentenübergebrauch, der möglicherweise auch einen Beitrag zu den Kopfschmerzen leiste. Diagnostisch habe im MRI des Schädels vom 29. Juni 2023 (vgl. IV-Nr. 104 S. 10) keine sekundäre Ursache für die Kopfschmerzen nachgewiesen werden können. Die grenzwertige Borrelienserologie für IgM werde aktuell wiederholt. Therapeutisch stehe ein Schmerzmedikamentenentzug aktuell an vorderster Stelle (IV-Nr. 103 S. 5 ff.). Aus dem vom Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren mit Replik nachgereichten Bericht des K.____, L.____, vom 20. Dezember 2023 (Prof. Dr. med. M.____; Dr. med. AF.____) geht schliesslich hervor, beim Beschwerdeführer bestünden weiterhin chronische, migräniforme Kopfschmerzen seit dem Autounfall. Die am 5. Juni 2023 positive IgM-Serologie für Borrelien sei nachkontrolliert worden. Bei grenzwertig positivem Befund der IgM am 17. Juli 2023, fehlender Klinik und abermals negativen IgG sei nicht von einer Neuroborreliose auszugehen; weitere dahingehende Abklärungen seien nicht nötig. Diesbezüglich sei eine Rücksprache mit der Infektiologie im Haus erfolgt (BB 6 S. 3).

5.4.3 Gestützt auf die vom Beschwerdeführer nachgereichten, oben (unter E. II. 5.4.2 hiervor) wiedergegebenen medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte des K.____ kann nicht von einer relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustands aus allgemein-internistischer oder neurologischer Sicht seit dem B.____-Gutachten vom 1. Juli 2021 ausgegangen werden. Nach den fachärztlichen Abklärungen leidet der Beschwerdeführer nicht unter einer Neuroborreliose. Die Ärzte legten dar, der Beschwerdeführer werde seit Ende Oktober 2023 ambulant in der Tagesklinik der Psychosomatik des K.____ behandelt, dadurch sei ■ bei vorgängigem Medikamentenübergebrauch ■ eine Entwöhnung gelungen. Vor allem durch die Einnahme des Medikaments Zomig könne der Schmerz der Exazerbation coupiert werden. Es werde

eine unveränderte Fortführung der medikamentösen Akuttherapie empfohlen. Eine Verlaufskontrolle in der Kopfschmerzprechstunde sei in drei Monaten vorgesehen (BB 6 S. 3 f.). Die RAD-Ärztin Dr. med. D.____ kam in ihrer Stellungnahme vom 12. September 2023 zum Schluss, hinsichtlich der chronischen Kopfschmerzproblematik bestehe eine Aggravation durch den Medikamentenübergebrauch, der im Rahmen eines psychiatrisch-stationären Entzugsaufenthaltes therapier- und besserbar sei. Weiterhin werde zur Therapieoptimierung eine Medikamentenumstellung empfohlen (IV-Nr. 106 S. 3). Dieser Einschätzung der RAD-Ärztin ist zu folgen. Auch unter Berücksichtigung des neusten nachgereichten Berichts des K.____ vom 20. Dezember 2023 (BB 6) kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Einschätzung der RAD-Ärztin vom 12. September 2023 überholt wäre. Eine Neuroborreliose besteht nach den fachärztlichen Angaben nicht und vermag damit auch keine Schmerzen oder neurokognitive Defizite zu erklären. Ebenso wenig wird durch den ebenfalls mit Replik nachgereichten Bericht des AA.____ vom 11. Januar 2024, wonach der Beschwerdeführer gestützt auf die am 9. Januar 2024 durchgeführte Gastroskopie an einer gastroösophagealen Refluxerkrankung leide (BB 7), eine relevante Verschlechterung seines Gesundheitszustands seit der Begutachtung nachgewiesen. Gemäss den fachärztlichen Angaben kann dieses Leiden neben konservativen Massnahmen medikamentös behandelt werden, weshalb auch in Bezug auf dieses Leiden nicht von einer andauernd eingeschränkten Arbeits- oder Leistungsfähigkeit ausgegangen werden kann. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts steht die Therapierbarkeit eines Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegen. Es muss in jedem Einzelfall eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der diagnostischen Einordnung eines Leidens und grundsätzlich unbeschaffen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen, was sich nach einem weitgehend objektivierten Massstab beurteilt (BGE 143 V 409 E. 4.2.1 S. 413 mit Hinweisen). Sowohl die chronische Kopfschmerzproblematik als auch die Refluxerkrankung vermögen gestützt auf die oben wiedergegebenen fachärztlichen Angaben der behandelnden Ärzte keine relevante Beeinträchtigung der Arbeits- oder Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu begründen. Dem Beschwerdeführer ist es aus allgemein-internistischer und neurologischer Sicht vollumfänglich zuzumuten, eine Arbeitsleistung zu erbringen. Damit besteht kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen.

