

SO_GERICHTE VSBES.2024.297 vom 20. April 2026

SO Obergericht, 2026-04-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.297

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.297 du 20 avril 2026

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.297 del 20 aprile 2026

Volltext

Urteilvervom20. April 2026

Es wirken mit:

Präsidentin Weber-Probst

Oberrichter Flückiger

Oberrichter Thomann

Gerichtsschreiberin Küng

In Sachen

A.____vertreten durch Rechtsanwältin Jeannette Frech

Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Solothurn,Allmendweg 6, 4528 Zuchwil,

Beschwerdegegnerin

betreffendInvalidenrente(Verfügung vom 10. Oktober 2024)

zieht das Versicherungsgericht inErwägung:

1.

1.1 Der 1972 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich mit Eingang vom 25. März 2022 unter Hinweis auf verschiedene Beeinträchtigungen im ganzen Körper, bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 3).

1.2 Nach Einholen der medizinischen Akten (IV-Nr. 11 ff.) wurde am 20. April 2022 ein Intake-Gespräch durchgeführt (IV-Nr. 24). Zur medizinischen Situation äusserte sich Dr. med. B.____, Facharzt Anästhesiologie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), am 14. Dezember 2022 (IV-Nr. 34 S. 2 ff.). Auf seine Empfehlung hin liess die Beschwerdegegnerin durch die Gutachterstelle C.____, am 17. April 2023 ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Rheumatologie) erstatten (IV-Nrn. 43.1 ■ 43.4). Gestützt darauf wurde dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 24. Mai 2023 (IV-Nr. 46) die Abweisung seiner Ansprüche auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente in Aussicht gestellt. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 23. Juni 2023 bzw. 10. August 2023 Einwände erheben (IV-Nrn. 47, 49) und am 11. September 2023 (IV-Nr. 51) die «Stellungnahme zum psychiatrischen Teilgutachten» von Dr. med. D.____, Psychiatrie und

Psychotherapie FMH, vom 31. August 2023 (IV-Nr. 51) einreichen. Nach Einholen der Stellungnahme von Dr. med. B.____, RAD, vom 16. Oktober 2023 (IV-Nr. 52 S. 2 ff.) wurde dem Beschwerdeführer mit neuem Vorbescheid vom 22. November 2023 (IV-Nr. 53) gestützt auf einen IV-Grad von 40 % per 1. Januar 2024 eine Invalidenrente von 25 % in Aussicht gestellt. Dieser Vorbescheid ersetze jenen vom 24. Mai 2023. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 8. Januar 2024 unter Einreichung eines aktuellen Arztberichts von Dr. med. D.____ vom 9. Dezember 2023 Einwände erheben (IV-Nr. 55). Gestützt auf die Stellungnahme von Dr. med. B.____, RAD, vom 25. April 2024 (IV-Nr. 60 S. 2 ff.) bestätigte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 10. Oktober 2024 ihren Vorbescheid und sprach dem Beschwerdeführer aufgrund eines IV-Grades von 40 % ab 1. Januar 2024 eine IV-Rente von 25 % zu (Akten-Seite [A.S.] 1 ff.).

2. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 11. November 2024 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 10 ff.):

3. Mit Beschwerdeantwort vom 12. Dezember 2024 (A.S. 30 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

4. Mit Eingabe vom 20. Januar 2025 (A.S. 38) lässt der Beschwerdeführer auf eine Replik verzichten.

5. Die am 3. Februar 2025 (A.S. 40 ff.) eingereichte Kostennote der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers geht mit Verfügung vom 4. Februar 2025 (A.S. 44) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

6. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2. Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen. Da sich der Beschwerdeführer im März 2022 zum Leistungsbezug angemeldet hat, bestimmt sich sein Leistungsanspruch nach dem neuen Recht.

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

3.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.5 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3.b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

4. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 10. Oktober 2024 (A.S. 1 ff.) zu Recht gestützt auf einen errechneten IV-Grad von 40 % ab 1. Januar 2024 eine Invalidenrente von 25 %

zugesprochen und einen Rentenanspruch für die Zeit bis Ende 2023 verneint hat.

5. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Entscheid vom 10. Oktober 2024 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C.____ vom 17. April 2023 (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Rheumatologie; IV-Nrn. 43.1 ■ 43.4). In diesem werden die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (IV-Nr. 43.1 S. 8):

Linke Schulter: Tendinopathie der proximalen langen Bizepssehne im intraartikulären Verlauf mit gleichzeitiger SLAP II-Läsion des Labrums, mässiggradige Tendinopathie von Supraspinatus, Subscapularis und angedeutet von Infraspinatus.

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien:

Die volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei schon rein durch die objektivierbaren Befunde des Bewegungsapparates bedingt, auch die leichte Leistungseinschränkung in einer angepassten Tätigkeit sei hauptsächlich rheumatologisch bedingt. Die leichte 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wirke sich hier nicht additiv aus, da für die psychiatrisch bedingte leicht reduzierte Durchhaltefähigkeit mit der rheumatologischerseits attestierten Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % bereits genügend Freiräume vorgegeben seien. Nach vorangehend nicht dauerhaft höhergradig eingeschränkter Arbeitsfähigkeit könne die aufgehobene Arbeitsfähigkeit seit Januar 2020 angenommen werden (IV-Nr. 43.1 S. 9 f.).

Bei einer der Behinderung optimal angepassten Tätigkeit müsste es sich um eine körperlich leichte bis nur selten mittelschwere wechselbelastende berufliche Tätigkeit unter Voraussetzungen handeln, wie es detailliert im rheumatologischen Teilgutachten aufgelistet sei. In einer solchen Tätigkeit sei eine maximale Präsenz von 6 bis 8 Stunden täglich möglich. Dabei bestehe zur Gewährung von regelmässigen Arbeitspausen eine reduzierte Leistungsfähigkeit. In einer solchen Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt bestehe, bezogen auf ein 100%-Pensum, eine 70%ige Arbeitsfähigkeit respektive 30%ige Arbeitsunfähigkeit. Nach vorangehend nicht dauerhaft höhergradig eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Januar 2020 könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit seit Mai 2020 angenommen werden (IV-Nr. 43.1 S. 10).

5.1 Das Gutachten der Gutachterstelle C.____ stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Fachdisziplinen, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beurteilen. Zudem haben die Gutachter den Beschwerdeführer zu seinen subjektiven Beschwerden, seinen Lebensumständen sowie seiner Vorgeschichte befragt (IV-Nr. 43.1 S. 26 ff., 33 ff., 45 ff., 58 f.) die objektiven Befunde erhoben (IV-Nr. 43.1 S. 28, 37, 49 ff., 59 f.), zusätzliche Abklärungen veranlasst (Labor, MRT des rechten Schultergelenkes nativ und mit i.v. Kontrastmittel, IV-Nrn. 43.1, 43.3) und die medizinischen Akten inkl. dem «Auszug aus den wichtigsten Vorakten» zur Kenntnis genommen (IV-Nr. 43.1 S. 14 ff.). Auf die Durchführung eines neuropsychologischen Teilgutachtens wurde explizit verzichtet (IV-Nr. 43.1 S. 11, 42). Auf dieser Grundlage nahmen die Experten sodann die medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung vor und äusserten sich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (IV-Nrn. 43.1 S. 30 f., 40 ff., 54 ff., 61 f.). In der «interdisziplinären Gesamtbeurteilung» gelangten die Experten sodann zu einer gemeinsamen Beurteilung (IV-Nr. 43.1 S. 7 ff.), welche vor dem Hintergrund der objektivierten Befunde nachvollziehbar ist. Die formellen Vorgaben sind somit erfüllt.

