

# SO\_GERICHTE VSBES.2024.236 vom 9. August 2024

SO Obergericht, 2024-08-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2024.236](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.236)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2024.236 du 9 août 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2024.236 del 9 agosto 2024

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1970 geborene A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich am 16. November 2017 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Er gab an, seit Sommer 2016 an Fussbeschwerden nach einer Operation sowie an Depressionen zu leiden (IV-Stelle Nr. [IV-Nr.] 5). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) veranlasste in der Folge eine interdisziplinäre (allgemein-internistische, orthopädische, neuropsychologische und psychiatrische) Begutachtung in der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ AG, [...] (nachfolgend: B.\_\_\_\_), welche im September/Oktober 2018 durchgeführt wurde (Gutachten vom 9. November 2018; IV-Nr. 31). Mit rechtskräftiger Verfügung vom 6. Mai 2019 lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen ab (IV-Nr. 39).

1.2 Am 7. September 2020 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin: 16. November 2020) meldete sich der Beschwerdeführer bei der IV erneut zum Leistungsbezug an. Als gesundheitliche Beeinträchtigungen wurden psychische Beschwerden, Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Komplikationen nach der Fussoperation sowie Nierenprobleme angegeben (IV-Nr. 43 f.). Die Beschwerdegegnerin trat auf diese Neuanmeldung ein und holte medizinische Berichte und weitere Unterlagen ein. Mit Verfügung vom 12. Oktober 2021 sprach sie dem Beschwerdeführer aufgrund seiner Sehschwäche eine Hilflosenentschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades ab 1. Oktober 2021 zu (IV-Nr. 97). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) veranlasste sie eine polydisziplinäre (allgemein-internistische, kardiologische, rheumatologische, neurologische, ophthalmologische, neuropsychologische und psychiatrische) Begutachtung in der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ AG, [...] (nachfolgend: C.\_\_\_\_), welche im Zeitraum von Januar bis März 2023 erstellt wurde (Gutachten vom 20. März 2023, IV-Nr. 127). Daraufhin stellte sie dem Beschwerdeführer mit erstem Vorbescheid vom 30. März 2023 in Aussicht, den Anspruch auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen abzuweisen. Zur Begründung wurde dargelegt, in einer seiner Einschränkungen angepassten Tätigkeit bestehe weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 135). Dagegen erhob der Beschwerdeführer Einwand (IV-Nr. 140 und 143). Die Beschwerdegegnerin veranlasste in der Folge ein Aufbautraining im Sinne von Art. 14a IVG als berufliche Eingliederungsmassnahme im Zeitraum vom 25. September 2023 bis 24. März 2024 in der D.\_\_\_\_ GmbH, [...], (IV-Nr. 167 und 178). Nach Einholung weiterer medizinischer Unterlagen und erneutem Durchführen des Vorbescheidverfahrens wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, aus medizinischer Sicht sei dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Mitarbeiter Office bzw. Küchenhilfe in der Genossenschaft E.\_\_\_\_ nur noch in einem Pensum von 30 % zuzumuten. Für eine den Einschränkungen angepasste Tätigkeit bestehe

auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit. Mit einer solchen Tätigkeit könnte der Beschwerdeführer ein Renten ausschliessendes Einkommen erwirtschaften (IV-Nr. 210; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

## **E. 2**

2.1 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 wiederherstellen, 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).

### **E. 2.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 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). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

## **E. 3**

Eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese zu verpflichten, weitere Abklärungen medizinischer und beruflicher Art durchzuführen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich MwSt. zu Lasten der Beschwerdegegnerin. In prozessualer Hinsicht wird folgender Antrag gestellt: Es sei eine öffentliche Verhandlung durchzuführen und es sei der Beschwerdeführer unter Beizug eines Dolmetschers persönlich zu befragen. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 2. Oktober 2024 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf die Akten und die Begründung in der angefochtenen Verfügung verweist und auf eine Stellungnahme verzichtet (A.S. 25). 2.3 Am 7. Oktober 2024 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein. Diese wird in der Folge der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt (A.S. 27 ff.). 2.4 Die Präsidentin des Versicherungsgerichts weist den Antrag des Beschwerdeführers auf eine Parteibefragung mit Verfügung vom 11. September 2025 ab. Ausserdem erkundigt sie sich, ob er an der Durchführung einer öffentlichen Verhandlung festhalte (A.S. 32 f.). 2.5 Mit Eingabe vom 15. September 2025 lässt der Beschwerdeführer mitteilen, er verzichte auf die Durchführung der beantragten öffentlichen Verhandlung (A.S. 35). 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 und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer aufgrund veränderter Verhältnisse Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder berufliche Eingliederungsmassnahmen hat. Der Beschwerdeführer meldete sich am 16. November 2020 (Eingang) bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug neu an (IV-Nr. 43 f.). Ein allfälliger Rentenanspruch könnte aufgrund der Neuanschuldung frühestens ab Mai 2021

bestehen (Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]; vgl. E. II. 2.2 hiernach). Die Beschwerdegegnerin verneint dagegen eine relevante Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers (vgl. A.S. 1 ff. und 38 ff.). Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 9. August 2024 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte IVG (Änderung vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV]) 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 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 wiederherstellen, 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).

### **E. 3.1**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Demgegenüber ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen). 3.2 Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanmeldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung respektive der neuen Verfügung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.1) mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75

ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C\_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2).

#### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen 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 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

4.2 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 er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (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).

4.3 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).

5. Aufgrund der Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 16. November 2020 ist die Frage zu beantworten, ob sich dessen Gesundheitszustand seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 6. Mai 2019, IV-Nr. 39) relevant verändert bzw. verschlechtert hat. Die medizinische Situation präsentierte sich damals wie folgt:

5.1 Die Beschwerdegegnerin stellte im Wesentlichen auf das interdisziplinäre (allgemein-internistische, orthopädische, neuropsychologische und psychiatrische) B.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2018 ab, worin gestützt auf die fachärztlichen Untersuchungen vom September/Oktober 2018 folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde: «Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger

Substanzgebrauch mit körperlichen Symptomen (ICD-10: F10.241)». Die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) lautete dahingehend, anamnestisch bestehe ein regelmässiger Alkoholkonsum seit dem 25. Lebensjahr. Im Austrittsbericht des F.\_\_\_\_ (Hospitalisation vom 14. bis 18. August 2016) sei der chronische Alkoholabusus mit Entzugssymptomatik bestätigt und es sei ein erster Alkoholentzug durchgeführt worden. Ein zweiter Alkoholentzug sei vom 16. bis 29. Mai 2017 erfolgt. Anamnestisch und durch Arztberichte bestätigt sei eine vorübergehende Alkoholabstinenz mit Besserung des Gesundheitszustands erfolgt. Während der Hospitalisation in der G.\_\_\_\_, [...], vom 28. September bis 9. November 2017 sei eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome bei Status nach Alkoholabhängigkeit mit agitierter Erschöpfungssymptomatik, Belastungen in Verbindung mit der beruflichen Situation und sozialem Rückzug festgehalten worden.

Im Weiteren wurde angegeben, bei der aktuellen Untersuchung gebe der Explorand zu, seit zwei Monaten wieder Alkohol zu konsumieren und meine, den Alkohol zu brauchen, um Energie und Mut für die Arbeit zu haben. Er berichte über Müdigkeit und Konzentrationsschwäche, welche objektiviert werden könnten. Es bestünden Schäden wie Hepatopathie, Blutbildveränderungen, möglicherweise Hypovitaminosen, welche auf den chronischen Alkoholkonsum zurückzuführen seien. Der Explorand führe seinen Alkoholkonsum dennoch weiter, es handle sich also um ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch mit körperlichen Symptomen. Derzeit, da der Alkoholkonsum im Vordergrund stehe (der Explorand sei sogar mit 0.45 Promille Ethanol zur Untersuchung gekommen), könne die Diagnose einer depressiven Störung weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Aus neuropsychologischer Sicht seien die Testergebnisse insgesamt als nicht valide einzuschätzen. Aus internistischer Sicht werde eine aethylische Hepatopathie bei chronischem Alkoholabusus festgestellt. Eine arterielle Hypertonie eventuell im Rahmen der Nephropathie sei seit dem Jahr 2015 bekannt und minimaldosiert mit dem ACE-Hemmer behandelt. Die mögliche Visuseinschränkung sei für den aktuellen Beruf nicht von Bedeutung. Die massive Hypercholesterinämie und Hypertriglyceridämie seien nebst der Hyperurikämie, bisher asymptomatisch, unbedingt kontrollbedürftig und zu behandeln, vor allem auch wegen eines Pankreatitisrisikos und im Zusammenhang mit Komplikationen von Seiten des Nierenleidens mit Hypertonie. Aus orthopädischer Sicht leide der Explorand unter einer Metatarsalgie bei Senk-/Spreizfuss beidseits. Die plantare Warzenbildung sei inzwischen behandelt worden und weitgehend abgeheilt. Die Beweglichkeit sei im lateralen Mittelfuss links leichtgradig eingeschränkt. Nach durchgeführter Hallux-Operation links habe man reizlose und unauffällige knöcherne Verhältnisse gefunden. Die Restbeschwerden seien aktuell nur noch leichtgradig und teilweise auf die Fussfehlstatik zurückzuführen. Im Bereich der Lendenwirbelsäule hätten keine Funktionseinschränkungen bestanden. Die radiologisch bestätigten leichtgradigen degenerativen Veränderungen stellten keine Einschränkung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit dar.

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde bzw. Diagnosen wurde angegeben, aufgrund des Alkoholabhängigkeitssyndroms, gegenwärtiger Substanzgebrauch mit körperlichen Symptomen, bestünden Funktionseinschränkungen in allen zu beurteilenden Fähigkeiten gemäss Mini-ICF App. Doch es könne davon ausgegangen werden, dass nach der Wiederholung einer geeigneten Therapie bzw. Entzug mit Langzeitbehandlung der Explorand seine Fähigkeiten wieder voll erlangen könne. Vom Exploranden seien

Einschränkungen wegen der Fusschmerzen beidseits beim Gehen und Stehen berichtet worden. Objektivierbar sei eine Metatarsalgie beidseits bei Senk-/Spreizfuss beidseits. Die plantare Warzenbildung sei inzwischen behandelt worden und inzwischen weitgehend abgeheilt. Die zusätzlichen plantaren Schwielenbildungen seien klinisch über dem Mittelfussköpfchen IV links vorhanden und seien als Zeichen der Fussfehlstatik und einer schon länger dauernden Fehlbelastung beurteilt worden. Die Beweglichkeit des linken lateralen Vorfusses sei nur geringfügig eingeschränkt gewesen. Nach durchgeführter Hallux-Operation links finde man klinisch reizlose und radiologisch unauffällige knöcherne Verhältnisse. Die Funktion der Wirbelsäule und Extremitätengelenke sei erhalten. Periphere oder zentrale Nervenkompressionszeichen seien nicht vorgelegen.