E. 5.5

5.5.1 Der orthopädische B.____-Teilgutachter, Dr. med. U.____, konnte aufgrund seiner Untersuchungsergebnisse vom 28. Mai 2021 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Der Status nach dem Kranio-zervikalen Beschleunigungstrauma QTF Grad II vom 23. (recte: 20.) Juli 2018 sowie die Zervikalgien mit teilweise Zervikozephalgien und fraglich zervicoradikulären Schmerzen rechts bei Diskusprotrusionen mit dorsaler Spondylose und erosiver Osteochondrose C5/6 und C6/7 mit foraminale Einengungen C6 beidseits, C7 rechts, haben nach der gutachterlichen Einschätzung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Dabei stützte sich der orthopädische Gutachter u.a. auch auf das MRI der HWS vom 13. September 2018, wonach kein Nachweis von traumatischen ossären Veränderungen bestehe und verschmälerte Bandscheiben und diskrete Diskusvorwölbungen C5/6 und C6/7 sowie dorsale Spondylosen und eine osteodiskär verengte Foramina intervertebralia mit allenfalls möglichen Nervenwurzelreizungen ersichtlich seien; sodann bestünden Zeichen einer erosiven

Osteochondrose Typ Modic 1 auf den Höhen C5/6 und C6/7 (IV-Nr. 7.49 bzw. 75 S. 50). Damit stand den B.____-Gutachtern ■ entgegen den Angaben des Beschwerdeführers ■ der Befundbericht über das am 13. September 2018 durchgeführte MRI der HWS (vgl. IV-Nr. 7.49 bzw. 75 S. 50) zur Verfügung (vgl. auch Berichte der Radiologie und des Notfallzentrums der AG.____ vom 13. September 2018 [fächerübergreifende Aktenzusammenfassung {IV-Nr. 49.2 S. 5}; Aktenauszug {IV-Nr. 49.3 S. 7}]). Im Weiteren wurde auch der Bericht über das MRI Arthro der Schulter rechts vom 20. Januar 2020, wonach eine intakte Rotatorenmanschette, eine mässiggradige AC-Gelenksarthrose und kein Impingement der Supraspinatussehne ersichtlich seien (Radiologie der AG.____), mitberücksichtigt (vgl. IV-Nr. 49.2 S. 19 und 49.3 S. 8). Dr. med. U.____ legte nach erhobener Befunderhebung dar, der Beschwerdeführer habe ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma erlitten. Durch die kernspintomographische Untersuchung vom 13. September 2018 hätten traumatische, ossäre Veränderungen ausgeschlossen und durch den neurologischen Abklärungsbericht vom 17. Januar 2019 hätten keine sensomotorischen Ausfallszeichen verifiziert werden können. Es sei ein vorwiegend muskuläres Zervikalsyndrom mit Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule diagnostiziert worden. Durch den Bericht des SUVA-Kreisarztes vom 19. August 2019 sei mehr als ein Jahr nach der HWS-Distorsion ohne Nachweis von unfallbedingten strukturellen Läsionen und unauffälliger neurologischer Untersuchung die volle Arbeitsfähigkeit festgestellt worden. Durch die Kernspintomographie der rechten Schulter vom 20. Januar 2020 sei eine intakte Rotatorenmanschette gesehen worden. Es sei eine mässiggradige AC-Gelenksarthrose diagnostiziert worden. Ein Impingement der Supraspinatussehne sei nicht vorgelegen. Dementsprechend konnte der orthopädische Gutachter keine funktionellen Einschränkungen im orthopädisch-chirurgischen Fachgebiet feststellen (IV-Nr. 49.3 S. 20 ff.; vgl. E. II. 4.5 hiervor).

Auch der rheumatologische B.____-Teilgutachter, Dr. med. V.____, berücksichtigte bei seiner Untersuchung vom 28. April 2021 u.a. den Bericht des Notfallzentrums AG.____ vom 13. September 2018 (IV-Nr. 49.6 S. 7) sowie den Bericht der Radiologie AG.____ vom 20. Januar 2020 (IV-Nr. 49.6 S. 9). Eine Diagnose konnte der rheumatologische Gutachter aufgrund der erhobenen Untersuchungsbefunde ebenfalls nicht stellen. Er legte dar, sowohl aus der Aktenlage als auch aufgrund der aktuellen Untersuchungsergebnisse gebe es keinen Anhalt für eine rheumatische Erkrankung. Seropositive Laborwerte bestünden nicht und es finde auch seit längerem keine gezielte Behandlung der Halswirbelsäule mehr statt. Kernspintomographisch sei am 13. September 2018 eine Foramenstenose C6/7 rechts festgestellt worden, welche unfallunabhängig sei. Aus dieser Region könnten die Nerven gereizt werden und ein C6-C8 Symptom provozieren. Aktuell liege diesbezüglich jedoch keine Symptomatik vor. Dementsprechend wurden keine Einschränkungen im rheumatologischen Fachgebiet angegeben (IV-Nr. 49.6 S. 7 ff.; vgl. E. II. 4.6 hiervor).

5.5.2 Der weitere gesundheitliche Verlauf aus orthopädischer Sicht präsentiert sich seit der Begutachtung bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung wie folgt: Pract. med. E.____, Facharzt Neurochirurgie FMH (), stellte in seinem Arztbericht vom 22. Juli 2021 die Diagnose «Persistierend invalidisierendes Zervikobrachialsyndrom rechts bei Unkoforaminalstenose HWK5/6 und HWK6/7 im Zustand nach CT-gesteuerter Infiltration im November 2019» und legte dar, den Beschwerdeführer plagten weiterhin stärkste Schmerzen zervikal rechts lateralisiert mit Ausstrahlung in die rechte obere Extremität ohne jegliche Besserung unter oraler Dauer-Schmerzmedikation, im Zustand nach