5.2 Es ist nachfolgend auf die einzelnen Teilgutachten und deren Beweiswert einzugehen und zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Akten den Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen:

5.2.1 Im allgemeininternistischen Teilgutachten vom 8. März 2023 (IV-Nr. 43.1 S. 25 ff.) hielt Prof. Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, u.a. fest, es könne beim Beschwerdeführer keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (S. 29). Diese Einschätzung vermag aufgrund der festgestellten, sich als weitgehend unauffällig präsentierenden, Untersuchungsbefunde einzuleuchten (S. 28): So betrage der BMI 34 kg/m². Herz / Gefässe: arterieller Blutdruck Arm links sitzend 132/78 mmHg, Puls 68/Min., regelmässig. Unauffällige Herzauskultation und Palpation, keine pathologischen Herzgeräusche, Gefässe palpabel, keine pathologischen Strömungsgeräusche. Thorax / Lunge: symmetrische Thoraxform, normales Vesikuläratmen über sämtlichen Lungenfeldern, keine Dämpfung. Abdomen: weiche Bauchdecken, keine Organ-omegalie oder Resistenz palpabel, keine Druckdolenz, kein Loslassschmerz, normale Darmgeräusche. Kopf und Halsorgane: unauffällig. Haut und Lymphknoten: unauffälliges Integument, abgesehen von deutlichen varikösen Veränderungen im Bereiche beider Unterschenkel links mehr als rechts. Keine pathologischen Lymphome palpabel. Bewegungsapparat: siehe rheumatologisches Gutachten. Nervensystem: siehe neurologisches Gutachten. In diesem Zusammenhang überzeugt denn auch, dass der internistische Gutachter von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ausgeht (IV-Nr. 43.1 S. 36).

Das allgemeininternistische Teilgutachten ist somit grundsätzlich beweiswertig.

5.2.1.1 Nachfolgend zu prüfen ist, ob die medizinischen Vorakten den grundsätzlichen Beweiswert des allgemeininternistischen Teilgutachtens allenfalls zu schmälern vermögen:

Unter dem Titel «Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus allgemeininternistischer Sicht» (IV-Nr. 43.1 S. 29) hielt Prof. Dr. med. E.____ fest, es ergäben sich im Vergleich zu den Akten keine relevanten Diskrepanzen. Dieser gutachterlichen Einschätzung kann gefolgt werden. So hielt der den Beschwerdeführer seit 2007 behandelnde Hausarzt Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, in seiner «Bestätigung» vom 19. März 2020 fest, der Beschwerdeführer leide an einer Herz- und chronischen Lungenerkrankung (IV-Nr. 17 S. 3). In der «Bestätigung» vom 16. April 2020 (IV-Nr. 17 S. 2) wies er sodann «chronische Gelenk- und Rückenschmerzen» aus, die durch langes Sitzen oder Stehen verstärkt würden. Es seien daher jegliche rückenadaptierte Tätigkeiten, ohne langes Stehen und Sitzen, zu empfehlen. Dem Arztbericht vom 10. September 2022 (IV-Nr. 32) ist ferner die Diagnose einer «depressiven Störung» zu entnehmen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Eine den allgemeininternistischen Bereich betreffende Differenz ergibt sich daraus nicht. Die kardiologischen Aspekte hat der Gutachter überzeugend abgehandelt.

5.2.1.2 Somit vermögen die medizinischen Vorakten ■ hier im Wesentlichen die Berichte von Dr. med. F.____ ■ den Beweiswert des allgemeininternistischen Teilgutachtens von Prof. Dr. med. E.____ nicht zu schmälern.

5.2.2 Nachfolgend ist auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. März 2023 (IV-Nr. 43.1 S. 33 ff.) einzugehen. Darin stellte Dr. med. G.____ folgende Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21),

2. Beginnende Persönlichkeitsveränderung nach Kränkungen und unter somatischen Faktoren (ICD-10 F62.8)». Diese Diagnosestellungen vermögen aufgrund der festgestellten psychiatrischen Untersuchungsbefunde einzuleuchten. So sei der Beschwerdeführer wach und in allen Qualitäten orientiert. Es lägen keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen vor. Allerdings habe der Beschwerdeführer seine Enttäuschungen wiederholt und sei gedanklich auf den Vortrag seiner Beschwerden und Schmerzen eingeeengt. Die Angaben zu den Alltagsaktivitäten seien defizitorientiert und hätten selbstlimitierendes Verhalten erkennen lassen. Es lägen weder Wahrnehmungsstörungen noch Ich-Störungen vor und der affektive Rapport sei sehr gut herstellbar, die geschilderten Belastungen und Beschwerden allesamt nachvollziehbar. Auch die Enttäuschungen und die Kränkung zum Zeitpunkt des Verlustes der Arbeit 2020 seien ■ so der Gutachter ■ inklusive der emotionalen Komponente nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer habe eine «schlechte Moral» beschrieben, da er auch seine Männlichkeit überhaupt nur noch unter schwierigen Bedingungen und unter der Medikation mit schwerem Antibiotikum ausleben könne. So habe er die Moral verloren, sei müde, habe keine Motivation mehr und keine rechte Lust am Leben. Wenn die Sexualität so schwierig sei und er so viele Schmerzen habe, sowohl an den grossen Gelenken als auch am Geschlechtsteil, habe er eigentlich keine Lust mehr. Der Beschwerdeführer bringt in Bezug auf seine Zukunftsvorstellungen vor, dass er seine Gesundheit wieder haben und dann arbeiten und etwas Fitness machen möchte, Spaziergehen würde und mit der Frau in die Berge essen gehen oder einen Besuch im [...] machen würde. Auf jeden Fall wolle er keine Rente der IV (S. 36). In diesem Zusammenhang überzeugt die gutachterliche Einschätzung, wonach beim Beschwerdeführer eine gewisse depressive Verstimmung nachvollziehbar sei, er aber gleichzeitig Interessen an Aktivitäten habe und Wünsche für die Zukunft angegeben habe. Seine Stimmung habe sich auch aufgehellt, als er angegeben habe, ein erstes Enkelkind zu haben. Unter diesen Umständen erscheint auch die weitere gutachterliche Einschätzung nachvollziehbar, wonach der Beschwerdeführer einen indirekten Lebensüberdruß angegeben habe, jedoch keine akute Suizidalität bestanden habe (S. 37). Gestützt auf die erhobenen psychiatrischen Untersuchungsbefunde stellt Dr. med. G.____ in plausibler Weise fest, dass Mimik, Gestik und Psychomotorik unauffällig seien, jedenfalls nicht im Sinne einer affektiven Störung eingeschränkt. Der Beschwerdeführer habe kein gemindertes Selbstwertgefühl angegeben, wenn er über die erbrachte Lebensarbeitszeit von mehr als 30 Jahren in der Schweiz gesprochen habe, über die Enttäuschung schliesslich in der Weise, wie es ihm geschehen war, behandelt worden zu sein (S. 37). Diese Einschätzung leuchtet ein, da der Beschwerdeführer bei der Exploration u.a. angegeben habe, im Jahr 2020 eine grosse Enttäuschung erlebt zu haben, als ihm wegen seiner körperlichen Beschwerden durch einen neuen Vorgesetzten, der ihn erst 10 Tage gekannt hätte, gekündigt worden sei. Er sei quasi wie ein Hund davongejagt worden (S. 38). Das psychiatrische Teilgutachten erweist sich somit als beweismässig.