Es wurden folgende Persönlichkeitsaspekte dargelegt: der Explorand sei in Sri Lanka geboren und während des Bürgerkriegs dort aufgewachsen. Er habe keine schulische oder berufliche Ausbildung absolvieren können. Vor dem Antreten seines Militärdienstes sei er in die Schweiz geflohen, wo er Asyl bekommen habe. Er habe geheiratet und eine Familie gegründet. In der Schweiz habe er 1990 in verschiedenen Restaurants als Küchengehilfe gearbeitet. Bereits im Alter von 25 Jahren habe er mit dem Alkoholkonsum begonnen, im Verlauf bestehe ein langjähriger Substanzgebrauch, gegenwärtig bestehe ein Abhängigkeitssyndrom. Da der Alkoholkonsum zurzeit im Vordergrund stehe, dessen Symptome mit einer depressiven Störung einhergehen könnten, bleibe offen, ob der Alkoholkonsum sekundär zu einer depressiven Störung einzustufen sei. Unterstützung erhalte der Explorand durch seine Ehefrau und seine Kinder. Er habe Freude an der Gartenarbeit und koche regelmässig für seine Familie. Er sei finanziell durch den Hauskauf belastet.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde angegeben, der Explorand arbeite zurzeit als Küchengehilfe zu 60 %, was ihm zuzumuten sei. Eine genaue Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne erst vorgenommen werden, nachdem eine Alkoholabstinenz von mindestens 6 Monaten nachgewiesen werden könne. Für Verweistätigkeiten bestehe eine Einschränkung bezüglich schwerer körperlicher Arbeit aufgrund der leichten bis anamnestisch mittelgradigen Niereninsuffizienz mit zusätzlich ungewisser Prognose. Eine optimal angepasste Tätigkeit sei eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne ständiges Stehen, ohne gebückte, kauernde Positionen und ohne schweres Heben und Tragen von Lasten über 15 kg. Die Arbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit werde bezogen auf ein 100%-Pensum zu 100 % beurteilt und zeitlich mit 8,5 Stunden (pro Tag) definiert. Voraussetzung für die Ausübung einer angepassten Tätigkeit sei ebenfalls eine nachgewiesene Alkoholabstinenz. Die Gesamtarbeitsfähigkeit wurde wie folgt begründet: Eine vorübergehende Einschränkung bestehe durch das Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch mit körperlichen Symptomen. Der Gesundheitszustand könne durch geeignete medizinische Massnahmen verbessert werden und zur vollen Arbeitsfähigkeit führen (IV-Nr. 31.1 S. 2 ff.).

5.2 RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 20. Dezember 2018 im Wesentlichen fest, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Alkoholabhängigkeitserkrankung ausgewiesen. Dem Versicherten seien Anstrengungen zur Erlangung einer anhaltenden Abstinenz von Alkohol zuzumuten und zu empfehlen. Allerdings wäre er auch bereits im aktuellen Zustand in der Lage, sein bisheriges Pensum von 60 % als Küchenhilfe auszuüben. Da das Untersuchungsergebnis darüber hinaus von erheblichen Hinweisen auf

inkonsistente, ergebnisverzerrende, wahrscheinlich bewusst aggravierende und simulierende Verhaltensweisen geprägt gewesen sei, habe ausser der Alkoholabhängigkeit keine valide psychiatrische oder neuropsychologische Störung diagnostiziert werden können (IV-Nr. 34).

6. Die im Zeitpunkt der Neuanschuldung vom 16. November 2020 bzw. der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 9. August 2024 bestehende medizinische Situation präsentiert sich wie folgt:

6.1 Aus dem polydisziplinären (allgemein-internistischen, kardiologischen, rheumatologischen, neurologischen, ophthalmologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen) Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 20. März 2023 gehen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor: «St.n. Distorsion des linken Schultergelenkes nach Sturz vom 27.01.2023 (MRI-Diagnostik ausstehend) (ICD-10: S43.4); Schwere Sehbeeinträchtigung (ICD-10: H54.1) bei Optikusatrophie (ICD-10: H47.2)». Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, bei der polydisziplinären B.\_\_\_\_-Begutachtung vom 9. November 2018 sei ein Alkoholabhängigkeitssyndrom als einzige versicherungsmedizinisch relevante Diagnose festgestellt worden. Am 15. September 2020 sei eine Revisionsosteosynthese des Metatarsalknochens I links durchgeführt worden. Am 9. November 2020 habe der Explorand einen ST-Hebungsinfarkt erlitten. An kardiovaskulären Risikofaktoren sei die Konstellation eines metabolischen Syndroms vorgelegen. Dr. med. I.\_\_\_\_ habe im Jahr 2021 einen Verdacht auf ein Normaldruckglaukom beidseits geäussert. Aktuell beklage der Explorand gegenüber den verschiedenen fachspezifischen Teilgutachtern eine Zuckerstoffwechselstörung und Augenprobleme, Fussbeschwerden, gelegentliche thorakale Beschwerden sowie eine depressive Verstimmung. Wegen der Alkoholkrankheit sei 2016/2017 eine Entgiftung im F.\_\_\_\_ und dann eine qualifizierte Entwöhnungsbehandlung in den J.\_\_\_\_ durchgeführt worden. Aktuell habe der Explorand einen intermittierenden, kontrollierten Alkoholkonsum in geringer Menge eingeräumt. Es habe sich jedoch aufzeigen lassen, dass bei erhöhten CDT-, Ethylglucuronid- sowie Ethylsulfat-Werten ein ständiger Alkoholüberkonsum bestanden habe. Diesen Umständen komme ■ entgegen den Ausführungen im polydisziplinären B.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2018 ■ kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu und es erschliesse sich nicht, wie in dem bezeichneten Gutachten angeführt, weshalb die Beurteilung einer Arbeitsfähigkeit erst dann, wenn mindestens für sechs Monate eine Alkoholabstinenz bestanden habe, möglich sein sollte. Es sei darauf hinzuweisen, dass der Explorand trotz der Alkoholkrankheit und dem Konsum von Alkoholika über viele Jahre hinweg den an ihn gestellten sozialen Erwartungen entsprochen habe. Er sei im Arbeitsleben gestanden und habe seine Arbeitsleistung erbracht. Eine Mitverursachung der Polyneuropathie durch den Alkoholkonsum könne nicht ausgeschlossen werden. Es bestehe zudem eine Optikusatrophie, welche im Rahmen eines chronischen Alkoholabusus auftreten könne.

Im Weiteren wurde angegeben, im Vordergrund sowohl der subjektiven als auch der objektivierbaren Befunde stünden die rheumatologischen und ophthalmologischen Diagnosen, welche in ihrer Gesamtheit die Leistungsfähigkeit (und Arbeitsfähigkeit) beeinträchtigten. Zusammenfassend könne hinsichtlich der Konsistenz/Plausibilität Folgendes gesagt werden: Entgegen der Behauptung des Exploranden, dass im Rahmen der letzten nicht-invasiven kardiologischen Untersuchung ein Kardio-MRI durchgeführt worden sei, hätten keine entsprechenden Unterlagen eingeholt werden können. Es hätten

sich Inkonsistenzen vor dem Hintergrund des Tagesprofils, der Alltagsgestaltung des Exploranden sowie der Labor- und der neuropsychologischen Untersuchung ergeben. Im Weiteren sei deutlich geworden, dass psychosozialen und versicherungspsychiatrisch nicht zu berücksichtigenden Faktoren keine untergeordnete Rolle zugekommen seien. Gegenüber der Alkoholabhängigkeitserkrankung habe sich der Explorand bagatellisierend verhalten; er habe sich zum Teil «nicht erinnern» können und habe im rein ätiologischen Sinn eine Verleugnung, dies im Sinne eines Abwehrmechanismus, gezeigt. Während der Gesichtsfeldprüfung hätten sich gewisse Inkonsistenzen bzw. Hinweise auf Aggravation ergeben. Der Explorand habe beidseits eine hochgradig konzentrische Einschränkung des Gesichtsfelds angegeben (rechts auf zirkulär ca. 10 Grad; links auf zirkulär ca. 5 Grad), dafür bestehe kein morphologisches Korrelat. Darüber hinaus habe er die Aussengrenzen für die (später geprüfte) sehr viel grössere Prüfmarke (V/4) an gleicher Stelle oder sogar noch etwas enger angegeben als die Aussengrenzen für die (zuerst geprüfte) sehr viel kleinere Prüfmarke (III/3).

Die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Office-Mitarbeiter bzw. Küchenhilfe wurde in der Fachdisziplin «Rheumatologie» mit 100 % und «Ophthalmologie» mit 70 % angegeben; in den übrigen Disziplinen wurde eine solche von jeweils 0 % festgestellt. In Verweistätigkeiten wurde die Arbeitsunfähigkeit in allen Disziplinen mit 0 % angegeben. Somit ergebe sich aus interdisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100 % und in einer Verweistätigkeit von 0 %. Dabei gelte das seitens des rheumatologischen und ophthalmologischen Teilgutachtens geäußerte Fähigkeitsprofil. Die vollständige Arbeitsunfähigkeit aus rheumatologischer Sicht sei zum Zeitpunkt der Untersuchung durch eine frische Schultergelenksdistorsion bedingt. Über einen weiteren Verlauf hinsichtlich einer möglichen bleibenden Schädigung und zum Procedere hätten zum Zeitpunkt der Begutachtung keine Angaben gemacht werden können.