CT-gesteuerter Infiltrationstherapie und nach zahlreichen intramuskulären Depotinjektionen. Es sei unübersehbar, welch hohem Leidensdruck der Beschwerdeführer unterliege. Seine bereits im Juni 2020 ausgesprochene Empfehlung zu einer operativen Versorgung durch eine anterolaterale Zervikotomie zur Mikrodiskektomie und intersomatischer Fusion in Intubationsnarkose könne er nur erneuern (vgl. IV-Nr. 55 S. 5 f.). Der Beschwerdeführer wolle sich dies überlegen (IV-Nr. 55 S. 7 f.). Gemäss dem Bericht der AG.____ vom 17. Mai 2022 über das MRI der LWS vom 16. Mai 2022 bestehen «degenerative LWS-Veränderungen mit Hauptbefund auf Höhe L4/5: Rechtsbetonte Verschmälerung der Bandscheibe und breitbasige Diskusvorwölbung L4/5 mit leichter Verengung des Foramen intervertebrale rechts und mit möglicher Nervenwurzelreizung L4 rechts; rechtsseitige Osteochondrosezeichen Typ Modic 1 auf Höhe L4/5; kein Nachweis von traumatischen ossären Veränderungen der LWS» (IV-Nr. 72 S. 3). Dem Bericht von Pract. med. E.____ vom 25. Mai 2022 kann entnommen werden, klinisch zeige sich ein 55-jähriger Patient in reduziertem Allgemeinzustand. Das Standbild sei aufrecht, das Gangbild symmetrisch und flüssig, jedoch verlangsamt. Es sei kein fokales oder sensomotorisches Defizit an den unteren Extremitäten objektivierbar. Die aktuelle Bildgebung in Form einer Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule vom Mai 2022 objektiviere eine degenerative Diskopathie LWK4/5 mit deutlicher Abnahme der Höhe des Bandscheibenfaches sowie Signalminderung in der T2 Sequenz als Zeichen einer fortgeschrittenen Dehydrierung. Es zeige sich zusätzlich eine reaktive Osteochondrose der angrenzenden Deckplatten vom floriden Typ Modic 1. Es bestehe kein Hinweis für eine segmentale Instabilität bei foraminaler Diskusprotrusion LWK4/5 rechtsseitig. Dem Patienten sei eine röntgengesteuerte Infiltrationsbehandlung vorgeschlagen worden; er werde sich dieser Behandlung unterziehen. Im Weiteren erhalte er eine Verordnung für Physiotherapie im ambulanten Setting mit aktiven und passiven Anwendungen (IV-Nr. 75 S. 14 f.). Pract. med. E.____ hielt in seinem Verlaufsbericht vom 15. Juni 2022 fest, im Verlauf nach der Steroidinjektion vom 1. Juni 2022 habe der Patient zunächst eine deutliche Besserung der lumboradikulären Beschwerden erfahren. Im weiteren Verlauf habe sich der Effekt jedoch deutlich abgeschwächt, sodass der Patient gegenwärtig wieder das Schmerzniveau von vor der Infiltration erreicht habe. Klinisch zeige sich eine dementsprechend schmerzgeplagte gebeugte Haltung mit einem Schonhinken zur Entlastung der rechten unteren Extremität. Der Leidensdruck sei glaubhaft hoch und der Patient erfahre hierdurch eine deutliche Verschlechterung der Lebensqualität. In Anbetracht dieser klinisch ungünstigen Verlaufsentwicklung sei dem Patienten eine chirurgische Behandlung in Form einer Dekompression mit intersomatischer Fusion und Stabilisation in Intubationsnarkose vorgeschlagen worden. Der Patient habe sich Bedenkzeit erbeten (IV-Nr. 74 S. 2 f. bzw. 75 S. 6 ff.). Im Bericht vom 4. Juli 2022 gab Pract. med. E.____ an, er habe keine Arbeitsunfähigkeiten ausgestellt. Es bestehe ein Zervikal- und Lumbalsyndrom (M50.1/M51.1). Ein Operationsvorschlag sei erfolgt. Zur beruflichen Situation und zum Potential der Eingliederung könne er keine Angaben machen (IV-Nr. 75 S. 1 ff.).

Aus dem Bericht des K.____, L.____, vom 14. Juli 2022 über das MR der HWS geht folgende Beurteilung hervor: Bekannte degenerative Veränderungen der unteren HWS mit Aktivitätszeichen. Bekannte rechtsbetonte neuroforaminale osteodiskogene Engen C5-C7, weniger auch links. Keine relevante Spinalkanalstenose, keine Myelopathie (IV-Nr. 101 S. 11 f.). Dem Austrittsbericht des K.____ vom 25. Juli 2022 über die stationäre Abklärung und Behandlung des Patienten vom 27. Juni 2022 bis 19. Juli 2022 können u.a. die Diagnosen «therapierefraktäres lumboischialgieformes Schmerzsyndrom rechtsbetont bei