5.2.2.1 Nachfolgend zu prüfen ist, ob die medizinischen Vorakten den grundsätzlichen Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens allenfalls zu schmälern vermögen:

Einzugehen ist im Wesentlichen auf die Berichte des den Beschwerdeführer seit 30. April 2020 behandelnden Psychiaters Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Er hielt im ärztlichen Zeugnis vom 30. April 2020 fest (IV-Nr. 13 S. 4), der Beschwerdeführer sei gegenwärtig und in absehbarer Zukunft krankheitsbedingt aus multifaktoriellen Gründen für alle Erwerbsunfähigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Dies bestätigte der behandelnde

Psychiater sodann im weiteren ärztlichen Zeugnis vom 26. Juni 2020 (IV-Nr. 13 S. 3) für den Zeitraum vom 1. bis 30. Juni 2020. Da diesen beiden ärztlichen Zeugnissen indes weder konkrete Diagnosestellungen noch substantiierte Angaben zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu entnehmen sind, vermögen die Einschätzungen von Dr. med. D. ___ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht zu überzeugen. Im «aktuellen ärztlich-psychiatrischen Bericht» vom 26. März 2022 (IV-Nr. 13 S. 1 f.) führte Dr. med. D. ___ sodann erstmals die folgenden Diagnosen auf: «Rezidivierende agitiert-depressive Störungen mit stark ausgeprägten Somatisierungstendenzen, in schwieriger psychosozialer Lebenssituation; Koronare Herzerkrankung bei Status nach akutem Myokardinfarkt (Januar 2020); Status nach ischämischem Hirninfarkt bei Dissektion der Arteria carotis interna rechts mit brachiofaszialem Hemisyndrom links; Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit Anstrengungsdyspnoe; Postthrombotisches Syndrom links bei chronischer venöser Insuffizienz, Status nach Phlebothrombose links und Crossectomie und Magnastripping, persistierende Unterschenkelschmerzen, Hüftschmerzen beidseits, Beinkrämpfen, Schwellungen und Ulcerationen; Belastungsabhängige AC-Gelenkarthralgien und Tendinopathie beidseits bei Status nach diversen therapeutischen Infiltrationen; Ausgeprägte belastungsabhängige degenerative LWS-Veränderungen mit Spondylolysthesis LWK5/S1; Persistierende belastungsabhängige Knieschmerzen beidseits bei Status nach Meniscectomie rechts; Inguinalhernien beidseits mit entsprechenden belastungsabhängigen Beschwerden». Hierzu kann zunächst festgehalten werden, dass es sich bei Dr. med. D. ___ um einen auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierten Facharzt handelt und den somatischen Diagnosestellungen daher kaum Beweiswert zukommt. Im am 15. August 2022 verfassten «IV-Arztbericht» (IV-Nr. 30) ging Dr. med. D. ___ sodann u.a. von «mittelgradigen agitiert-depressiven Störungen mit stark ausgeprägten Somatisierungstendenzen» aus. Die übrigen Diagnosestellungen stammen wiederum nicht aus dem medizinischen Fachbereich der Psychiatrie. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. G. ___ setzte sich mit den Berichten von Dr. med. D. ___ substantiiert auseinander (IV-Nr. 43.1 S. 38 f.). Dabei hielt er fest, die Angabe des behandelnden Psychiaters Dr. med. D. ___, dass es sich um eine Depression mit Somatisierungstendenz handle, könne nicht nachvollzogen werden (S. 38). Dieser Einschätzung kann gefolgt werden. So vermöchten gemäss Dr. med. G. ___ einerseits doch womöglich somatische Hintergründe für die berichteten Beschwerden über die vergangenen Jahre vorliegen (z.B. Venenthrombosen, Infarzierung, koronare Herzerkrankung, Status nach ischämischem Hirninfarkt bei Dissektion der Arteria carotis interna, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, belastungsabhängige Gelenkarthralgien), die nicht als psychische Faktoren einer «starken Somatisierungstendenz» zu verstehen seien. Auch handle es sich nicht um die Beschwerden einer depressiven Episode mit somatischen Faktoren, worunter Schlafstörungen, Appetitminderung und Libidominderung verstanden würden. Der Beschwerdeführer habe jedoch angeben, wie ein Bär zu schlafen, guten Appetit zu haben und eher unter der venerologischen Problematik zu leiden als unter Libidominderung. Das Selbstwertgefühl im Hinblick auf die vollbrachte Lebensarbeitszeit und die entwürdigende Behandlung zum Zeitpunkt der Kündigung seien ebenfalls nicht für eine depressive Episode begründend gewesen. Anderweitige depressive Episoden in der Vorgeschichte mit abgrenzbarer Behandelbarkeit und symptomfreien Intervallen im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung F33 liessen sich ebenfalls nicht vorstellen. Ferner erfolge die aktuelle Behandlung supportiv, das Antidepressivum Venlafaxin sei mit 37.5 mg pro Tag nicht therapeutisch dosiert (S. 39). Unter diesen Umständen überzeugt auch die

weitere Einschätzung von Dr. med. G.____, wonach aus fachärztlich-psychiatrischer Sicht eine ■ wie von Dr. med. D.____ attestiert ■ entsprechende «Arbeitsunfähigkeit für alle Erwerbstätigkeiten» nicht nachvollzogen werden könne (S. 39). Auch die angegebene Behandlungsfrequenz mit einem Termin pro Monat spricht nicht für eine schwere psychische Störung. Es kann in diesem Zusammenhang ferner ergänzend auf die Erfahrungstatsache hingewiesen werden, dass Behandler im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung mitunter im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 m.w.H.).

5.2.2.2 Somit vermögen die medizinischen Berichte des den Beschwerdeführer behandelnden Dr. med. D.____ den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. G.____ nicht zu verringern.

5.2.2.3 Es ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte 80%ige Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfungenfalls zu überzeugen vermag.

Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

- Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

- Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

- gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

- behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen in E. II. 5.2.2 hiervor verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der andauernden Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion beziehungsweise der unspezifischen verbitterten und enttäuschten Veränderung der Persönlichkeit eine Arbeitstätigkeit zumutbar sei, er diese aber allenfalls mit einer gewissen Verminderung der Leistungsfähigkeit erbringen würde (IV-Nr. 43.1 S. 40 unten). Folglich ist von einer leichtgradigen Ausprägung der gestellten Diagnosen auszugehen.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer seit der Kündigung im Jahr 2020 in psychiatrischer Behandlung befinde, indes in Bezug auf die bereits seit Jahren bestehenden Schmerzen keine nachhaltige Hilfe eingetreten sei (IV-Nr. 43.1 S. 34). Der psychiatrische Gutachter hielt u.a. fest, es bestehe beim Beschwerdeführer ein selbstlimitierendes Verhalten bei Kränkung und Enttäuschung, denen indes kein Krankheitswert beigemessen werde (IV-Nr. 43.1 S. 39). Gestützt auf diese gutachterlichen Ausführungen ist zumindest von einer teilweisen Behandlungsresistenz auszugehen. Dennoch könne gemäss dem Gutachter die Arbeitsfähigkeit durch eine veränderte psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung noch verbessert werden. Hier gehe es darum, die Faktoren der Kränkung, denen kein eigenständiger Krankheitswert beigemessen werde, zu identifizieren, zu benennen und den Beschwerdeführer im Sinne der Rekonditionierung, wieder vermehrt Aktivitäten inklusive einer Arbeitstätigkeit aufzunehmen, um nochmals (aktuell 50jährig) für die kommenden Jahre eine bessere Teilhabe in mehreren Lebensbereichen zu erleben, zu unterstützen. Die Enttäuschung und die Kränkung, über die der Beschwerdeführer berichte und die aus seinem Erleben als nachvollziehbar erschienen, sollten nicht zu einer anhaltenden Dekonditionierung unter der Benennung einer nicht behandelbaren depressiven Störung und damit einer andauernden Psychiatrisierung führen (IV-Nr. 43.1 S. 41). Hinweise auf eine allfällige Eingliederungsresistenz sind dem Gutachten keine zu entnehmen. Vielmehr erachtet der psychiatrische Gutachter berufliche Wiedereingliederungsmöglichkeiten als möglich und schätzt diese als gut ein (IV-Nr. 43.1 S. 40).