Zum Verlauf wurde dargelegt, aus polydisziplinärer Sicht könne Folgendes angenommen werden: Der Explorand habe berichtet, dass er seit ca. drei Jahren zunehmend schlechter sehen könne. Im Februar 2021 sei eine «20%ige» Sehschärfe gemessen worden; der Explorand erhalte eine Hilflösenentschädigung wegen der Sehschwäche seit Oktober 2021 (nach einjähriger Wartefrist). Daher könne eine 70%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen der angestammten Tätigkeit seit Oktober 2020 angenommen werden. Aufgrund der neu aufgetretenen Schulterproblematik bestehe seit dem 27. Januar 2023 eine volle Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der angestammten Tätigkeit. Die in der Vergangenheit festgestellten Diagnosen bzw. deren versicherungsmedizinische Relevanz hätten aus aktueller Sicht nicht nachvollzogen werden können. Aktuell habe der Explorand einen intermittierenden, kontrollierten Alkoholkonsum in geringer Menge eingeräumt. Es habe sich jedoch aufzeigen lassen, dass bei einem erhöhten CDT- und erhöhten Ethylglucuronid- sowie Ethylsulfat-Werten ein ständiger Alkoholüberkonsum bestanden habe. Diesen Umständen komme, entgegen den Ausführungen im polydisziplinären B.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2018, kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu und es erschliesse sich nicht, wie in dem bezeichneten Gutachten angeführt, warum die Beurteilung einer Arbeitsfähigkeit erst dann, wenn mindestens für sechs Monate eine Alkoholabstinenz bestanden habe, möglich sein sollte. Es ergebe sich keine Addition von Teil-Arbeitsunfähigkeiten. Es sollte eine weitere Abklärung der Schulterproblematik mittels Bildgebung (z.B. MRI) erfolgen. Anschliessend könnten weitere Massnahmen und deren versicherungsmedizinische Relevanz diskutiert werden (IV-Nr. 127.1).

6.1.1 Die rheumatologische C.\_\_\_\_-Teilgutachterin, Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie, gab in ihrem Teilgutachten vom 31. Januar 2023 (Untersuchung am gleichen Tag) zur Arbeitsfähigkeit an, der Explorand könne aus rheumatologischer Sicht acht Stunden täglich bezugnehmend auf die bisher bekannten Diagnosen in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit anwesend sein. Abzuwarten bleibe jedoch der Befund der wohl in Kürze geplanten MRT-Untersuchung des linken Schultergelenks. Diesbezüglich bestehe zum Zeitpunkt der Begutachtung aus rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Bezugnehmend auf die bisher bekannten Diagnosen sei von keiner Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen (IV-Nr. 127.9 S. 25 ff.).

6.1.2 Die ophthalmologische C.\_\_\_\_-Teilgutachterin, Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Ophthalmologie FMH, gab in ihrem Teilgutachten vom 16. März 2023 (Untersuchung vom 14. März 2023) an, der Explorand beklage eine ausgeprägte Sehbeeinträchtigung. Er berichte, dass er eigentlich schon seit vielen Jahren «nicht gut» sehen könne. Vor ca. 20 Jahren habe er den Lernfahrausweis für das Autofahren beantragen wollen; schon damals habe er den Sehtest für das Autofahren nicht bestanden. Er habe dann aber für einige Jahre noch «einigermassen gut» sehen können. Gelesen habe er nie etwas; er habe noch fernsehen und auch seiner Arbeit nachgehen können. Seit ca. drei Jahren habe sich sein Sehvermögen aber erheblich verschlechtert. Mittlerweile könne er kaum noch etwas sehen. Um sich in der Umgebung orientieren zu können, müsse er einen Langstock verwenden. Ausserdem fühle er sich vermehrt geblendet. Gegen die Blendung verwende er eine Sonnenbrille, mit welcher er aber noch schlechter sehen könne. Manchmal verspüre er ein «Beissen» oder «Brennen» in den Augen. Er wende regelmässig drucksenkende Augentropfen (Monoprost) in beiden Augen an. Ausserdem benutze er eine Brille mit kombinierter Fern- und Nahkorrektur.

Zur zuletzt ausgeübten Tätigkeit wurde angegeben, der Explorand sei von 2014 bis August 2020 als Küchenhilfe in einem E.\_\_\_\_-Restaurant tätig gewesen, das Arbeitspensum habe 88 % betragen. Er habe Geschirr abräumen, Tische abwischen und auch das Geschirr abwaschen und wieder bereitstellen müssen. Er habe auch bei «vielen Dingen» geholfen und «Sachen vorbereitet», beispielsweise Gemüse gerüstet. Der Explorand gebe an, dass er für alle Aufgaben während der Arbeit sehr viel Zeit benötigt habe, da er die Sachen nicht gut habe erkennen können. Auf den Tellern oder Tischen habe er Verschmutzungen oft übersehen.

Die medizinische Beurteilung lautete wie folgt: Es bestehe eine schwere Sehbeeinträchtigung aufgrund einer ausgeprägten Optikusatrophie. Mit ca. zweifacher Vergrösserung sei es dem Exploranden noch möglich gewesen, Zahlen in Zeitungsdruckgrösse zu erkennen. Aufgrund der Gesichtsfelddefekte sei jedoch ein flüssiges Lesen von derart kleinen Zahlen oder Schriften deutlich erschwert. Darüber hinaus zeige sich eine mittlere Linsentrübung, die eine weitere Reduktion der Sehschärfe und eine etwas vermehrte Blendungsempfindlichkeit verursache. Eine Benetzungsstörung bereite dem Exploranden gelegentlich Beschwerden (Augenbrennen). Zur Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität wurde vermerkt, der Explorand denke, dass er nur noch in deutlich reduziertem Ausmass (ca. 3 Stunden pro Tag) arbeitsfähig sei. Diese Einschätzung entspreche auch im Wesentlichen den erhobenen Befunden. Bereits zuvor sei die hochgradige Sehschwäche des Exploranden beschrieben worden; es sei eine «20%ige Sehschärfe» gemessen worden (Befunde vom 09.02.2021); eine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit sei bisher aus ophthalmologischer Sicht nicht abgegeben worden.

Unter dem Vermerk «Allfällige Hinweise für Aggravation oder Simulation/Dissimulation» wurde angegeben, während der Gesichtsfeldprüfung hätten sich gewisse Inkonsistenzen bzw. Hinweise auf Aggravation ergeben. Der Explorand habe beidseits eine hochgradig konzentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes angegeben (rechts auf zirkulär ca. 10 Grad; links auf zirkulär ca. 5 Grad), für das so kein morphologisches Korrelat bestehe. Darüber hinaus habe er die Aussengrenzen für die (später geprüfte) sehr viel grössere Prüfmarke (V/4) an gleicher Stelle oder sogar noch etwas enger angegeben als die Aussengrenzen für die (zuerst geprüfte) sehr viel kleinere Prüfmarke (III/3).

Zur Herleitung der gestellten Diagnose wurde vermerkt, die Optikusatrophie habe mittels optischer Kohärenztomographie zur Darstellung gebracht werden können. Mittels Autorefraktometer habe die Fehlsichtigkeit gemessen werden können. Die Linsentrübung und die Benetzungsstörung hätten spaltlampenmikroskopisch beobachtet werden können. Im Weiteren wurde zur Suchtanamnese dargelegt, der Explorand konsumiere regelmässig Alkohol; aktuell trinke er noch ca. 2 Flaschen Bier pro Tag. Eine Optikusatrophie könne im Rahmen eines chronischen Alkoholabusus auftreten. Zum bisherigen Therapieverlauf wurde erklärt, die Fehl- und Alterssichtigkeit sei mit einem Brillenglas korrigiert worden; gegen die Blendung verwende der Explorand eine Sonnenbrille. Zur Orientierung im Raum verwende er einen Langstock. Zur Senkung des Augendrucks seien Augentropfen (Monoprost) verordnet worden. Das Eingliederungspotential wurde wie folgt bewertet: Die schwere Sehbeeinträchtigung als Folge der Optikusatrophie bestehe irreversibel, ohne therapeutische Option. Mit adäquater Vergrösserung sei es dem Exploranden zwar noch möglich gewesen, Zahlen in Zeitungsdruckgrösse zu erkennen. Ein flüssiges Ablesen dieser Zahlen sei jedoch aufgrund der Gesichtsfeldeinschränkung deutlich erschwert. Die Gesichtsfelddefekte seien erheblich und verursachten eine deutliche Einschränkung der Mobilität. Aufgrund der Sehdefizite bestehe eine anhaltende, erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Als weitere Behandlungsoptionen wurden erwähnt: Gegen die vermehrte Blendungsempfindlichkeit könnten spezielle Filtergläser (Kantenfilter) zum Einsatz kommen. Bei Zunahme der Linsentrübung könnte eine Katarakt-Operation erfolgen. Gegen die Benetzungsstörung könnte der Explorand Tränenersatzmittel anwenden.

Die Gutachterin hielt zu den Funktions- und Fähigkeitsstörungen fest: Für die Tätigkeit als Küchenhilfe bestehe eine 70%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Einschränkung begründe sich durch den erhöhten Pausen- bzw. Kompensationsbedarf aufgrund der vorliegenden Sehdefizite. Tätigkeiten mit erhöhtem Gefahrenpotential seien wegen der Gesichtsfeldeinschränkung nicht geeignet.

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Office-Mitarbeiter bzw. Küchenhilfe wurde auf 3 Stunden pro Tag festgesetzt, wobei eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit bestehe, welche weitgehend durch die Stundenreduktion kompensiert werden könne. Damit sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auf 30 % festzusetzen. Zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit legte die Gutachterin dar, der Explorand habe berichtet, dass er seit ca. 3 Jahren zunehmend schlechter sehen könne. Im Februar 2021 sei eine «20%ige» Sehschärfe gemessen worden; der Explorand erhalte eine Hilflosenentschädigung wegen der Sehschwäche seit Oktober 2021 (nach einjähriger Wartefrist). Die erwähnte Einschätzung könne daher seit Oktober 2020 angenommen werden und gelte bis auf Weiteres. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde angegeben, Tätigkeiten ohne oder mit nur geringen Anforderungen an die Sehfähigkeit seien optimal angepasst. Eine solche Tätigkeit sei während 8.5 Stunden pro

Tag zuzumuten. Dabei bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit betrage demnach 100 %. Diese Einschätzung könne seit Oktober 2020 angenommen werden und gelte bis auf Weiteres (IV-Nr. 127.7 S. 8 ff.).