Segmentdegeneration LWK4/5, 1. Juni 2022 Rx-gesteuerte Infiltration, 13. Juli 2022 RX-LWS stehend: 1. Osteochondrose LWK4/5 und ventrale Spondylose LWK3/4; 2. Neuroforamen L4/5 und L5/S1 nicht einsehbar; 3. Keine Olisthese. Eine Mikro-/Instabilität ist jedoch bei nicht akquirierten dynamischen Aufnahmen nicht ausgeschlossen» sowie «chronifizierte Tendovaginitis der langen Bizepssehne bei Impingement der Supraspinatussehne mit Partialruptur der Rotatorenmanschette links» entnommen werden. Zum Verlauf der durchgeführten Physiotherapie wurde angegeben, der Patient habe durch verschiedene Massnahmen seinen Muskeltonus verändert und habe dadurch deutlich aufrechter und flüssiger laufen können. Die steife Haltung habe mittels Körperwahrnehmung und Bewegungsübungen gelockert werden können. Zum eingeleiteten Procedere wurde im Wesentlichen erwähnt, bei neu diagnostizierter Rotatorenmanschetten-Problematik links erfolge initial ein konservatives Management, bei fehlender Verbesserung werde eine erneute Kontaktaufnahme mit der Orthopädie empfohlen. Es erfolge eine ambulante Physiotherapie und eine Anbindung an das K.____ für eine weitere Beurteilung der Schmerzsituation sowie der Operationsindikation an der HWS/LWS; der Patient werde für weitere Termine aufgebeten (IV-Nr. 79 S. 2 ff. bzw. 93 S. 8 ff.). Aus den Berichten des K.____, L.____, vom 12. Juni 2023 und 18. Juli 2023 gehen in Bezug auf die Rücken- und Schulterproblematik keine neuen relevanten Abklärungsergebnisse hervor (IV-Nr. 101 S. 3 ff. bzw. 103 S. 8 ff. und IV-Nr. 103 S. 5 ff.).

5.5.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. D.____ äusserte sich zum Bericht von Pract. med. E.____ vom 4. Juli 2022 (IV-Nr. 75 S. 1 ff.) in ihrer Stellungnahme vom 3. August 2023 dahingehend, es sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, der Beschwerdeführer sei von Juni bis Juli 2022 wegen der bekannten Rückenschmerzen (lumboradikuläres Schmerzsyndrom) in Behandlung gewesen. Im Verlauf nach der Steroidinjektion vom 1. Juni 2022 habe er zunächst eine deutliche Besserung der lumboradikulären Beschwerden erfahren, im weiteren Verlauf habe sich der Effekt jedoch deutlich abgeschwächt, sodass gemäss dem Bericht vom 15. Juli (recte: Juni) 2022 (IV-Nr. 74 S. 2 f.) eine chirurgische Behandlung in Form einer Dekompression mit intersomatischer Fusion und Stabilisation empfohlen worden sei. Diese habe jedoch nicht durchgeführt werden müssen. Aus Sicht des RAD sei somit von keiner Verschlechterung des Gesundheitszustands aus neurochirurgisch/orthopädischer Sicht im Hinblick auf die lumboradikulären Beschwerden auszugehen, da weiterhin Therapieoptimierungsmöglichkeiten bestünden und aktenkundig von einer Operation habe abgesehen werden können (IV-Nr. 102 S. 2). Auch in ihrer Stellungnahme vom 12. September 2023 kam Dr. med. D.____ bezüglich der Berichte von Pract. med. E.____ vom 15. Juni 2022 (IV-Nr. 74 S. 2 ff.) und 22. Juli 2021 (IV-Nr. 55 S. 7 f.) zum Schluss, eine Schmerzfreiheit nach Infiltrationen sei dokumentiert. Zur dauerhaften Schmerzfreiheit sei durch den Behandler seit dem Jahr 2020 wiederholt die Operationsindikation gestellt worden, zu welcher sich der Beschwerdeführer bisher nicht habe entschliessen können; er wolle sich diesbezüglich zur weiteren Planung melden. Es handle sich damit um eine behandelbare und somit verbesserbare medizinische Situation im Rückenschmerzsbereich. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands sei damit nicht objektiviert worden (IV-Nr. 106 S. 2 f.). Es bestehen vorliegend keine Anhaltspunkte, dass dieser Würdigung der eingegangenen medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte durch die RAD-Ärztin nicht gefolgt werden könnte. Eine relevante Verschlechterung in Bezug auf die Rücken- und Schulterproblematik wird mit den oben (unter E. II. 5.5.2 hiervor) erwähnten Berichten seit der orthopädischen und rheumatologischen B.____-Begutachtung vom 28. April und 28. Mai 2021 nicht dokumentiert. Der behandelnde

Neurochirurg Pract. med. E.____ stellte in seinem Bericht vom 4. Juli 2022 keine Arbeitsunfähigkeiten aus (vgl. IV-Nr. 75 S. 1). Die im K.____, L.____, im Rahmen der stationären Abklärung und Behandlung vom 27. Juni 2022 bis 19. Juli 2022 durchgeführten Therapiemassnahmen führten zu einem verbesserten Gesundheitszustand. So konnte der Beschwerdeführer durch verschiedene therapeutische Massnahmen seinen Muskeltonus verändern und dadurch deutlich aufrechter und flüssiger laufen. Die steife Haltung konnte mittels Körperwahrnehmung und Bewegungsübungen gelockert und die neu diagnostizierte Rotatorenmanschetten-Problematik links konservativ behandelt werden, wobei im Bereich der Funktionalität leichte Verbesserungen beobachtet werden konnten (vgl. Bericht vom 25. Juli 2022 [IV-Nr. 79 S. 3 ff. bzw. 93 S. 9 ff.]). Damit ist der RAD-Ärztin beizupflichten, wenn sie darauf hinweist, es handle sich hier um eine behandelbare und somit verbesserbare medizinische Situation (IV-Nr. 106 S. 2). Eine relevante, d.h. andauernde Verschlechterung der Rücken- und Schulterproblematik, welche sich auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt, ist aufgrund der nachgereichten medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte nicht dokumentiert. Dem nachgereichten Bericht des K.____, L.____, vom 20. Dezember 2023 (BB 6) kann in Bezug auf die Rotatorenmanschetten-Problematik der linken Schulter (Ultraschall vom 29. Juni 2022, Bildgebung vom 4. Juli 2022) nicht Neues entnommen werden.