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Im Gutachten wird eine ressourcenhemmende Wirkung der Schmerzen an der Schulter, den Hüften, der Ellbogen, der Knie und der Füsse, der leichtgradigen depressiven Störung sowie die psychiatrisch bedingte leicht reduzierte Durchhaltefähigkeit bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt (IV-Nr. 43.1 S. 9 f.). Aufgrund der gutachterlichen Ausführungen ist von einer relevanten Komorbidität auszugehen.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, der Beschwerdeführer verfüge über gute Ressourcen wie eine selbständige Lebensführung, seit Jahren intakte Paarbeziehung mit sehr guter Beziehung zu beiden Söhnen und einem Grosskind, noch vorhandene Interessen, fehlende Hinweise auf völligen sozialen Rückzug. Fehlende Hinweise für eine andere psychische Störung, unter anderem Persönlichkeitsstörung, fehlende Konflikte mit dem Gesetz, regelmässige Teilnahme an der psychiatrischen Therapie, noch vorhandene Alltags-aktivitäten sind als positive Prädiktoren zu werten. Gestützt auf diese Ausführungen ist somit zusammenfassend festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nebst Einschränkungen auch über positive soziale und persönliche Ressourcen verfügt.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in der Regel zwischen 08.00 ■ 10.00 Uhr aufstehe, dann einen Kaffee im Restaurant eines Kollegen trinke, ein bisschen mit den Leuten spreche, vielleicht etwas einkaufen gehe. Am Nachmittag schlafe er nochmals ein bis drei Stunden, sehe fern mit der Ehefrau, gehe vielleicht eine kurze Runde spazieren. Ansonsten sei er immer zuhause und versuche ab 23.00 ■ 24.00 Uhr wieder einzuschlafen. Der Beschwerdeführer lebe zusammen mit seiner Ehefrau, welche seit zwei Jahren ebenfalls nicht mehr arbeitstätig sei, nachdem sie zweimal im HWS-Bereich operiert worden sei, und dem jüngeren Sohn in einer 4 1/2-Zimmer-Wohnung. Der Haushalt erledige hauptsächlich die Schwiegertochter (Frau des älteren Sohnes), welche ganz in der Nähe wohne (IV-Nr. 43.1 S. 27). Demnach ist gestützt auf diese Ausführungen das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus gegeben.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp.

-resistenz» Gesagte verwiesen werden. Im Lichte der dortigen Ausführungen ist beim Beschwerdeführer von einem Leidensdruck auszugehen.

5.2.2.4 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 gibt. Eine Gesamtwürdigung der Indikatoren ergibt, dass die ressourcenbildenden Faktoren überwiegen, womit die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit auch im Lichte der neuen Rechtsprechung überzeugt.

5.2.3 Im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. H. ___ vom 14. März 2023 (IV-Nr. 431 S. 44 ff.) wurden folgende Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen: «1. Chronisches bilaterales, rechts betontes subakromiale Schulterimpingement (ICD-10 M75.9); 2. Klinisch Hüftimpingement beidseits links betont mit reaktiver Periarthropathia coxae bei Koxarthrose beidseits (ICD-10 M16.0, M24.8); 3. Chronische Epicondylopathia humeroradialis und -ulnaris rechts und chronische Epicondylopathia humero ulnaris links (ICD-10 M77.0, M77.1); 4. Aktenanamnestisch laterale Meniskopathie Kniegelenk links (ICD-10 M25.5); 5. Chronische Tendinopathie der Peronealsehnen beidseits bei Fussfehlstatik (Knick-Senkfüsse beidseits (ICD-10 M76)».

Diese Diagnosestellungen vermögen aufgrund der erhobenen rheumatologischen Untersuchungsbefunde einzuleuchten: So hielt der rheumatologische Gutachter u.a. in Bezug auf den Schultergürtel fest, es sei inspektorisch keine Schwellung und keine Überwärmung vorhanden. Palpatorisch aktuell keine Druckdolenz am SC- / AC-Gelenk noch am Humeruskopf ventral oder lateral. In Schulterneutralstellung Innenrotation beidseits 80°, Aussenrotation 45°, endphasig leicht schmerzhaft rechts. Aktive funktionelle Schultergriffe: Nacken-, Schürzen-, Cross-Overgriff durchführbar, wobei Schmerzen bei Abduktion und Elevation rechts über 90° angegeben würden. Deutlich schmerzhafter Bogen rechts mehr als links. Impingement-Zeichen nach Neer deutlich schmerzhaft rechts, links kaum schmerzhaft. Kraftprüfung: Deutliche Reduktion der Innervation von Supraspinatus und Infraspinatus rechts, links gute Innervation der Rotatorenmanschette (S. 50). Ferner hielt Dr. med. H. ___ betreffend die Hüftgelenke fest, in Hüftneutralstellungen seien die Innen- und Aussenrotation unauffällig. Rechte Hüfte: Flexion / Extension 100/0/0, IR / AR 20/0/30, bei kombinierter Hüftflexion und Innenrotation Schmerzen inguinal sowie perigluteal lateral provozierbar. Linke Hüfte: Flexion / Extension 90/0/0, IR / AR 10/0/20, bei kombinierter Hüftflexion und Innenrotation deutlich akzentuierte inguinale und perigluteale laterale Schmerzen. In sitzender Position bei aktiver Hüftflexion gegen Widerstand deutliche Schmerzprovokation inguinal sowie entlang des proximalen Tractus iliotibialis links mehr als rechts. Bezüglich der Ellbogen des Beschwerdeführers wurde durch den Gutachter folgendes objektiviert: Beidseits inspektorisch keine Schwellung und keine Überwärmung. Rechts: Frei beweglich, Druckdolenz am Epicondylus radialis. Stresstest: In 90° Ellbogenflexion Supination gegen Widerstand Schmerzen radial, Pronation gegen Widerstand Schmerzen ulnar. Links: Frei beweglich. Stresstest (Pro- und Supination in 90° Ellbogenhaltung) bei Pronation Schmerzangabe ulnar, radial kein Schmerz. Zu den Kniegelenken beidseits wurde festgestellt, es gäbe beidseits inspektorisch und palpatorisch keine Schwellung und keine Überwärmung, Flexion / Extension 140/0/0, stabiler Kapselbandapparat, leichte jedoch asymptotische subpatelläre Krepitation ohne Patellaverschiebungsschmerz, aktuell keine spezifische Druckdolenz weder am lateralen noch medialen Gelenkspalt. Betreffend die Füessen des Beschwerdeführers hielt der Gutachter Folgendes fest: Im Stehen Knick-Senkfuss mit vermehrter Valgisierung des

Rückfusses im Stehen, im Zehenspitzenstand gute Varusfussstellung aber zunehmende Schmerzen perimalleolär lateral. Palpatorisch beidseits Druckdolenz entlang der Peronealsehnen, medial unauffällig, Fusswurzel und Vorfussgelenke unauffällig, Sprunggelenke frei beweglich.

Das rheumatologische Teilgutachten erweist sich somit als beweiswertig.

5.2.3.1 Es stellt sich die Frage, ob das grundsätzlich beweiswertige rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. H.____ vom 14. März 2023 durch die medizinischen Vorakten allenfalls geschmälert wird:

Unter dem Titel «Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus rheumatologischer Sicht» (IV-Nr. 43.1 S. 53) hielt Dr. med. H.____ in kurz und knapper Weise fest, die in den vorliegenden Akten beschriebenen Funktionsstörungen verschiedener Gelenke am Bewegungsapparat seien inhaltlich und klinisch nachvollziehbar. Somit ergeben sich aus Sicht des rheumatologischen Gutachters aus den zuvor verfassten medizinischen Akten keine dem rheumatologischen Gutachten entgegengustehenden Befunde bzw. Diagnosen. Dem kann ■ wie nachfolgend aufzuzeigen ist ■ gefolgt werden: So wies bereits Dr. med. I.____, Orthopädische Chirurgie FMH, in seinem Bericht vom 10. November 2015 ein komplexes Schmerzsyndrom aus (IV-Nr. 21 S. 2) und hielt sodann im Bericht vom 23. Februar 2016 (IV-Nr. 21 S. 1) ein sehr komplexes Ganzkörper-Schmerzsyndrom fest und gab zudem an, hier beim besten Willen somatisch nicht mehr weiterhelfen zu können. Wahrscheinlich müsse der Beschwerdeführer einem Rheumatologen zugewiesen werden. Gestützt auf diese beiden Berichte ist davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer bereits in den Jahren 2015 / 2016 eine relativ ausgeprägte Schmerzproblematik bestand. Dies wird durch den anschliessend am 3. Juni 2016 verfassten Sprechstundenbericht des Rehabilitations- und Rheumazentrums des Spitals J.____ betreffend die ambulanten Untersuchungen vom 3. und 30. Mai 2016 (IV-Nr. 11 S. 12 ff.) bestätigt. So wurden in diesem Bericht u.a. «chronische multilokuläre Arthralgien, periarthropathische Beschwerden und Krämpfe der unteren Extremitäten unklarer Ätiologie» bei Status nach intensiver sportlicher Betätigung über Jahrzehnte bei unauffälliger Rheumaserologie diagnostiziert. Dem Bericht ist ferner zu entnehmen, dass die bisher durchgeführten konservativen Therapiemassnahmen (Physiotherapie, TCM, körperliches Training, Analgetika) keinen wesentlichen Effekt gehabt hätten. Aufgrund der bisher über Jahre erfolgten Abklärungen und der aktuellen Befunde könnten die angegebenen Beschwerden aus rheumatologischer Sicht nicht erklärt werden. Im orthopädischen Sprechstundenbericht des Spitals J.____, vom 3. März 2017 (IV-Nr. 11 S. 6 f.) wurde sodann ein «sekundäres subacromiales Impingement links bei Scapula-Dyskinesie links» ausgewiesen und ein konservatives Vorgehen (Physiotherapie und Eigenübungen) empfohlen. Dieses erwies sich indes anlässlich der Verlaufskontrolle vom 23. August 2017 als erfolglos. Die am 24. Mai 2017 durchgeführte Infiltration habe ebenfalls lediglich für eine gewisse Zeit eine deutliche Besserung gebracht. Im weiteren orthopädischen Sprechstundenbericht des Spitals J.____ vom 24. August 2017 (IV-Nr. 11 S. 4 ff.) wurde daher ein «persistierendes subacromiales Impingement links» ausgewiesen. Anlässlich des Einholens einer Zweitmeinung in der [...] diagnostizierte Dr. med. K.____, Orthopädie, im auf Deutsch übersetzten Bericht vom 5. April 2018 (IV-Nr. 19 S. 2) u.a. eine Meniskuspathologie lateral und eine Inguinalhernie beidseits. Therapeutisch werde eine Kniegelenksarthroskopie mit Menisektomie empfohlen sowie eine fettbasierte Stammzellentherapie an den Schultern, dem Becken, Knien und Fussfesseln. Anlässlich der

Sprechstunde vom 11. Oktober 2018 bei Dr. med. L.____, FMH Orthopädische Chirurgie (Bericht vom 15. Oktober 2018, IV-Nr. 15), wurden «myofasziale Kniegelenksbeschwerden beidseits, myofasziale Hüftgelenksbeschwerden beidseits, myofasziale Schultergelenksbeschwerden beidseits» diagnostiziert. Eine weiterführende Abklärung im Sinne einer weiteren fachärztlichen oder weiterführenden radiologischen Diagnostik werde aktuell für sinnvoll gehalten, weshalb eine weiterführende Diagnostik veranlasst worden sei. Ein Bericht einer diesbezüglichen Untersuchung findet sich in den vorliegenden Akten indes nicht. Am 22. Juni 2020 stellte sich der Beschwerdeführer zur Zweitmeinung in der Sprechstunde der Klinik M.____ vor (Bericht vom 23. Juni 2020, IV-Nr. 14 S. 3 f.). Er habe über Schmerzen in der linken Schulter, oben im Schulterdach, sowie im vorderen Anteil der Schulter geklagt. Zudem bestünden Schmerzen in beiden Beinen und ein intermittierend auftretender Schmerz in beiden Oberschenkeln über die Aussenseite und rechts bis in die Grosszehe. Die Situation sei komplex. So bestehe grundsätzlich betreffend die linke Schulter klar eine AC-Gelenksarthralgie mit bestehender Arthrose sowie eine LB-Tendinopathie bei SLAP-II-Läsion. Diesbezüglich erfolge nach Pausierung von Xarelto über zwei Tage, die Infiltration mit Lokalanästhetika und Triamcort. Langfristig müsste allenfalls ein operatives Vorgehen erwogen werden. Betreffend der Beschwerden in der unteren Extremität beidseits erfolge die Durchführung einer MRI zum Ausschluss einer Diskushernie resp. Nervenwurzelläsion oder Claudicatio spinalis. Nach Durchführung dieser MRI- und Röntgenuntersuchung wurde im Bericht vom 1. Juli 2020 der Klinik M.____ (IV-Nr. 14 S. 1 f.), u.a. der Verdacht auf eine Lumboischialgie S1 beidseits diskutiert und eine gezielte Nervenwurzel-Infiltration beidseits der Wurzel S1 geplant. Die Infiltration des AC-Gelenkes und leicht subacromial der Schulter links erfolgte direkt in der Sprechstunde. Im Rahmen der orthopädische Evaluation in der Praxis N.____ am 28. April 2021 (IV-Nr. 18 S. 4 f.) wurde ein «subacromiales Impingement Schulter rechts» und ein «femoroacetabuläres Impingement Hüfte links mit Verkalkung am superioren Labrum» festgestellt und eine intraartikuläre Infiltration in die rechte Schulter durchgeführt. Am 11. Mai 2021 (Bericht vom 12. Mai 2021, IV-Nr. 18 S. 3) erfolgte eine weitere Infiltration an der linken Hüfte. Im Rahmen der Untersuchung vom 11. Januar 2022 in der Praxis N.____ (Bericht vom 13. Januar 2022, IV-Nr. 29 S. 18 f.) habe der Beschwerdeführer über atraumatische, beidseitige Schulterschmerzen geklagt, wechselnder Intensität, aktuell rechts führend. Im klinischen Bild imponiere beidseits ein anterosuperiorer Konflikt sowie ein schmerzhaftes AC-Gelenk der rechten Seite. Wie dem weiteren Bericht der Praxis N.____ vom 4. März 2022 (IV-Nr. 18 S. 1 f.) zu entnehmen ist, wurde die am 24. Februar 2022 durchgeführte MRI der rechten Schulter wie folgt beurteilt: Funktionell kompensierte kleine transmurale degenerative Rotatorenmanschetten-Läsion der rechten dominanten Seite. Auf Wunsch des Beschwerdeführers werde mit konservativen Therapiemassnahmen weitergefahren.

Aus den vorangehenden medizinischen Akten erhellt somit übereinstimmend, dass beim Beschwerdeführer seit Jahren eine andauernde Schmerzproblematik an verschiedenen Stellen seines Bewegungsapparates besteht und er sich bereits etlichen konservativen Therapiemassnahmen unterzogen hat. Diese haben indes lediglich kurzzeitig eine Beschwerdelinderung gebracht. Unter diesen Umständen überrascht nicht, dass der Beschwerdeführer auch im Rahmen der gutachterlichen rheumatologischen Exploration vom 14. März 2023 über multiple Beschwerden klagte (IV-Nr. 43.1 S. 46 f.). Auch die diesbezügliche Einschätzung von Dr. med. H.____, wonach bis anhin kein klares Therapiekonzept für die verschiedenen beklagten Beschwerden erstellt worden sei

(IV-Nr. 43.1 S. 53), vermag zu überzeugen. So sei der Beschwerdeführer von einem Arzt zum anderen geschickt worden und habe zudem selber diverse Ärzte im Ausland konsultiert, da er sich in der Schweiz nicht optimal behandelt gefühlt habe. In diesem Kontext erscheint auch die Empfehlung des rheumatologischen Gutachters nachvollziehbar und überzeugend, wonach man idealerweise in einer Zentrumsambulanz eine rheumatologische Behandlung in die Wege leiten sollte, damit Rheumatologen, welche nicht operativ tätig seien, das weitere Therapiekonzept gut koordinieren könnten.