6.2 RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_, Praktische Ärztin und Fachärztin für Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 23. März 2023 fest, das C.\_\_\_\_-Gutachten sei aus versicherungsmedizinischer Sicht plausibel und in Kenntnis der eigenen Untersuchungen und der Aktenlage erstellt worden, weshalb darauf abgestellt werden könne. Sie empfahl im Weiteren, aktuelle Behandlerberichte hinsichtlich der Schulterdistorsion beim Hausarzt anzufordern, um das diesbezügliche weitere Vorgehen evaluieren zu können (IV-Nr. 130 S. 2).

6.3 Aus dem von der Beschwerdegegnerin beigezogenen Bericht des F.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 13. Februar 2023 geht die Hauptdiagnose «Anteroinferiore Schulterluxation links, ED 25.1.23» hervor. Zur Anamnese wurde angegeben, der Patient sei aus der chirurgischen Abteilung zugewiesen worden, da er sich vor zwölf Tagen nach einer Auseinandersetzung eine Contusio capitis mit Nasenbeinfraktur und Schulterluxation zugezogen habe. Der Patient gebe im Laufe der letzten Tage eine Besserung der Beschwerden an. Zwölf Tage nach erstmaliger Luxation sehe man noch eine Bewegungseinschränkung und Schmerzen. Subjektiv seien die Schmerzen weniger geworden. Aufgrund der Gesamtsituation und der Nebenerkrankungen wolle man die weitere Diagnostik mit MRI nicht erzwingen, da hier eine Operation eher nicht in Frage komme. Es werde mit Physiotherapie zur Mobilisation begonnen. Eine klinische Kontrolle sei in sechs Wochen geplant (IV-Nr. 132 S. 10 f.).

6.4 RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_ hielt in ihrer Aktennotiz vom 29. März 2023 fest, hinsichtlich der Schultergelenksdistorsion sei ein verbesserbarer und positiver Heilungsverlauf dokumentiert. Zudem habe der Versicherte den Verlaufstermin nicht wahrgenommen, was auf einen fehlenden Leidensdruck hinsichtlich weiterer Behandlungsnotwendigkeit hindeute. Aus RAD-Sicht könne somit aktenkundig von einem regulären, erfreulichen Heilungsverlauf ausgegangen werden. Ab dem Bericht vom 13. Februar 2023 könne somit wieder von der im Gutachten postulierten 70%igen Arbeitsunfähigkeit (ophthalmologisch begründet) in der angestammten Tätigkeit ausgegangen werden. Einschränkungen in einer optimal angepassten Verweistätigkeit ergäben sich weiterhin nicht (IV-Nr. 134).

6.5 Im Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung der Beschwerdegegnerin vom 26. März 2024 hielt die Eingliederungsfachperson fest, es sei vom 25. September 2023 bis 24. März 2024 ein Aufbautraining im Sinne von Art. 14a IVG in der D.\_\_\_\_ GmbH, Bildungswerkstätte, [...], durchgeführt worden (vgl. Mitteilungen vom 3. Oktober und 14. Dezember 2023 [IV-Nr. 167 und 178]). Der Beschwerdeführer habe zuletzt von Dezember 2014 bis August 2020 als Küchenmithilfe in der N.\_\_\_\_, [...], im Rahmen eines Pensums von 90 % gearbeitet. Seit seiner Einreise in die Schweiz habe er immer im Gastgewerbe gearbeitet. Die Erwerbsfähigkeit sei nicht erreicht worden. Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, zu seiner geringen Sehfähigkeit von 12 bis 20 % seien auch seine Schmerzen in den Füßen (Hallux und Dornwarzen), Schwindel bei gewissen Tätigkeiten, Schmerzen in den Beinen und Armen, ausfallende Zehennägel und ein starkes Zittern der Hände eine Einschränkung. Zwischenpausen seien regelmässig nötig gewesen, teilweise habe sich der Versicherte auch hinlegen müssen. Sein hoher Blutdruck und hoher

Puls führten ebenfalls zu Schwindel bei der Arbeit. Die vielen Tabletten, die er vorwiegend morgens, aber auch abends einnehmen müsse, machten ihn nervös und gleichzeitig auch müde. Ausserdem habe er auch Schlafprobleme aufgrund einer Umstellung des Schlafmittels erwähnt, weil seine Nieren stark belastet seien. Die Schlafprobleme führten dazu, dass er einen schlechten Tag habe, was sich wiederum in der Stimmung, der Belastbarkeit und in der Arbeitsleistung zeige. Hinzu kämen private Themen (vorwiegend finanzielle Sorgen, Existenz- und Zukunftsängste), welche ebenfalls einen negativen Einfluss auf seine Verfassung hätten. Seine psychische Verfassung schein nicht stabil, er habe auch immer wieder suizidale Gedanken geäussert. Eine deutliche Verschlechterung seiner psychischen Verfassung seit Mai 2023 werde auch von seinem Hausarzt, Dr. med. O.\_\_\_\_, bei einem Gespräch mit der fallführenden Person bestätigt. Auch seine Frau, die jeweils an den Zwischengesprächen teilnehme, bestätige die grosse Belastung für die ganze Familie aufgrund der psychischen Labilität des Versicherten.

Sein stabil erreichtes Pensum am Ende des Zeitraums der Berichterstattung habe 35 % betragen. Die Leistungsfähigkeit werde zum aktuellen Zeitpunkt mit ca. 35 % bewertet. Die Qualität sei knapp genügend gewesen, abhängig von der Tätigkeit. Das Arbeitstempo habe sich eher im reduzierten Bereich bewegt. Durch die Sehbeeinträchtigung müsse sich der Versicherte bei einigen Arbeiten stärker konzentrieren und brauche dementsprechend mehr Zeit für die Ausführung der Arbeit. Zusätzlich müssten seine Arbeiten immer kontrolliert werden, da seine Fehlerquote hoch sei. Die erbrachte Leistung werde als nicht genügend erachtet für den ersten Arbeitsmarkt. Nicht nur seine stark eingeschränkte Sehleistung, sondern auch sein Zittern der Hände und seine geringe Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit schränkten ihn bei der Arbeit sehr ein. Eine Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt sei nicht realistisch. Ein Schnuppereinsatz im ersten Arbeitsmarkt habe aufgrund der vielzähligen Anforderungen nicht gefunden werden können. Es habe sich keine gesundheitliche Stabilität abgezeichnet seit der IV-Anmeldung. Aufgrund der aktuellen Situation, dass die Eingliederungsmassnahmen nicht zielführend hätten umgesetzt werden können und in den nächsten Monaten keine Stabilisierung seiner gesundheitlichen Situation zu erwarten sei, werde der Abschluss der Eingliederung vereinbart (IV-Nr. 195).

6.6 RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_ äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 6. Mai 2024 nach einer Würdigung von neuen relevanten medizinischen Berichten dahingehend, im Bericht der J.\_\_\_\_ [...] vom 2. Mai 2024 seien keine relevanten Funktionsstörungen oder Diagnosen genannt worden: Die depressive Episode sei als leichtgradig eingestuft worden und die subjektiv genannten Konzentrationsstörungen seien nur im Kurzzeitgedächtnis objektiv leichtgradig vorhanden. Das Langzeitgedächtnis sei subjektiv und objektiv unauffällig. Die Psychiater berücksichtigten bei der Beurteilung der Gesamtarbeitsunfähigkeit fachfremd auch die somatischen Einschränkungen. Ophthalmologisch ergäben sich keine relevanten Änderungen zum Gutachtenszeitpunkt. Die Beurteilung des behandelnden Augenarztes von 50 % könne nicht nachvollzogen werden. Es handle sich somit um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes wie zum Gutachtenszeitpunkt. Die weiteren somatischen Diagnosen zeigten keine IV-Relevanz auf. Aus Sicht des RAD ergäben sich somit zusammenfassend keine relevanten neuen Erkenntnisse im Hinblick auf die Gutachtenexploration und die RAD-Stellungnahmen (IV-Nr. 203).

## **E. 7.1**

7.1.1 Die Beschwerdegegnerin wies den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 9. August 2024 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den umfassenden Abklärungen sei dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Office-Mitarbeiter bzw. Küchenhilfe nur noch in einem 30%-Pensum zuzumuten. Für eine den Einschränkungen angepasste Tätigkeit bestehe auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit. Mit einer solchen Tätigkeit könne der Beschwerdeführer ein rentenausschliessendes Einkommen erwirtschaften. Es bestehe keine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit, welche einen Rentenanspruch begründen würde. Den im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwänden könne nicht gefolgt werden (IV-Nr. 210; A.S. 1 ff.).

7.1.2 Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen, namentlich eine Invalidenrente, zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen medizinischer und beruflicher Art zurückzuweisen. Dies begründet er im Wesentlichen damit, das C.\_\_\_\_-Gutachten äussere sich nicht zum misslungenen Eingliederungsversuch gemäss dem Abschlussbericht vom 26. März 2024, weil die berufliche Eingliederung nach der Erstellung des Gutachtens erfolgt sei. Tatsache sei jedoch, dass es die Beschwerdegegnerin versäumt habe, eine medizinische Stellungnahme zu der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von lediglich 35 % durch die Eingliederungsfachperson einzuholen. Eine nachträgliche ergänzende Stellungnahme sei weder bei der ophthalmologischen Teilgutachterin Dr. med. L.\_\_\_\_ noch beim RAD verlangt worden. Dies führe zur nachträglichen Beweislosigkeit des C.\_\_\_\_-Gutachtens. Die Stellungnahme des RAD vom 6. Mai 2024 könne nicht als eine solche Stellungnahme gewertet werden. Sodann leuchte das C.\_\_\_\_-Gutachten in der Beurteilung der medizinischen Situation nicht ein. So halte die ophthalmologische Teilgutachterin fest, dass aufgrund der Sehdefizite eine anhaltende, erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, gleichzeitig stelle sie jedoch fest, der Beschwerdeführer sei ■ trotz des anerkannten erhöhten Pausen- und Kompensationsbedarfs - in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Zu den Merkmalen einer optimal angepassten Tätigkeit äussere sich die Teilgutachterin lediglich mit einem Satz. So seien Tätigkeiten, ohne oder nur mit geringen Anforderungen an die Sehfähigkeit optimal angepasst. Die Gutachterin blende bei der angepassten Tätigkeit den von ihr selbst zuvor festgehaltenen erhöhten Pausen- bzw. Kompensationsbedarf aus. Im Weiteren berücksichtige sie die Angewiesenheit des Beschwerdeführers auf Hilfe bei der Fortbewegung, was aus der Abklärung betreffend Hilflosenentschädigung hervorgegangen sei, nicht. Ferner falle auf, dass es Tätigkeiten ohne oder nur mit sehr geringen Anforderungen an die Sehfähigkeit (Sehvermögen in casu zwischen

## **E. 12**

und 20 %) im ersten Arbeitsmarkt überhaupt nicht gebe. Es sei wenig erstaunlich, dass die Eingliederungsfachperson im Abschlussbericht vom 26. März 2024 festhalte, eine Vermittlung des Beschwerdeführers in den ersten Arbeitsmarkt sei nicht realistisch. Es fehle auch eine Auseinandersetzung mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 50 % durch den behandelnden Augenarzt Dr. med. P.\_\_\_\_ und seiner Aussage, dass der Beschwerdeführer «faktisch blind» sei. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt lasse viele Fragen offen. Es stelle sich schliesslich auch die Frage, welcher Arbeitgeber auf dem ersten Arbeitsmarkt den faktisch

blinden Beschwerdeführer auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einstellen würde. Selbst wenn man von einer medizinisch theoretischen Restarbeitsfähigkeit ausgeht, so liesse sich diese auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht umsetzen (A.S. 4 ff.).