E. 5.6

5.6.1 Im Weiteren ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht seit der B.____-Begutachtung relevant verschlechtert hat. Der psychiatrische B.____-Teilgutachter, med. pract. X.____, konnte aufgrund seiner Untersuchungsergebnisse vom 14. Juni 2021 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihm gestellte Diagnose «Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0)» wurde von ihm als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft. Der psychiatrische Gutachter legte dar, es habe keine floride depressive Symptomatik festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer wirke enttäuscht, gekränkt und etwas verbittert. Die vom ambulant behandelnden Psychiater, Dr. med. O.____, aufgeführten Diagnosen einer Anpassungsstörung sowie einer dysthymen-depressiven Symptomatik mit Somatisierung (ICD-10 F43.22) habe so aktuell nicht bestätigt werden können. Die in dessen Bericht vom 18. März 2020 angeführte Diagnose der Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) schein auch aktuell zu bestehen. Unter Berücksichtigung der Standardindikatoren in der Kategorie «funktioneller Schweregrad» könne aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die Behandlungsaktivität sei derzeit niedrig und beinhalte, sofern nötig, Möglichkeiten zur allfälligen Intensivierung (IV-Nr. 49.9 S. 24 f.; vgl. E. II. 4.8 hiervor).

5.6.2 Der Verlauf seit der B.____-Begutachtung vom 14. Juni 2021 präsentiert sich aus psychiatrischer Sicht wie folgt: Im Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. O.____, vom 21. Dezember 2021 wurden die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Depressive Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21)», «Somatische Belastungsstörung, mit überwiegendem Schmerz (DSM-5 300.82)» sowie «V.a. Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F68-0)» gestellt. Der behandelnde Psychiater gab an, die unregelmässige Behandlung habe vom 14. Oktober 2019 bis 1. Oktober 2021 gedauert. Zum Verlauf ab Februar 2020 hielt er fest, effektiv liege ein zwar schwankender, im Längsschnitt aber gleichbleibender Zustand vor. Seit der letzten Konsultation am

1. Oktober 2021 sei der Patient nicht mehr bei ihm in ambulanter psychiatrischer Behandlung (IV-Nr. 68 S. 3 ff.). Im Austrittsbericht des K.____, K.____, vom 25. Juli 2022 (stationäre Abklärung und Behandlung vom 27. Juni 2022 bis 19. Juli 2022) wurde eine «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen» diagnostiziert und angegeben, über bekannte strukturelle Befunde wie die körperliche Dekonditionierung sowie die lumbal- und cervikalbetonten degenerativen Veränderungen und die Rotatorenmanschettenläsion hinausgehend bestünden Hinweise auf eine zentrale Schmerzverarbeitungsstörung. Nach insgesamt erfreulichem Verlauf habe der Beschwerdeführer am 19. Juli 2022 mit dem aufgeführten Prozedere nach Hause entlassen werden können. Wenngleich die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht Gegenstand der stationären Abklärung gewesen sei, sei aus psychosomatischer Sicht grundsätzlich von einer positiven Prognose auszugehen, sofern dem Patienten von therapeutischer bzw. versicherungsrechtlicher Seite die zur Erholung benötigte Zeit und der notwendige Raum gegeben werde. In psychotherapeutischer Hinsicht seien Psychoeduktion, Ressourcenaktivierung sowie Dosierung und Pacing im Vordergrund gestanden. Der Patient habe sich aufmerksam und engagiert an den Gesprächen beteiligt. Insgesamt habe er sich motiviert gezeigt und aktiv an allen Therapien teilgenommen. Er habe sich jedoch schwer getan, seine aktuelle Krankheitssituation sowie die damit zusammenhängenden körperlichen Grenzen akzeptieren zu können. Der Patient wünsche sich keine weiterführende ambulante psychiatrische Behandlung (IV-Nr. 79 S. 2 ff. bzw. 93 S. 8 ff.). Im Bericht der C.____ (Z.____, Oberärztin; AH.____, Assistenzarzt) vom 27. März 2023 (Erstgespräch vom 12. Dezember 2022) wurden die Hauptdiagnosen «1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2); 2. Aktenanamnestisch: Anpassungsstörung, dysthymie-depressive Symptomatik 2019» gestellt und im Rahmen der Beurteilung dargelegt, es handle sich um einen Patienten, der seit Jahren unter Nacken- und Rückenschmerzen infolge eines Verkehrsunfalles leide. Operationen an Augen und Ohren hätten zu keiner Verbesserung geführt. Er befürchte, dass die Nacken- und Rückenschmerzen nun seinen Zustand weiter verschlechterten. Es sollte eine schmerzspezifische Psychotherapie in der Muttersprache des Patienten erfolgen (IV-Nr. 98).