5.2.3.2 Die medizinischen Vorakten vermögen somit den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens nicht zu schmälern, sie stützten diesen vielmehr.

5.2.4 In Bezug auf das neurologische Teilgutachten von Dr. med. O.____, Facharzt für Neurologie, vom 8. März 2022 (IV-Nr. 43.1 S. 57 ff) ergibt sich Folgendes: Der neurologische Gutachter wies darin einzig die Diagnose eines «Carotis interna-Verschlusses rechts (wahrscheinlich bei Dissektion 2010 mit passagerer Ischämie ohne persistierendes Residuum, ICD-10 I65.2, G45)» aus, welche keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe. Der Karotis-Verschluss bedinge laut dem neurologischen Gutachter bei unauffälligem neurologischem Status per se keine Funktionseinbussen. Er bedeute aber einen permanenten Risikofaktor. Insofern sei der gleichzeitige fortgesetzte Zigarettenkonsum unbedingt zu beenden, zumal der Beschwerdeführer in der Zwischenzeit auch noch eine myokardiale Ischämie erlitten habe. Ansonsten bestehe aus neurologischer Sicht kein weiterer Handlungsbedarf (S. 61). Der gutachterlichen Einschätzung in Bezug auf den unauffälligen Status kann gefolgt werden. Denn anlässlich der durchgeführten Untersuchungen konnten weitgehend unauffällige neurologische Befunde erhoben werden: So wurde u.a. Folgendes festgehalten: Kopf / Hals: Kein Meningismus, Kopf frei beweglich, Nackenmuskulatur gering verspannt, NAPs und Supraklavikulargruben frei, keine Gefässgeräusche über den Karotiden, Herzaktion regelmässig. Hirnnerven: Geruchsinne erhalten, Kaffee benannt, Visus erhalten, leichte Myopie angegeben, mit Brille korrigiert, am Augenhintergrund keine Stauungs- oder Blutungszeichen, Fingerperimetrie unauffällig, leichte Pupillo- und Okulomotorik, Trigemini und Facialis seitengleich intakt, Gehörsinn erhalten aber geringe Hörminderung wahrscheinlich, da der Beschwerdeführer mehrfach nachfragen müsse, kaudale Hirnnerven unauffällig. Motorik: Grobe Kraft, Feinbeweglichkeit und Koordination allseits erhalten, Händedruck sehr kräftig, Zeige- und Halteversuche unauffällig, kein Scapula alata, bei mehrfacher Abduktion der Arme im Schultergelenk Schmerzen in beiden Schultergelenken angegeben, hierbei keine abnormen Scapula-Bewegungen erkennbar. Das Gangbild sei unauffällig, Fersen- und Zehengang beidseits sowie Strichgang ungestört, monopodales Hüpfen beidseits einmal durchgeführt, hierbei über Schmerzen im Bereich der Ferse beidseits geklagt, Romberg- und Zeigeversuche unauffällig, Eudiadochokinese. Sensibilität: Keine sensible Defizite angegeben, adäquate Wahrnehmung aller Qualitäten, Vibrationsempfinden an den Innenknöcheln mit 6/8 erhalten. Der Beschwerdeführer trage beidseits Kompressionsstrümpfe. Lasègue negativ, adäquate Wahrnehmung aller Qualitäten. Auf wiederholte Nachfrage bestätige er, dass die frühere Hypästhesie des Armes, welche zur Diagnose des Hirnschlages führte, den rechten Arm betroffen habe. Kognitive Funktionen: Wach, bewusstseinsklarer, allseits orientierter Beschwerdeführer. Er habe allerdings vor der eigentlichen Untersuchung irrtümlicherweise das Institut verlassen, sei per Mobiltelefon auf der Autobahn erreicht worden und habe mit 20 Minuten Verzögerung hier wieder eintreffen können. Er wirke hier ausreichend entspannt, berichte,

ein Kollege habe ihn gefahren. Der Denkablauf sei formal geordnet und flüssig. Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit seien erhalten, keine mnestischen Defizite. Problemlose Wiedergabe biografischer Daten. Diese Befunderhebungen stimmen im Wesentlichen mit denjenigen im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. G. ___ überein, wonach der Beschwerdeführer wach und in allen Qualitäten orientiert gewesen sei und weder formale noch inhaltliche Denkstörungen vorgelegen hätten. Weiter wurden eine unauffällige Mimik, Gestik und Psychomotorik beschrieben (IV-Nr. 43.1 S. 37). Ferner vermag auch zu überzeugen, dass ■ wie oben festgehalten ■ sich die Diagnose aus den Unterlagen ergebe (S. 61). In diesem Zusammenhang hielt der neurologische Gutachter fest, es interessiere von neurologischer Seite v.a. der vom Beschwerdeführer angegebene Hirnschlag (S. 60). Die Unterlagen hierüber seien bei einem fast ca. 13 Jahre zurückliegenden Ereignis äusserst spärlich. So habe Dr. med. P. ___ in seinem neurovaskulären Befund von 2020 von einem bekannten Verschluss der Arteria carotis interna rechts gesprochen und vorgängig, so im Röntgenbefund von 2014 [wohl gemeint: 2010], werde von einer Dissektion der Carotis interna rechts gesprochen. Hiermit kongruent nenne der Bericht der Lungenpraxis 2022 einen Zustand nach Hypästhesie des linken Armes. Diesen gutachterlichen Ausführungen kann unter Heranziehung der medizinischen Vorakten gefolgt werden. So hielt Dr. med. P. ___, Facharzt für Neurologie FMH, aufgrund des durchgeführten neurovaskulären Ultraschalls vom 11. September 2020 (IV-Nr. 22) u.a. fest, die extra-, und intrakranielle Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien zeige einen Verschluss der A. carotis interna rechts, unverändert zur Voruntersuchung von 2010. Ferner ist sodann u.a. dem Austrittsbericht des Spitals J. ___ vom 21. Juni 2016 (IV-Nr. 11 S. 8 ff.) zu entnehmen, dass sich im Rahmen der MR-Angio vom 3. November 2010 eine Dissektion der A. carotis interna rechts gezeigt habe. Der «Status nach Carotidisdissektion» ist sodann u.a. auch dem Bericht vom 13. Juli 2021 der Praxis Q. ___ zu entnehmen (IV-Nr. 29 S. 22). In Bezug auf das durch den Beschwerdeführer im Rahmen der gutachterlichen neurologischen Abklärung mehrfache Beharren auf einer abgelaufenen sensiblen Störung im rechten Arm, führte Dr. med. O. ___ aus, diese Diskrepanz sei jetzt nicht auflösbar, zumal eine CT 2014 unauffällig ausgefallen sei. Gemäss dem neurologischen Gutachter handle es sich dabei entweder um zwei getrennte Ereignisse, nämlich die Dissektion und Verschluss rechts und eine zusätzliche links-hemisphärische TIA, oder es hätte sich auf einer der verschiedenen Ebenen ein Seitenfehler eingeschlichen. Dies bleibe aber gemäss Beurteilung des Gutachters insofern ohne Belang, da die neurologische Untersuchung jetzt ohnehin völlig regelrecht ausfalle und keinerlei Defizit biete (S. 60). Diese gutachterliche Einschätzung erweist sich als nachvollziehbar und schlüssig.

Das neurologische Teilgutachten ist beweiswertig.

5.2.4.1 In Bezug auf die Frage, ob das grundsätzlich beweiswertige neurologische Teilgutachten von Dr. med. O. ___ vom 8. März 2023 durch die medizinischen Vorakten allenfalls geschmälert wird, kann auf die Ausführungen unter E. II. 5.2.4 hiuvor verwiesen werden. So finden sich ■ mit Ausnahme des Berichts betreffend den neurovaskulären Ultraschall vom 11. September 2020 von Dr. med. P. ___ (IV-Nr. 29 S. 3) ■ in den vorliegenden medizinischen Akten keine neurologischen Arztberichte, auf die an dieser Stelle einzugehen wäre.