7.2 Zunächst ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer ■ nachdem sein Anspruch auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen mit rechtskräftiger Verfügung vom 6. Mai 2019 (Referenzzeitpunkt) abgewiesen worden waren (IV-Nr. 39) ■ bei der Beschwerdegegnerin am 7. September 2020 (Eingang: 16. November 2020) zum Leistungsbezug neu anmeldete, wobei der Beschwerdegegnerin zuvor ein Bericht der J.\_\_\_\_ [...] vom 12. November 2020 eingereicht worden war. Darin wurde eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert und angegeben, aktuell werde der Beschwerdeführer in der Tätigkeit als Küchenhilfe als arbeitsunfähig erachtet (IV-Nr. 42). Der Beschwerdeführer gab an, er leide an Gedankenkreisen, Konzentrationsproblemen, einer Depression, Schlafstörungen, Traurigkeit und Angst bei der Arbeit. Infolge einer Fussoperation im August 2020 habe er Schwierigkeiten beim Stehen; wegen Komplikationen erfolge eine zweite Operation. Sodann leide er an Nierenproblemen (IV-Nr. 43 S. 6). Seine gesundheitliche Situation habe sich verschlechtert und er stehe erneut in psychiatrischer Behandlung (vgl. IV-Nr. 44). Die Beschwerdegegnerin trat auf diese Neuanmeldung ein, da sie eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers als glaubhaft gemacht erachtete (Art. 87 Abs. 2 IVV). Dabei stellte sie auf die Einschätzung ihrer RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_ ab, wonach die schwere depressive Störung eine neue psychiatrische Diagnose und eine Verschlechterung der psychiatrischen Situation darstelle (vgl. Aktennotiz vom 17. November 2020 [IV-Nr. 50]), und holte weitere Unterlagen ein. Nach Rücksprache mit dem RAD (vgl. Stellungnahme vom 7. Dezember 2021 [IV-Nr. 102]) veranlasste sie das polydisziplinäre C.\_\_\_\_-Gutachten vom 20. März 2023 (vgl. IV-Nr. 104, 119 und 127). Die Gutachter stellten im Rahmen der Gesamtbeurteilung die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines Status nach Distorsion des linken Schultergelenks nach einem Sturz vom 27. Januar 2023 (MRI-Diagnostik ausstehend; ICD-10: S43.4) sowie einer schweren Sehbeeinträchtigung (ICD-10: H54.1) bei Optikusatrophie (ICD-10: H47.2), wobei sie eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Office-Mitarbeiter bzw. Küchenhilfe ausschliesslich in den Disziplinen «Rheumatologie» und «Ophthalmologie» in Höhe von 100 % bzw. 70 % attestierten; in den übrigen Disziplinen wurde für die bisherige Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit festgestellt. In einer angepassten Verweistätigkeit attestierten die Gutachter in sämtlichen Disziplinen keine Arbeitsunfähigkeit. Dies führte aus interdisziplinärer Sicht zu einer Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 100 % und zu einer solchen in einer angepassten Verweistätigkeit von 0 % (IV-Nr. 127.1 S. 10 ff.; vgl. E. II. 6.1 hiervor). Gestützt darauf ging die Beschwerdegegnerin von keiner relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im Vergleich zum Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 6. Mai 2019 [IV-Nr. 39]; vgl. E. II. 5 hiervor) aus und lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung erneut ab (IV-Nr. 210). Im Folgenden ist zu prüfen, ob dem C.\_\_\_\_-Gutachten vom 20. März 2023 Beweiswert zukommt.

7.3 Das polydisziplinäre C.\_\_\_\_-Gutachten vom 20. März 2023 beruht auf den vollständigen Vorakten (vgl. fächerübergreifende Aktenzusammenfassung, IV-Nr. 127.2)

sowie den spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Allgemeine Innere Medizin» (IV-Nr. 127.3), «Kardiologie» (IV-Nr. 127.4), «Neurologie» (IV-Nr. 127.5), «Neuropsychologie» (IV-Nr. 127.6), «Ophthalmologie» (IV-Nr. 127.7), «Rheumatologie» (IV-Nr. 127.9) und «Psychiatrie» (IV-Nr. 127.8). Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden wurden von den Gutachtern in deren Beurteilung einbezogen. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter gaben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus wurden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Am Schluss wurden die gestellten Fragen beantwortet. Schliesslich wurde eine Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung aller involvierten Disziplinen (Konsensbeurteilung) vorgenommen (vgl. IV-Nr. 127.1). Sowohl das Gesamt- als auch die Teilgutachten wurden von sämtlichen Gutachtern elektronisch visiert bzw. unterschrieben. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und das Gesamtgutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurde ■ soweit vorhanden ■ Stellung genommen. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht. Damit übereinstimmend weist die RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 23. März 2023 darauf hin, das Gutachten sei aus versicherungsmedizinischer Sicht plausibel und in Kenntnis der eigenen Untersuchungen und der Aktenlage erstellt worden (IV-Nr. 130 S. 2).

7.4 Der Beschwerdeführer macht geltend, dem C.\_\_\_\_-Gutachten komme kein Beweiswert zu. Dies begründet er damit, das Gutachten leuchte in der Beurteilung der medizinischen Situation nicht ein, es äussere sich nicht zum misslungenen Eingliederungsversuch gemäss Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 26. März 2024 und es setze sich nicht mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des behandelnden Augenarztes Dr. med. P.\_\_\_\_ auseinander. Schliesslich wäre eine medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht verwertbar (vgl. Beschwerde, S. 9 ff.; A.S. 12 ff.; E. II. 7.1.2 hiervor).

7.4.1 Zum Einwand, das Gutachten leuchte in der Beurteilung der medizinischen Situation nicht ein, ist Folgendes festzuhalten:

Die ophthalmologische C.\_\_\_\_-Gutachterin Dr. med. L.\_\_\_\_ stellte in ihrem Teilgutachten vom 16. März 2023 gestützt auf ihre Untersuchung vom 14. März 2023 die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer schweren Sehbeeinträchtigung (ICD-10: H54.1) bei Optikusatrophie (ICD-10: H47.2) und kam zum Schluss, in der bisherigen Tätigkeit als Office-Mitarbeiter bzw. Küchenhilfe bestehe eine 30%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (3 Stunden pro Tag), wobei die eingeschränkte Leistungsfähigkeit weitgehend durch die Stundenreduktion kompensiert werden könne. Die Einschränkung begründe sich mit dem erhöhten Pausen- und Kompensationsbedarf aufgrund der bestehenden Sehdefizite. In einer optimal angepassten Verweistätigkeit, welche keine oder nur geringe Anforderungen an die Sehfähigkeit stelle, bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (8,5 Stunden pro Tag). Diese Einschätzung könne ab Oktober 2020 angenommen werden und gelte bis auf Weiteres (IV-Nr. 127.7 S. 19 ff.; vgl. E. II. 6.1.2 hiervor). Dass Dr. med. L.\_\_\_\_ in einer optimal angepassten Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit des

Beschwerdeführers attestierte und damit ■ im Gegensatz zur zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Office-Mitarbeiter bzw. Küchenhilfe ■ keinen erhöhten Pausen- bzw. Kompensationsbedarf des Beschwerdeführers mitberücksichtigte, kann nachvollzogen werden. So wurde die 70%ige Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit nach den gutachterlichen Angaben mit den bestehenden Sehdefiziten begründet. Aufgrund der ausgeprägten Optikusatrophie ist es dem Beschwerdeführer nur noch mit ca. zweifacher Vergrößerung möglich, Zahlen in Zeitungsdruckgrösse zu erkennen, wobei aufgrund der Gesichtsfelddefekte ein flüssiges Lesen von derart kleinen Zahlen und Schriften deutlich erschwert sei. Die Ophthalmologin stellte fest, die Gesichtsfelddefekte seien erheblich und verursachten auch eine deutliche Einschränkung der Mobilität. Die von ihr attestierte 70%ige Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten, zuweilen hektischen und körperlich anstrengenden Tätigkeit als Küchenhilfe in einer Grossküche erscheint damit plausibel. In einer optimal angepassten Tätigkeit dagegen, bei welcher keine oder nur geringe Anforderungen an die Sehfähigkeit gestellt und damit völlig andere Arbeitsbedingungen bestehen, wäre die Berücksichtigung eines zusätzlichen Pausen- bzw. Kompensationsbedarfs aus ophthalmologischer Sicht nicht gerechtfertigt. Dank moderner Technologie ist sehbehinderten Personen mit den richtigen Hilfsmitteln (z.B. Bildschirmlesegeräte, Braillezeilen, Spracherkennungssoftware, Umgebungsanpassungen, taktile Markierungen etc.) eine Vielzahl an Arbeitsplätzen zugänglich. Damit blendete die Gutachterin einen erhöhten Pausen- oder Kompensationsbedarf in einer optimal angepassten Verweistätigkeit nicht aus, sondern berücksichtige unterschiedliche Arbeitsplatzverhältnisse, welche sich auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers entsprechend unterschiedlich auswirken, je nach dem, ob es sich um eine optimal an seine Behinderung angepasste Tätigkeit handelt oder nicht. Der Argumentation des Beschwerdeführers, das C.\_\_\_\_-Gutachten leuchte in der Beurteilung der medizinischen Situation nicht ein, kann damit nicht gefolgt werden.