Dem Bericht der C.____ (Z.____; AI.____ Assistenzärztin) vom 6. September 2023 kann entnommen werden, im Vordergrund stünden die ausgeprägte depressive Symptomatik, Hoffnungslosigkeit, Lust- und Freudlosigkeit sowie Gedanken des Lebensüberdresses. Zudem bestünden kognitive Schwierigkeiten im Sinne von zunehmender Vergesslichkeit und verminderter Konzentration. Des Weiteren berichte der Patient, dass er sich unter Leuten nicht wohl fühle und am liebsten alleine zu Hause sei. Als Auslöser benenne er die anhaltenden Schmerzen, die seit dem Verkehrsunfall bestünden. Es falle ihm schwer zu akzeptieren, dass er nicht mehr arbeiten könne. Die Symptomatik habe sich im April 2023 verschlechtert, als er erfahren habe, dass seine Ehefrau sich von ihm trennen wolle. Aufgrund der schwer ausgeprägten depressiven Symptomatik und kaum Besserung unter medikamentöser Umstellung sei ihm mehrmals ein stationärer Aufenthalt in der Klinik angeboten worden. Dies habe der Patient aber bis anhin abgelehnt. Er wolle zunächst die Scheidung durchziehen, danach wäre er für einen stationären Aufenthalt offen. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit lautete dahingehend, diese sei eher ungünstig, da auch nach mehreren stationären Aufenthalten und medikamentösen Umstellungen keine relevanten Zustandsverbesserung habe erreicht werden können. Der Patient sei zu 100 % arbeitsunfähig. Bis anhin zeige er weiterhin eine ausgeprägte depressive Symptomatik. Eine

Eingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt sei nicht möglich (IV-Nr. 104).

Aus dem mit Replik nachgereichten Bericht der C.____ vom 13. Dezember 2023 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 31. Oktober bis 11. Dezember 2023 gehen schliesslich weiterhin die Diagnosen «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2), aktenanamnestisch: Anpassungsstörung, dysthymie-depressive Symptomatik 2019» sowie «Aktenanamnestisch: chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (F45.41), ED 2019 nach einem Verkehrsunfall 07/2018» hervor. Unter dem Titel «Aktuelle Behandlungshinweise» wurde dargelegt, die Aufnahme in das Behandlungszentrum für Krisenintervention sei nach Zuweisung durch das Ambulatorium [...] wegen einer Zustandsverschlechterung im Rahmen einer psychosozialen Belastungssituation bei bereits bekannter rezidivierender depressiver Episode und chronischer Schmerzstörung erfolgt. Nach einer Umstellung der Medikation auf Venlafaxin und Abilify hellte sich nach den ärztlichen Angaben im Verlauf die Stimmung des Patienten auf, dieser habe lebhafter gewirkt und nicht mehr über Antriebslosigkeit geklagt. Im weiteren Verlauf konnte der Patient in ein multimodales und milieutherapeutisches Therapieprogramm aufgenommen werden. Im Rahmen der multimodalen Behandlung, bestehend aus Pharmakotherapie, ärztlicher und pflegerischer Beratung sowie Kunst- und Bewegungstherapie, traten nach den ärztlichen Angaben sowohl die depressive Störung als auch das Gedankenkreisen in den Hintergrund und es habe keine Suizidgedanken mehr gegeben. Der Patient konnte am 11. Dezember 2023 in stabilem Zustand in den vorbestehenden Zustand mit Hilfe der Spitex entlassen werden (BB 5).

5.6.3 RAD-Ärztin Dr. med. D.____ nahm zum vorerwähnten Bericht der C.____ vom 6. September 2023 dahingehend Stellung, aus psychiatrischer Sicht werde von einer Zunahme der psychiatrischen Symptomatik seit April 2023 berichtet, als der Beschwerdeführer erfahren habe, dass seine Ehefrau sich von ihm trennen wolle. Es sei ihm mehrmals ein stationärer Aufenthalt zur Verbesserung der Situation angeboten worden, er sei hierzu motiviert, wolle jedoch erst die Scheidung durchziehen. Die RAD-Ärztin kam zum Schluss, es handle sich anhand der neuen Befundberichte um verbesserbare bzw. verbesserte medizinische Zustandsbilder, eine Verschlechterung könne nicht objektiviert werden (IV-Nr. 106 S. 3). Diese Einschätzung der psychiatrischen Situation des Beschwerdeführers durch die RAD-Ärztin ist nachvollziehbar und plausibel. Sie ist als praktische Ärztin und Fachärztin für Arbeitsmedizin in der Lage, die vorliegenden psychiatrischen Berichte der behandelnden Ärzte zu würdigen und zu beurteilen, ob von einer relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustands auszugehen ist oder nicht. Es gilt zu beachten, dass bereits der damals behandelnde Psychiater, Dr. med. O.____, in seinem Bericht vom 21. Dezember 2021 zum Verlauf ab Februar 2020 feststellte, effektiv liege ein zwar schwankender, im Längsschnitt aber gleichbleibender Zustand vor (IV-Nr. 68 S. 3). Auch angesichts des Behandlungsverlaufs im vorerwähnten Bericht der C.____ vom 13. Dezember 2023 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 31. Oktober 2023 bis 11. Dezember 2023 ist lediglich von einer vorübergehenden Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers auszugehen, verbesserte sich doch sein psychischer Gesundheitszustand nach einer Umstellung der Medikation erheblich, worauf er in der Folge aus der Klinik in die vorbestehenden Verhältnisse entlassen werden konnte. Dementsprechend wurde von den behandelnden Ärzten eine bis zum Klinikaustritt am 11. Dezember 2023 befristete