5.2.4.2 Der Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens wird somit durch die zeitlich vorangehenden medizinischen Akten nicht geschmälert.

5.3 Es stellt sich die Frage, ob der Beweiswert des C.____-Gutachtens vom 17. April 2023 allenfalls durch zeitlich erst im Anschluss daran verfassten medizinischen Berichte geschmälert wird. Nachfolgend ist diesbezüglich auf die von Dr. med. D.____ am 31. August 2023 verfasste «Stellungnahme zum psychiatrischen Teilgutachten» und den «aktuellen psychiatrischen Arztbericht» vom 9. Dezember 2023 (IV-Nrn. 51 S. 2 f., 55 S. 4 f.) einzugehen:

5.3.1 Dr. med. D.____ hält in seiner Stellungnahme vom 31. August 2023 (IV-Nr. 51 S. 2) zum einen fest, das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G.____ sei sehr detailliert geschrieben, werde jedoch nicht durch entsprechende standardisierte psychologische Test für depressive Störungen unterstützt. In diesem Sinn lässt auch der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift vom 11. November 2024 (A.S. 19) vorbringen, es sei nicht ersichtlich, wieso der Sachverständige beim Vorliegen einer depressiven Symptomatik keine Zusatzdiagnostik, z.B. Mini ICF-Rating, durchgeführt habe. Dazu kann Folgendes festgehalten werden: Der psychiatrische Gutachter Dr. med. G.____ hat sich in seinem Teilgutachten vom 8. März 2023 mit der in den medizinischen Vorakten ausgewiesenen Diagnose einer «Depression im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung mit Somatisierungstendenz» in überzeugender und nachvollziehbarer Weise auseinandergesetzt (vgl. E. II. 5.2.2 hiervor) und diese Diagnosestellung sodann aus psychiatrischer Sicht als nicht nachvollziehbar qualifiziert. Inwiefern er unter diesen Umständen einen standardisierten Test hätte durchführen müssen, ist nicht ersichtlich und wird weder durch Dr. med. D.____ noch durch den Beschwerdeführer schlüssig dargetan. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass bei einem psychiatrischen Teilgutachten die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend ist und den vom behandelnden Psychiater angesprochenen Testverfahren höchstens eine ergänzende Funktion zukommt (Urteile des Bundesgerichts 9C_295/2021 vom 23. November 2021 E. 4.2.3 m.w.H., 8C_804/2021 vom 1. Juni 2022 E. 4.1.3 m.w.H.). Unter diesen Umständen laufen die Vorbringen von Dr. med. D.____ und dem Beschwerdeführer ins Leere.

5.3.2 Dr. med. D.____ bemängelt ferner, Dr. med. G.____ kommentiere nicht adäquat die katastrophale Entwicklung beim Beschwerdeführer in den letzten vier Jahren und gebe keine adäquate Antwort auf die Frage, was ihn bewogen habe, sich im April 2020 bei einem Psychiater für eine ambulante psychiatrische Behandlung anzumelden und während vier Jahren beim gleichen Psychiater zu bleiben (IV-Nr. 51 S. 2). Dem kann indes nicht gefolgt werden. So ergibt sich aus dem psychiatrischen Teilgutachten Folgendes: Im Rahmen der gutachterlichen psychiatrischen Exploration gab der Beschwerdeführer u.a. an, seit April 2020 etwa einmal pro Monat zum Psychiater Dr. med. D.____ zu gehen und mit ihm über die Schmerzen und wie diese gebessert werden könnten zu sprechen. Es sei jedoch keine nachhaltige Hilfe eingetreten. Zuvor habe er niemals psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen. Sein Problem seien die Schmerzen und die entzündlichen Erkrankungen (IV-Nr. 43.1 S. 34). Befragt zu einschneidenden Erlebnissen gab der Beschwerdeführer ferner an, es habe sich im Jahr 2020 ein grosse Enttäuschung ergeben, als er wegen seinen körperlichen Beschwerden die Kündigung erhalten habe und dann vom neuen Vorgesetzten quasi wie ein Hund davongejagt worden sei (S. 36). Darauf ging Dr. med. G.____ sodann im Rahmen seiner psychiatrischen Beurteilung ein, indem er festhielt, der Beschwerdeführer habe in der Schweiz ein gutes Leben bei guter Integration geführt, bis eben die rasche und entwürdigende Entlassung aus

der Arbeitstätigkeit geschehen sei (S. 38). Hier sei entsprechend nicht nur eine Enttäuschung zu verzeichnen sondern auch eine Kränkung, die auch einen aufrechterhaltenden Faktor darstelle. Somit hat sich Dr. med. G.____ mit dem sich im Jahr 2020 zugetragenen Ereignis in schlüssiger und überzeugender Weise befasst. Aus dem Gutachten geht zudem implizit hervor, dass dieses Ereignis (die Kündigung) zur Aufnahme der psychiatrischen Unterstützung geführt hat. Es ist daher davon auszugehen, dass dem psychiatrischen Experten sowohl bekannt war, weshalb sich der Beschwerdeführer in psychiatrische Behandlung begeben hat als auch in welchen Abständen bzw. zu welchem Zweck diese erfolgt. Unter diesen Umständen ist nicht einzusehen, inwiefern sich der psychiatrische Gutachter mit der Beziehung des Beschwerdeführers zum behandelnden Psychiater noch weiter hätte befassen müssen.

5.3.3 Dr. med. D.____ hält sodann dafür, Dr. med. G.____ beurteile in seinem Teilgutachten isoliert nur die momentanen Befunde und gewichte völlig inadäquat die zunehmend komplexe mehrjährige, praktisch therapieresistente, gesundheitliche Problematik beim Beschwerdeführer (IV-Nr. 51 S. 2). Diesem Vorbringen kann indes nicht gefolgt werden. So hat sich Dr. med. G.____ unter dem Titel «psychiatrische Beurteilung» (IV-Nr. 43.1 S. 38) differenziert mit der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers in den vergangenen Jahren auseinandergesetzt und dabei festgehalten, dass er schon länger als seit einem Jahrzehnt unter Schmerzen leide. Es würden indes weder aus der Kindheit und Jugend noch aus dem Erwachsenenalter andauernde psychosoziale Belastungen, Traumatisierungen oder Übergriffe angegeben, keine derartigen Belastungen, dass beim Beschwerdeführer von intrapsychischen Konflikten auszugehen wäre, die nicht anderweitig als durch das Benennen von Schmerzen, die nicht durch körperliche Faktoren zu erklären seien, ausgedrückt werden könnten. In diesem Sinn gab der Beschwerdeführer im Rahmen der Exploration zum jetzigen Leiden denn auch an, ihm tue der Körper weh. Er könne nicht einmal gut laufen wegen der Schmerzen, selbst wenn er liege und fernsehe habe er danach Hüftprobleme, ausserdem habe er noch eine entzündliche Ulzeration am Penis seit sechs Jahren, was ihm die Lebensfreude nehme. So sei er inzwischen müde und moralisch kaputt, er habe keine Motivation mehr, keine Lust am Leben. Ferner äusserte sich der Beschwerdeführer dahingehend, niemals zuvor psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen zu haben, sein Problem seien die Schmerzen und die entzündlichen Erkrankungen. In der Schweiz habe es keine andauernden psychosozialen Belastungen, Traumatisierungen oder Übergriffe gegeben (IV-Nr. 43.1 S. 34 f.).