Im Weiteren wurde im Rahmen der vertiefenden Befragung zum aktuellen Leiden von der ophthalmologischen Teilgutachterin vermerkt, der Beschwerdeführer habe berichtet, dass sich sein Sehvermögen seit ca. drei Jahren erheblich verschlechtert habe. Mittlerweile könne er kaum noch etwas sehen. Um sich in der Umgebung orientieren zu können, müsse er einen Langstock verwenden (IV-Nr. 127.7 S. 8). Auch bei der Befunderhebung wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei mit dem Langstock zur Untersuchung erschienen (IV-Nr. 127.7 S. 13), und im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde angegeben, der Beschwerdeführer habe einen Langstock zur Orientierung im Raum verwendet (IV-Nr. 127.7 S. 20). Schliesslich hielt die Fachärztin zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit fest, der Beschwerdeführer erhalte wegen der Sehschwäche seit Oktober 2021 (nach einjähriger Wartefrist) eine Hilfloosenentschädigung. Die von ihr vorgenommene Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit könne daher seit Oktober 2020 angenommen werden und gelte bis auf weiteres (IV-Nr. 127.7 S. 22 f.). Die Angewiesenheit des Beschwerdeführers auf Hilfe in der Fortbewegung, welche bei der Abklärung der Hilfloosenentschädigung festgestellt worden war, wurde demnach berücksichtigt.

7.4.2 Der Beschwerdeführer macht im Weiteren geltend, die von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Aufbautrainings durchgeführte berufliche Eingliederung habe zu einem anderen Ergebnis geführt:

Nach der Rechtsprechung ist den Erkenntnissen der Eingliederungsfachpersonen im Rahmen von beruflichen Abklärungen bezüglich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zwar eine gewisse Aussagekraft zuzuerkennen. Solche Berichte basieren in der Regel jedoch nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die von ihnen erhobene, subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben. Die Frage nach einem organischen Korrelat der Schmerzen und der daraus resultierenden Einschränkungen lässt sich gestützt darauf nicht restlos beantworten. Das alleinige Abstellen auf primär arbeitsorientierte Evaluationen ist deshalb nicht sachgemäss, da die abschliessende Beurteilung der sich aus dem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache den ärztlichen Fachkräften obliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_646/2016 vom 16. März 2017 E. 4.2.2. mit Hinweisen).

Das im Zeitraum vom 25. September 2023 bis 24. März 2024 in der D.\_\_\_\_ GmbH durchgeführte Aufbautraining ergab, dass der Beschwerdeführer am Ende des Zeitraums der Berichterstattung ein stabiles Pensum in Höhe von lediglich 35 % erreicht hatte, welches nur im zweiten Arbeitsmarkt gehalten werden könne (vgl. Abschlussbericht vom 26. März 2024 [IV-Nr. 195 S. 3]). Bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers wurde angegeben, nicht nur seine stark eingeschränkte Sehleistung, sondern auch sein Zittern der Hände und seine geringe Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit schränkten ihn bei der Arbeit sehr ein. Im Weiteren wurde dargelegt, Zwischenpausen seien regelmässig nötig gewesen, teilweise habe sich der Beschwerdeführer auch hinlegen müssen. Sein hoher Blutdruck und hoher Puls führten ebenfalls zum Schwindel bei der Arbeit. Die vielen einzunehmenden Tabletten hätten ihn nervös und gleichzeitig auch müde gemacht. Schlafprobleme hätten sich in der Stimmung, in der Belastbarkeit und in der Arbeitsleistung abgebildet. Hinzu kämen private Themen (vorwiegend finanzielle Sorgen, Existenz- und Zukunftsängste), welche ebenfalls einen negativen Einfluss auf seine Verfassung hätten. Es bestehe eine deutliche Verschlechterung seiner psychischen Verfassung seit Mai 2023 (IV-Nr. 195 S. 3; vgl. E. II. 6.5 hiervor).

Diese aus der beruflichen Eingliederung hervorgehenden Angaben weichen erheblich von den fachärztlichen Untersuchungsergebnissen der C.\_\_\_\_-Gutachter im Gutachten vom 20. März 2023 ab: So konnte der allgemein-internistische Teilgutachter, Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, aufgrund seiner Untersuchung vom 28. Februar 2023 unauffällige internistische Befunde erheben. Spezifische internistische Beschwerden seien nicht vorgetragen worden. Anamnestisch bestehe eine koronare Herzkrankheit mit Status nach Myokardinfarkt; seit der Koronarangiographie mit Stenting habe der Beschwerdeführer keine Beschwerden mehr. Das EKG und die Spirometrie präsentierten sich unauffällig (IV-Nr. 127.3 S. 22). Der kardiologische Teilgutachter, Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie FMH, gab aufgrund seiner Untersuchung vom 27. Februar 2023 an, bei fehlenden versicherungsmedizinisch relevanten Diagnosen seien keine Funktions- oder Fähigkeitsstörungen aus rein kardiologischer Sicht zu diskutieren. Der Blutdruck, der Puls, der Herz- und Lungenauskultationsbefund sowie die apparativen Befunde seien unauffällig. Es bestanden keine Zeichen einer kardiopulmonalen Dekompensation. Eine versicherungsmedizinische Relevanz der Diagnose «1-Gefäss KHK (ICD-10: I25.11) mit Status nach primärer Stent-Implantation bei Plaqueruptur mit hochgradiger Stenose der Bifurkation RIVA/RD2, eine signifikante Stenose D2 ostial bei Plaqueshift wurde mit Dilatation in Kissing-Ballon Technik behandelt» konnte nicht

ermittelt werden (IV-Nr. 127.4 S. 17 ff.). Auch der neurologische Teilgutachter, Prof. Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, gab gestützt auf seine Untersuchung vom 3. Januar 2023 unauffällige Verhältnisse an. Der Beschwerdeführer habe als Hauptprobleme bei der Arbeit das schlechte Sehen und Fussprobleme genannt; Schwindelbeschwerden und/oder ein Zittern der Hände wurden bei der Befunderhebung weder angegeben noch diskutiert. Die Diagnose «Distal-symmetrische sensible Polyneuropathie, ICD-10: G63.2\*,E11.90» hat nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 127.5 S. 12 ff.). Die neuropsychologische Teilgutachterin, M.Sc. T.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, konnte bei ihrer Untersuchung vom 13. Februar 2023 keine Beurteilung aus neuropsychologischer Sicht vornehmen, da aufgrund des komplexen Beschwerdebildes mit im Vordergrund stehender Sehbeeinträchtigung, der niedrigen Schulbildung (4 Jahre) und der Fremdsprache eine formale, valide neuropsychologische Untersuchung nicht möglich gewesen sei (vgl. IV-Nr. 127.6 S. 15 ff. und 22). Die ophthalmologische Teilgutachterin, Dr. med. L.\_\_\_\_, gab gestützt auf ihre Untersuchungsbefunde vom 14. März 2023 an, es bestehe eine schwere Sehbeeinträchtigung aufgrund einer ausgeprägten Optikusatrophie. Mit ca. zweifacher Vergrößerung sei es dem Beschwerdeführer noch möglich gewesen, Zahlen in Zeitungsdruckgrösse zu erkennen. Aufgrund der Gesichtsfelddefekte sei jedoch ein flüssiges Lesen von derart kleinen Zahlen oder auch Schriften deutlich erschwert. Darüber hinaus zeige sich eine mittlere Linsentrübung, die eine weitere Reduktion der Sehschärfe und eine etwas vermehrte Blendungsempfindlichkeit verursache. Eine Benetzungsstörung bereite gelegentlich Beschwerden. Tätigkeiten ohne oder mit nur geringen Anforderungen an die Sehfähigkeit seien ohne Leistungseinschränkung vollumfänglich zuzumuten (IV-Nr. 127.7 S. 17 ff.; vgl. E. II. 6.1.2 hiervor). Die rheumatologische Teilgutachterin, Dr. med. K.\_\_\_\_, stellte gestützt auf ihre Untersuchung vom 31. Januar 2023 einen Zustand nach Distorsion des linken Schultergelenks nach einem Sturz vom 27. Januar 2023 (ICD-10 S43.4) fest. Die rheumatologische Gutachterin kam zum Schluss, der Beschwerdeführer könne aus rheumatologischer Sicht ■ bezugnehmend auf die bisher bekannten Diagnosen - 8 Stunden pro Tag in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit anwesend sein. Abzuwarten bleibe jedoch der Befund der wohl in Kürze geplanten MRT-Untersuchung des linken Schultergelenks. Diesbezüglich bestehe zum Zeitpunkt der Begutachtung aus rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Bezugnehmend auf die bisher bekannten Diagnosen bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 100 % (IV-Nr. 127.9 S. 21 ff.; vgl. E. II. 6.1.1 hiervor). Schliesslich gab der psychiatrische Teilgutachter med. pract. U.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gestützt auf seine Untersuchung vom 8. Februar 2023 an, die bisher durchgeführten therapeutischen Interventionen hätten zu einer Besserung, Stabilisierung und mindestens zu einem Rückgang einer vorbestehenden psychischen Symptomatik geführt. Aus rein psychiatrischer Sicht sollte eine weitere Stabilisierung und ein Rückgang der noch bestehenden Restsymptomatik erzielbar sein. Der psychiatrische Gutachter kam zum Schluss, rein medizinisch theoretisch, unter Berücksichtigung der auf neuropsychologischem Fachgebiet erhobenen Befunde, wäre der Beschwerdeführer in der Lage, sämtliche seinem körperlichen Leistungsprofil angepassten Tätigkeiten vollschichtig ohne integrale Reduktion mit einem 100%-Pensum zu verrichten. Dabei wäre die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Küchenhilfe aus psychiatrischer Sicht als ideal angepasste Tätigkeit zu bezeichnen. Eine geringe Belastbarkeit und/oder eine Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit wurde aus psychiatrischer Sicht nicht festgestellt (IV-Nr. 127.8