Arbeitsunfähigkeit attestiert (BB 5 S. 2 f.). Im Fall des Beschwerdeführers besteht ein Therapieoptimierungspotential, weshalb aufgrund der Berichte der C.____ vom 6. September 2023 sowie 13. Dezember 2023 nicht von einer andauernden Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands auszugehen ist. Wie die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 12. September 2023 zu Recht darauf hinweist, kann eine relevante Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands nicht objektiviert werden. Die mit Eingaben vom 12. August 2024 (A.S. 53) und 23. April 2025 (A.S. 61) nachgereichten weiteren Berichte der C.____ vom 31. Juli 2024 und 22. April 2025 (BB 8 und 9) führen zu keiner anderen Beurteilung. Im Bericht vom 22. April 2025 konnte die Frage, ob sich der Gesundheitszustand seit der B.____-Begutachtung verschlechtert habe, von den behandelnden Ärzten nicht beantwortet werden. Zur Entwicklung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit April 2023 nahmen sie dahingehend Stellung, nach dem Klinikaustritt am 11. Dezember 2023 sei der Gesundheitszustand «mehr oder weniger gleichgeblieben» (vgl. BB 9 S. 1). Damit ist bis zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung keine relevante gesundheitliche Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht ausgewiesen. Später hinzugekommene, zunehmende kognitive Beeinträchtigungen (zunehmende Vergesslichkeit insbesondere im Alltag [Herd abschalten], Mahlzeitendienst, Vernachlässigung der Selbstfürsorge) können im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden.

5.7 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, das B.____-Gutachten vom 1. Juli 2021 habe an Aktualität eingebüsst, weil es sich auf Untersuchungen von April bis Juni 2021 abstütze, welche im Verfügungszeitpunkt (25. September 2023) bereits 2 ½ Jahre alt gewesen seien, ist ihm Folgendes entgegenzuhalten: Ist seit der Begutachtung einige Zeit verstrichen, vermag das Alter des Gutachtens ■ als formelles Kriterium ■ keinen Zweifel an dessen Beweiswert zu begründen. Massgebend ist vielmehr die materielle Frage, ob Gewähr dafür besteht, dass sich die Ausgangslage seit der Erstellung des Gutachtens nicht gewandelt hat. Soweit ein früheres Gutachten mit Ablauf der Zeit und zufolge veränderter Verhältnisse an Aktualität eingebüsst hat, sind neue Abklärungen unabdingbar. Die Rechtsprechung hat es abgelehnt, eine Art «Verfallsdatum» für ein Gutachten zu definieren (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_663/2021 vom 9. Februar 2022 E. 5.6.6., 8C_295/2021 vom 9. August 2021 E. 6.3.1. und 9C_146/2021 vom 25. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen). Vorliegend kann auch unter Mitberücksichtigung der nach der Begutachtung eingereichten Berichte der behandelnden Ärzte nicht davon ausgegangen werden, dass sich die medizinische Situation des Beschwerdeführers bis zum Verfügungszeitpunkt andauernd verändert hätte und damit das Gutachten als überholt zu betrachten wäre. Das Alter des B.____-Gutachtens ist kein konkretes Indiz, welches gegen die Zuverlässigkeit dieser Expertise spricht.

5.8 Zum Einwand des Beschwerdeführers, im Rahmen der B.____-Begutachtung seien keine bildgebenden Abklärungen durchgeführt worden, weder bezüglich der zervikalen Wirbelsäule, noch in Bezug auf die rechte Schulter (Beschwerde, S. 10 Ziff. 8.; A.S. 19), ist festzuhalten, dass sich sowohl der orthopädische als auch der rheumatologische Gutachter ■ wie erwähnt ■ auf das MRI der HWS vom 13. September 2018 sowie auf das MRI Arthro der rechten Schulter vom 20. Januar 2020 abstützten. Es besteht kein Hinweis, dass diese Bildgebungen im Zeitpunkt der orthopädischen und rheumatologischen Explorationen überholt und damit für die Exploration unbrauchbar gewesen wären. Angesichts der in Bezug auf die Wirbelsäule und die Schultern weitgehend unauffälligen

Untersuchungsbefunde (vgl. IV-Nr. 49.3 S. 15 f. und 49.6 S. 14 f.) bestand kein Anlass für weitere bildgebende Abklärungen. Es gilt zu beachten, dass es im Ermessen des medizinischen Sachverständigen liegt, ob (und welche) Zusatzuntersuchungen durchzuführen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_495/2021 vom 16. März 2022 E. 4.1 mit Hinweis). Die Gutachter haben zu beurteilen, welche fachärztlichen Abklärungen vorzunehmen sind, und es kommt ihnen auch bei der Wahl der anzuwendenden Methoden ein grosses Ermessen zu (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_360/2018 vom 27. November 2018 E. 7.4 und 8C_820/2016 vom 27. September 2017 E. 5.5, je mit Hinweisen). Das Vorgehen der orthopädischen und rheumatologischen Gutachter, keine weiteren bildgebenden Abklärungen zu veranlassen, ist aufgrund der gegebenen Umstände nicht zu beanstanden.