S. 33 ff.).

Die sich aus dem Gesundheitsschaden ergebende funktionelle Leistungsfähigkeit wurde von den C.\_\_\_\_-Gutachtern im Rahmen der Konsensbeurteilung dahingehend beurteilt, im Vordergrund sowohl der subjektiven als auch der objektivierbaren Befunde stünden die rheumatologischen und ophthalmologischen Diagnosen, welche in ihrer Gesamtheit die Leistungsfähigkeit (und Arbeitsfähigkeit) beeinträchtigten. In der bisherigen Tätigkeit als Office-Mitarbeiter bzw. Küchenhilfe bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aus rheumatologischer Sicht von 100 % und aus ophthalmologischer Sicht von 70 %, in einer angepassten Verweistätigkeit bestehe eine solche von 0 % (IV-Nr. 127.1 S. 14 ff.). Gemäss dem nach der Begutachtung eingereichten Bericht des F.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 13. Februar 2023 bestanden zwölf Tage nach der erstmaligen Schulterluxation noch eine Bewegungseinschränkung und Schmerzen, subjektiv hätten die Schmerzen jedoch abgenommen. Eine Operation komme eher nicht in Frage und es werde mit Physiotherapie begonnen (IV-Nr. 132 S. 10 f. [vgl. E. II. 6.3 hiervor]; vgl. auch Berichte des F.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2023 [IV-Nr. 132 S. 3 ff.] und 25. Januar 2023 [IV-Nr. 132 S. 8]). RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_ nahm dazu dahingehend Stellung, hinsichtlich der Schultergelenksdistorsion sei ein verbesserbarer und positiver Heilungsverlauf dokumentiert. Es könne somit von einem regulären, erfreulichen Heilungsverlauf ausgegangen werden. Ab dem Bericht vom 13. Februar 2023 sei wieder von der im Gutachten postulierten 70%igen Arbeitsunfähigkeit (ophthalmologisch begründet) in der angestammten Tätigkeit auszugehen. Einschränkungen in einer optimal angepassten Verweistätigkeit ergäben sich weiterhin nicht (IV-Nr. 134; vgl. E. II. 6.4 hiervor). Im Bericht der J.\_\_\_\_ [...] vom 2. Mai 2024 wurden die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0), ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (F10.2), Abstinenz seit April 2023 sowie eine Optikusatrophie und ein Normaldruckglaukom auf beiden Augen mit einem 20%igen Restvisus gestellt und angegeben, es bestehe eine Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit von 3 Stunden pro Tag (IV-Nr. 201 S. 2 ff.). Dazu nahm die RAD-Ärztin am 6. Mai 2024 Stellung und kam zum Schluss, es seien keine IV-relevanten Funktionsstörungen oder Diagnosen genannt worden. Zusammenfassend ergäben sich keine relevanten neuen Erkenntnisse im Hinblick auf die Begutachtung und die RAD-Stellungnahmen. Daran könne festgehalten werden (IV-Nr. 203; vgl. E. II. 6.6 hiervor). Damit ist auch aufgrund der neuesten ärztlichen Angaben von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Verweistätigkeit auszugehen.

Die von den fachärztlichen Beurteilungen abweichenden Abklärungsergebnisse der beruflichen Eingliederung (stabil erreichtes Pensum am Ende der Berichterstattung von lediglich 35 %) vermögen die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen im Rahmen der C.\_\_\_\_-Begutachtung nicht in Zweifel zu ziehen. Wie erwähnt, obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus dem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache den ärztlichen Fachkräften, somit den C.\_\_\_\_-Gutachtern und den Ärzten des F.\_\_\_\_ sowie der J.\_\_\_\_, [...]. Die Beurteilung der Eingliederungsfachperson, wonach der Beschwerdeführer neben seiner geringen Sehfähigkeit von 12 bis 20 % auch an Schmerzen in den Füßen (Hallux und Dornwarzen), Schwindel, Schmerzen in Beinen und Armen, ausfallenden Zehennägeln, starkem Zittern der Hände, hohem Blutdruck und Puls, Nervosität und Müdigkeit infolge der

Medikamenteneinnahme, Schlafproblemen, deutlicher Verschlechterung seiner psychischen Verfassung und «privaten Themen» (vorwiegend finanzielle Sorgen, Existenz- und Zukunftsängste) leide, stützt sich auf berufspraktische Beobachtungen, welche den fachärztlichen Untersuchungsergebnissen nicht entsprechen. Organische Korrelate für diese während der beruflichen Eingliederung beschriebenen Leiden gehen aus der interdisziplinären Begutachtung nicht hervor. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hinweist, werden vielmehr vordergründig die subjektiv geschilderten Beschwerden des Beschwerdeführers wiedergegeben und es wird keine objektive Beurteilung vorgenommen. Die Beurteilung der beruflichen Eingliederung vermag damit den Beweiswert des C.\_\_\_\_-Gutachtens nicht zu relativieren. Damit bestand auch kein Anlass für die Einholung einer ergänzenden Stellungnahme bei Dr. med. L.\_\_\_\_, wie dies vom Beschwerdeführer geltend gemacht wird. Hiervon wären keine neuen Erkenntnisse zu erwarten gewesen. Mit der veranlassten Stellungnahme des RAD vom 6. Mai 2024, worin die neu eingegangenen medizinischen Berichte gewürdigt wurden und die RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_ zum Schluss kam, es ergäben sich keine relevanten neuen Erkenntnisse im Hinblick auf die Ergebnisse der C.\_\_\_\_-Begutachtung und ihre Stellungnahmen (IV-Nr. 203; vgl. E. II. 6.6 hiervor), kam die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nach. Inwiefern die Würdigung der RAD-Ärztin unrichtig sein sollte, ist nicht ersichtlich.

7.4.3 Im Folgenden ist zu prüfen, ob die von den Begutachtungsergebnissen abweichenden Beurteilungen des behandelnden Augenarztes, Dr. med. I.\_\_\_\_, Augenarzt FMH, den Beweiswert des C.\_\_\_\_-Gutachtens, insbesondere denjenigen des C.\_\_\_\_-Teilgutachtens von Dr. med. L.\_\_\_\_, in Frage zu stellen vermögen:

Nach der Rechtsprechung ist auf ein versicherungsexternes Gutachten praxisgemäss abzustellen, sofern nicht konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es rechtsprechungsgemäss nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige ■ und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende ■ Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_350/2023 vom 5. Juni 2024 E. 4 mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführer wurde im Zeitraum vom 9. Juli 2014 bis 16. Juni 2021 von Dr. med. I.\_\_\_\_, Augenarzt FMH, behandelt. In seinem Bericht vom 16. Juni 2021 legte dieser dar, der Beschwerdeführer sei seit dem 1. Dezember 2020 wegen einer Optikusatrophie beidseits bei chronischem Äthylabusus und Verdacht auf ein Normaldruckglaukom beidseits zu 100 % arbeitsunfähig ab 1. Dezember 2020. Der Beschwerdeführer arbeite als Küchenhilfe in der E.\_\_\_\_. Es bestünden eine «faktische Blindheit» und eine Fahruntauglichkeit (IV-Nr. 76). Mit Verfügung vom 12. Oktober 2021 wurde dem Beschwerdeführer aufgrund seiner Sehschwäche eine Hilflosenentschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades mit Wirkung ab 1. Oktober 2021 zugesprochen (vgl. IV-Nr. 83, 86, 94 und 97). Dr. med. I.\_\_\_\_ führte in seinem Arzteugnis vom 5. Mai 2023 aus, als behandelnder Augenarzt bestätige er, dass beim Beschwerdeführer aufgrund einer

schweren Sehbeeinträchtigung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Küchenhilfe bestehe, wobei die Anwesenheit von maximal 3 Stunden pro Tag zumutbar sei. Bei der vorliegenden Schädigung beider Sehnerven mit massivster Einschränkung des Gesichtsfeldes bestehe auch bei einer optimal angepassten Tätigkeit höchstens eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 143 S. 5 bzw. 171 S. 1). In seinem Bericht vom 16. Februar 2024 attestierte der behandelnde Augenarzt erneut eine dauerhafte Arbeits(un)fähigkeit des Beschwerdeführers in einem angepassten Arbeitsumfeld von 50 %; massgeblich dabei seien die reduzierten Visuswerte von 0,2 und eine konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung an beiden Augen. Der behandelnde Augenarzt wies sodann darauf hin, der Beschwerdeführer habe den Termin in der Klinik V.\_\_\_\_, an welche er im September 2018 überwiesen worden sei, abgesagt und sich erst im Dezember 2020 wieder bei ihm gemeldet. Daraufhin habe er eine drucksenkende Therapie eingeleitet (IV-Nr. 187 S. 2 bzw. 196 S. 3; vgl. auch Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 7. April 2021, IV-Nr. 198 S. 23).

Die ophthalmologische C.\_\_\_\_-Teilgutachterin berücksichtigte die erhobenen Befunde des behandelnden Augenarztes, soweit sie im Zeitpunkt der Begutachtung vorlagen. Im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 20. März 2023 wurde der Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 7. April 2021 unter dem Titel «Fächerübergreifende Aktenzusammenfassung» mit den darin gestellten Diagnosen (Verdacht auf Normaldruckglaukom beidseits, DD Opticusatrophie unklarer Genese, Astigmatismus myopicus compositus beidseits) kurz wiedergegeben (IV-Nr. 127.2 S. 34). Aus diesem Bericht geht im Weiteren hervor, der behandelnde Augenarzt habe den Beschwerdeführer erstmals im Juli 2014 gesehen. Bereits damals habe eine deutliche Papillen-Excavation und ein verminderter Visus beidseits bestanden, leider sei der Beschwerdeführer dann erst vier Jahr später wieder gekommen. Der Visus sei in der Zwischenzeit weiter abgesunken. Die Befunde vom 9. Februar 2021 lauteten u.a. «Fernvisus rechts: mit bester Korrektur: 0.2; Fernvisus links: mit bester Korrektur: 0.2» (IV-Nr. 198 S. 23). Dr. med. L.\_\_\_\_ berücksichtigte diese Angaben des behandelnden Augenarztes im Rahmen ihrer Begutachtung vom 14. März 2023 insoweit, als sie darauf hinwies, im Februar 2021 habe sich nur noch eine 20%ige Sehschärfe gezeigt (vgl. IV-Nr. 127.7 S. 9, 17 f. und 22). Im Weiteren nahm die ophthalmologische Teilgutachterin auch den Bericht des behandelnden Augenarztes vom 16. Juni 2021 zur Kenntnis. So wurde im Rahmen der fächerübergreifenden Aktenzusammenfassung des C.\_\_\_\_-Gutachtens zum medizinischen Sachverhalt u.a. festgehalten, der behandelnde Augenarzt Dr. med. P.\_\_\_\_ habe in seinem Bericht vom 16. Juni 2021 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin: 17. Juni 2021) eine Optikusatrophie bei chronischem Alkoholabusus sowie den Verdacht auf ein Normaldruckglaukom beidseits beschrieben. Es bestehe eine «faktische Blindheit» (vgl. IV-Nr. 127.2 S. 2 unten). Dem Einwand des Beschwerdeführers, die ophthalmologische Teilgutachterin habe sich mit der Einschätzung von Dr. med. P.\_\_\_\_, wonach eine «faktische Blindheit» bestehe, nicht auseinandergesetzt, kann demnach nicht beigeplant werden. Der Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 5. Mai 2023, worin dieser angab, bei der vorliegenden Schädigung beider Sehnerven mit massivster Einschränkung des Gesichtsfeldes bestehe auch bei einer optimal angepassten Tätigkeit höchstens eine 50 % Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 143 S. 5), wurde erst nach der Begutachtung durch Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 14. März 2023 erstellt, weshalb sie hierzu noch keine Stellung nehmen konnte. Dies trifft auch auf den Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2024 zu (IV-Nr. 187 S. 2 bzw. 196 S. 3). Für eine ausführliche Stellungnahme der Gutachterin zu der vom behandelnden Augenarzt attestierten tieferen Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer optimal angepassten

Verweistätigkeit bestand im Übrigen auch kein Anlass, gehen doch aus den Berichten von Dr. med. P.\_\_\_\_ keine relevanten Aspekte hervor, die bei der Begutachtung von Dr. med. L.\_\_\_\_ unerkant oder ungewürdigt geblieben wären und sich deswegen eine andere Beurteilung aufdrängen würde. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Teilbegutachtung von Dr. med. L.\_\_\_\_ sprechen, sind nicht ersichtlich. Das vorliegende C.\_\_\_\_-Gutachten ist nicht in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, weil der behandelnde Augenarzt Dr. med. I.\_\_\_\_ zu einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gelangt.

8. Zur vom Beschwerdeführer geltend gemachten fehlenden Verwertung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist auf Folgendes hinzuweisen:

8.1 Nach der Rechtsprechung hängt die Möglichkeit einer versicherten Person, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, von den konkreten Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend sind rechtsprechungsgemäss die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch die Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder die Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich. Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt handelt es sich um eine theoretische Grösse, so dass nicht leichthin angenommen werden kann, die verbliebene Leistungsfähigkeit sei nicht unverwertbar. Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_52/2022 vom 2. Juni 2022 E. 4.3.2 und 9C\_366/2021 vom 3. Januar 2022 E. 4.2., je mit Hinweisen; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl., 2022, Art. 28a, S. 345 f. Rz. 133).

8.2 Die ophthalmologische C.\_\_\_\_-Teilgutachterin Dr. med. L.\_\_\_\_ kam aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse zum Schluss, es bestehe eine schwere Sehbeeinträchtigung aufgrund der ausgeprägten Optikusatrophie. Dem Beschwerdeführer sei es mit ca. zweifacher Vergrösserung noch möglich, Zahlen in Zeitungsdruckgrösse zu erkennen. Aufgrund der Gesichtsfelddefekte sei jedoch ein flüssiges Lesen von derart kleinen Zahlen oder auch Schriften deutlich erschwert (IV-Nr. 127.7 S. 17). Die Gesichtsfelddefekte seien erheblich und verursachten eine deutliche Einschränkung der Mobilität. Gegen die vermehrte Blendungsempfindlichkeit könnten spezielle Filtergläser (Kantenfilter) zum Einsatz kommen. Bei Zunahme der Linsentrübung könnte eine Katarakt-Operation erfolgen. Gegen die Benetzungsstörung könnte der Beschwerdeführer Tränenersatzmittel anwenden (IV-Nr. 127.7 S. 20). Im zusammenfassenden Bericht der Bildungswerkstätte D.\_\_\_\_ GmbH über den Verlauf und die Entwicklung der beruflichen Eingliederungsmassnahme wurde angegeben, der Beschwerdeführer habe das ganze Aufbautraining in der Abteilung Montage absolviert. Er sei für folgende Tätigkeiten eingesetzt worden: Verpackungsarbeiten/Konfektionieren (auspacken und umpacken), Faltarbeiten, Einlageblätter befüllen, Zählen und Bestücken einfacher Bauteile, Sortier- und Zählerarbeiten sowie Botengänge. Durch die eingeschränkte Sehkraft seien vorwiegend grobmotorische Tätigkeiten für den Beschwerdeführer geeignet gewesen. In der

Arbeitsausführung sei er als sehr selbstkritisch wahrgenommen worden. Arbeiten unter Druck, unter Beobachtung oder neue Tätigkeiten seien für ihn schwierig gewesen. Seine Belastbarkeit sei sehr gering gewesen. Bei Tätigkeiten, die er bereits gekannt habe und die seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten entsprochen hätten, habe er selbstständig gearbeitet und die Fehlerquote sei geringer gewesen. Er habe Arbeit benötigt, bei der er sich sicher gefühlt habe. Es sei wichtig gewesen, dass die Aufträge für ihn klar gewesen seien und ihn kognitiv nicht allzu fest gefordert hätten. Die Qualität seiner Arbeit sei ■ abhängig von der Tätigkeit - knapp genügend gewesen. Das Arbeitstempo habe sich eher im reduzierten Bereich bewegt. Durch die Sehbeeinträchtigung habe er sich bei einigen Arbeiten stärker konzentrieren müssen und habe dementsprechend mehr Zeit für die Ausführung der Arbeit benötigt (IV-Nr. 193 S. 2 f.).

Gestützt auf die Angaben der ophthalmologischen C.\_\_\_\_-Teilgutachterin sowie die Abklärungsergebnisse der Bildungswerkstätte im Rahmen des Aufbautrainings kann vorliegend nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Sehbeeinträchtigung nicht mehr in der Lage wäre, seine Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten. Optimal angepassten Tätigkeiten ohne oder mit nur geringen Anforderungen an die Sehfähigkeit kann der Beschwerdeführer nach den fachärztlichen Angaben ohne Leistungseinschränkung ausüben. Wegen der eingeschränkten Sehkraft sind grobmotorische Tätigkeiten geeignet, wobei hoher Arbeitsdruck, Tätigkeiten unter Beobachtung und stets neue Arbeitsbereiche zu vermeiden sind. Eine solche Tätigkeit kann der Beschwerdeführer vollzeitlich wahrnehmen. Dem Einwand, auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt würde der «quasi blinde» Beschwerdeführer keine Anstellung finden und er könnte seine verbleibende Erwerbsfähigkeit nicht verwerten, ist entgegenzuhalten, dass es auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus Tätigkeiten gibt, die der Beschwerdeführer trotz seiner Sehbehinderung ausüben könnte (z.B. Kunden- oder Telefondienst). Mit den richtigen Hilfsmitteln sind viele Berufe für Sehbehinderte oder sogar Blinde zugänglich. Es gibt vollständig blinde Personen, die im Arbeitsmarkt integriert sind und Hilfsmittel erhalten (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 821/05 vom 27. April 2006 E. 2.4). Adaptive Technologien (z.B. Bildschirmlesegeräte, Braillezeilen, Spracherkennungssoftware) und Arbeitsplatzanpassungen ermöglichen es ihnen, eine Vielzahl von Aufgaben effektiv auszuführen, wodurch sich für sie verschiedene Arbeitsplätze eröffnen. Auch in der für den Beschwerdeführer aufgrund seiner bisherigen Tätigkeit als Küchenhilfe in Frage kommenden Gastronomiebranche (z.B. Service, Administration) ist von Stellenangeboten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auszugehen. Auch wenn durch die Sehbehinderung ein gewisses Entgegenkommen des Arbeitgebers erforderlich ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt keine passenden Stellen bereithält und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers deswegen nurmehr an einem geschützten Arbeitsplatz verwertet werden könnte. Aufgrund der gegebenen Umstände kann nicht gesagt werden, dem Beschwerdeführer seien aufgrund seiner Sehbeeinträchtigung Tätigkeiten nur noch in so eingeschränkter Form möglich wären, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen des Arbeitgebers möglich wären. Trotz seiner Sehbeeinträchtigung ist der Beschwerdeführer nicht auf einen geschützten Arbeitsplatz angewiesen. Dass die D.\_\_\_\_ GmbH die vom Beschwerdeführer erbrachte Leistung als nicht genügend für den ersten Arbeitsmarkt erachtet, steht dieser Beurteilung nicht entgegen; wie erwähnt, ist hier nicht der erste Arbeitsmarkt, sondern der ausgeglichene Arbeitsmarkt massgebend (vgl. E. II. 8.1 hiervor).

9. Nach dem Gesagten ist gestützt auf das von der Beschwerdegegnerin veranlasste interdisziplinäre C.\_\_\_\_-Gutachten vom 20. März 2023 sowie unter Berücksichtigung der übrigen fachärztlichen Berichte und Unterlagen bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 9. August 2024, welche rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfung 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), keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen. Trotz zunehmend eingeschränkter Sehfähigkeit ist der Beschwerdeführer in der Lage, eine optimal angepasste Tätigkeit vollzeitlich auszuüben und damit ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Von noch bestehenden relevanten rheumatologischen oder psychischen Einschränkungen kann nicht mehr ausgegangen werden. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit dieser Expertise sprechen, sind nicht ersichtlich. Damit erübrigen sich weitere Abklärungen. Im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren besteht somit keine Möglichkeit, eine davon abweichende Beurteilung des Rentenanspruchs vorzunehmen. Vielmehr bleibt es beim bisherigen Rechtszustand. Damit erübrigt sich ein Einkommensvergleich. Die Revisionsgrundsätze, unter Einschluss der Neuanmeldungsregelung, gelten praxisgemäss in analoger Weise auch für berufliche Eingliederungsmassnahmen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_291/2017, 9C\_482/2018 vom 20. September 2018 E. 7.2 mit Hinweis u.a. auf BGE 130 V 64 E. 2 S. 66 und 109 V 119 E. 3a S. 122; Meyer-Reichmuth, a.a.O., S. 449 Rz. 145). Die Beschwerde ist abzuweisen.

10.

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

10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zu verrechnen sind; die Differenz von CHF 400.00 ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

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.