5.9 Soweit der Beschwerdeführer die Verständigung im Rahmen des psychiatrisches B.____-Teilgutachtens beanstandet, ist Folgendes festzuhalten: Im psychiatrischen Teilgutachten von med. pract. X.____ wurde angegeben, als dolmetschende Person habe AJ.____ bei der Begutachtung mitgewirkt (IV-Nr. 49.9 S. 3). Ein Hinweis, dass der gemäss seinen Angaben [...] sprechende Beschwerdeführer Verständnisprobleme mit dem erwähnten Dolmetscher mit albanischer Muttersprache gehabt hätte, ist nicht ersichtlich. Der psychiatrische Gutachter gab an, die Anamneseerstellung sei per Diktat im Beisein des Beschwerdeführers mit der Möglichkeit und expliziten Aufforderung erfolgt, jederzeit Korrekturen anzubringen, falls ein Sachverhalt vom Untersucher fehlerhaft erfasst würde. Der Beschwerdeführer sei damit einverstanden gewesen und habe davon gelegentlich Gebrauch gemacht. Die Korrektheit der aufgenommenen Aussagen sei wiederholt erfragt und vom Beschwerdeführer jeweils bestätigt worden (IV-Nr. 49.9 S. 13). Für die Behauptung des Beschwerdeführers, dass dennoch Verständigungsprobleme vorhanden gewesen seien und der Dolmetscher von ihm vieles falsch verstanden habe, besteht im gesamten psychiatrischen Teilgutachten kein Anhaltspunkt. So gab der psychiatrische Teilgutachter an, die Untersuchung und Exploration seien unter Hinzuziehung eines neutralen, unabhängigen Dolmetschers durchgeführt worden. Dem Dolmetscher gegenüber habe sich der Beschwerdeführer in seiner Muttersprache () geäussert. Von Verständigungsproblemen wurde hier nichts erwähnt (vgl. IV-Nr. 49.9 S. 20 f. Ziff. 4.2). Vom Beschwerdeführer wird denn auch mit keinem Wort dargelegt, was der Dolmetscher angeblich falsch verstanden haben oder in welchem Zusammenhang er nicht verstanden worden sein soll. Im Übrigen kam der erwähnte Dolmetscher auch in den anderen Teilbegutachtungen als Dolmetscher zum Einsatz (vgl. orthopädisches Teilgutachten [IV-Nr. 49.3 S. 3 und 14 f.], allgemein-internistisches Teilgutachten [IV-Nr. 49.4 S. 3 und 12], neurologisches Teilgutachten [IV-Nr. 49.5 S. 3 und 12], rheumatologisches Teilgutachten [IV-Nr. 49.6 S. 3 und 14], oto-rhino-laryngologisches Teilgutachten [IV-Nr. 49.7 S. 4 und 11] und neuropsychologisches Teilgutachten [IV-Nr. 49.8 S. 4 und 11]). Im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung wurde u.a. ausgeführt, gemäss den Aussagen des Dolmetschers spreche der Beschwerdeführer inhaltlich und formell korrekt. Hinweise für sprachliche Verständigungsschwierigkeiten sind somit nicht ersichtlich.

5.10 Die Beschwerdegegnerin kam auf ihren Vorbescheid vom 12. Oktober 2021, worin dem Beschwerdeführer eine befristete ganze Invalidenrente in Aussicht gestellt worden war (IV-Nr. 56 S. 2 ff.), zurück. Ihren zweiten Vorbescheid vom 5. August 2022, worin eine Abweisung des Rentenanspruchs sowie des Anspruchs auf berufliche Massnahmen in

Aussicht gestellt wurde, begründete sie damit, aus der polydisziplinären Abklärung gingen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor. Es gebe keine Hinweise darauf, dass der Gesundheitszustand vor der Begutachtung jemals schlechter gewesen sei. Eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit könne demnach ausgeschlossen werden (IV-Nr. 76. S. 2 ff.). Dazu ist festzuhalten, dass es ■ auch ohne Änderung der Verhältnisse ■ den Grundsatz von Treu und Glauben grundsätzlich nicht verletzt, wenn die IV-Stelle schliesslich in der Verfügung (oder in einem zweiten Vorbescheid) zuungunsten des Versicherten von dem abweicht, was sie im Vorbescheid in Aussicht gestellt hat (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl., 2022, Art. 57a, S. 548 Rz. 3 mit Hinweisen u.a. auf das Urteil des Bundesgerichts 9C_449/2014 [Vorbescheid nur als «Vorwarnung», welche die nachfolgende Verfügung nicht präjudiziert]; vgl. auch BGE 145 V 399 E. 4.4 a.E.). Da die Beschwerdegegnerin aufgrund der oben dargelegten Begutachtungsergebnisse zu einem anderen Schluss kam, durfte sie demnach auf ihren Vorbescheid vom 12. Oktober 2021 zurückkommen. Dass die RAD-Ärztin sich in ihrer Stellungnahme vom 28. Juli 2021 zunächst dafür ausgesprochen hatte, vor dem Gutachtenszeitpunkt seien hilfsweise mangels Stellungnahme durch die Gutachter die Arbeitsunfähigkeitszeiten des Behandlers zu übernehmen (IV-Nr. 52), führt nicht dazu, dass der Beschwerdeführer nun Anspruch auf eine befristete Invalidenrente hätte, wie dies von ihm geltend gemacht wird.

6. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung vom 25. September 2023, worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 7

7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

7.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

4. Je eine Kopie des Protokolls der öffentlichen Verhandlung vom 8. Juli 2025 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

5. Eine Kopie der an der Verhandlung eingereichten ergänzenden Kostennote des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 8. Juli 2025 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des

Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Schmidhauser

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