5.3.4 Im Weiteren stellt sich Dr. med. D.____ auf den Standpunkt (IV-Nr. 51 S. 3), die vom psychiatrischen Gutachter als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellte «Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21)» dürfe beim Beschwerdeführer nach dem mindestens vierjährigen Krankheitsverlauf absolut sicher nicht mehr gestellt werden und stelle eine enorme Bagatellisierung der Krankheitsproblematik dar. Die weitere Diagnose «andauernde Persönlichkeitsänderungen bei chronischem Schmerzsyndrom und anderen andauernden belastenden psychischen- und körperlichen Belastungsfaktoren (ICD-10 62.8)» sei gemäss Dr. med. D.____ indes korrekt. Eine Persönlichkeitsveränderung könne jedoch nur nach mehrjährigen schweren belastenden Krankheitsfaktoren entstehen und spreche eindeutig für die Schwere der invalidisierenden Problematik des Beschwerdeführers. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass Dr. med. G.____ im psychiatrischen Teilgutachten festhielt, es werde eine Einschränkung im psychischen Befinden nachvollzogen, die aus fachärztlich-psychiatrischer Sicht einer

Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion zuzuordnen sei. Eine derartige Störung könne über zwei Jahre vorliegen, was nach der Entlassung 2020 der Fall gewesen sei, danach womöglich in eine Persönlichkeitsveränderung nach psychisch belastenden Faktoren übergehen könne (IV-Nr. 43.1 S. 40). Folglich hat sich Dr. med. G.____ durchaus mit dem zeitlichen Faktor der Diagnosestellung befasst und diesen in schlüssiger Weise diskutiert. Somit vermag die Kritik des behandelnden Psychiaters an den von Dr. med. G.____ gestellten Diagnosen keine Zweifel zu begründen.

5.3.5 Im «aktuellen psychiatrischen Bericht» vom 9. Dezember 2023 (IV-Nr. 55 S. 4 f.) wies Dr. med. D.____ nebst psychiatrischen Diagnosen auch auf den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bezogene Diagnosestellungen aus. Auf diese ist indes an dieser Stelle nicht einzugehen. So kommt diesen Diagnosen bei dem auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierten Facharzt Dr. med. D.____ ohnehin kaum Beweiswert zu. Bei der ebenfalls ausgewiesenen psychiatrischen Diagnose von «anhaltenden agitiert-depressiven Störungen mit ausgeprägten Somatisierungstendenzen» handelt es sich im Wesentlichen um eine Bestätigung der bereits in den zeitlich vorangehenden Berichten vom 26. März 2022 (IV-Nr. 13 S. 1 f.; «rezidivierende agitiert-depressive Störungen mit stark ausgeprägten Somatisierungstendenzen, in schwieriger psychosozialer Lebenssituation») und vom 15. August 2022 (IV-Nr. 30; «mittelgradigen agitiert-depressiven Störungen mit stark ausgeprägten Somatisierungstendenzen») enthaltenen Diagnosestellungen. Damit hat sich der psychiatrische Gutachter Dr. med. G.____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten bereits in nachvollziehbarer Weise auseinandergesetzt (vgl. E. II. 5.2.2.1 hiervor). Es ist daher nicht erneut darauf einzugehen. Gleich verhält es sich mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Auch hier finden sich keine, gegenüber den Einschätzungen in früheren Berichten von Dr. med. D.____, anderslautenden Beurteilungen. In diesem Sinn hielt auch der RAD-Arzt Dr. med. B.____ in seiner Stellungnahme vom 25. April 2024 (IV-Nr. 60 S. 2 ff.) fest, der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.____ enthalte keine neuen Erkenntnisse. Er entspreche inhaltlich seiner Stellungnahme vom 31. August 2023 zum psychiatrischen Teilgutachten vom 8. März 2023.

5.3.6 Insgesamt vermögen die beiden nach dem Gutachten der Gutachterstelle C.____ verfassten psychiatrische Berichte von Dr. med. D.____ dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen.

5.4 Nachfolgend ist auf das gegen das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C.____ vom 17. April 2023 (IV-Nr. 43.1 ■ 43.4) gerichtete Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen:

Der Beschwerdeführer lässt im Wesentlichen vorbringen, die Einschätzungen von Dr. med. G.____ im psychiatrischen Teilgutachten betreffend die Arbeitsfähigkeit entsprächen nicht denjenigen im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung (A.S. 17). So werde im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung festgehalten, die leichte 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wirke sich nicht additiv aus, da für die psychiatrisch bedingte leicht reduzierte Durchhaltefähigkeit mit der rheumatologischerseits attestierten Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % bereits genügend Freiräume vorgegeben seien. Demgegenüber werde im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. G.____ vom 8. März 2023 ausdrücklich festgehalten, dass sich aus psychiatrischer Sicht gesamthaft eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (20%ige Arbeitsunfähigkeit) ergebe, wobei darauf hingewiesen werde, dass die somatischen

Faktoren und körperlichen Vorerkrankungen bzw. Beeinträchtigungen und Folgen bewusst ausser Acht gelassen worden seien. Hier sei auf die somatischen Teilgutachten zu verweisen (IV-Nr. 66 S. 11). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführer ist zwischen der interdisziplinären Konsensbeurteilung und dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. G.____ kein Widerspruch erkennbar: Wenn eine versicherte Person an verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidet, dürfen die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nicht einfach addiert werden; vielmehr sind sie in ein Gesamtergebnis zu bringen, d.h. die Arbeitsfähigkeit ist gesamtheitlich zu beurteilen (worin denn gerade auch der Zweck interdisziplinärer Gutachten besteht; BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128, 137 V 210 E. 1.2.4 S. 224; Urteil des Bundesgericht 9C_517/2023 vom 13. Juni 2024 E. 5.2). Im vorliegenden C.____-Gutachten hielt der rheumatologische Gutachter Dr. med. H.____ in seinem Teilgutachten fest, dem Beschwerdeführer sei es möglich, einer angepassten Erwerbstätigkeit unter Berücksichtigung einer um 30 % reduzierten Leistungsfähigkeit infolge regelmässiger Arbeitspausen zu 8 bis 8.5 Stunden täglich nachzugehen (IV-Nr. 43.1 S. 55). Im psychiatrischen Teilgutachten hielt Dr. med. G.____ seinerseits fest, die Arbeitsfähigkeit in der bisher ausgeübten Tätigkeit belaufe sich gesamthaft auf 80 %, wobei die somatischen Faktoren und körperlichen Vorerkrankungen bzw. Beeinträchtigungen und Folgen daraus bewusst ausser Acht gelassen würden. Unter diesen Umständen vermag sodann einzuleuchten, das im Rahmen der Konsensbeurteilung festgehalten wurde, der Beschwerdeführer sei in angepasster Tätigkeit aufgrund der Gewährung von regelmässigen Arbeitspausen zu 70 % arbeitsfähig, wobei sich die leichte 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht hier nicht additiv auswirke. So seien für die psychiatrisch bedingte leicht reduzierte Durchhaltefähigkeit mit der rheumatologischerseits attestierten Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % bereits genügend Freiräume vorgegeben (IV-Nr. 43.1 S. 17 f.). Das Vorbringen des Beschwerdeführers erweist sich als haltlos.

5.5 Zusammenfassend kommt dem polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle C.____ vom 17. April 2023 voller Beweiswert zu. Dies hielt auch bereits Dr. med. B.____, RAD, in seinen Stellungnahmen vom 16. Oktober 2023 und 25. April 2024 (IV-Nr. 52 S. 2 ff., 60 S. 2 ff.) entsprechend fest. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 10. Oktober 2024 (A.S. 1 ff.) auf dieses Gutachten und die darin ausgewiesene Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführer abgestellt hat. Demnach ist der Beschwerdeführer seit Januar 2020 in seiner bisherigen Tätigkeit als Einrichter an der Stanzmaschine nicht mehr arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichte bis nur selten mittelschwere wechselbelastende berufliche Tätigkeit) war der Beschwerdeführer von Januar bis Ende April 2020 ebenfalls zu 100 % arbeitsunfähig. Seit Mai 2020 ist dem Beschwerdeführer indes eine adaptierte Tätigkeit zu 70 % (aufgrund regelmässiger Arbeitspausen) zumutbar (IV-Nr. 43.1 S. 9 f.). Eine solche hat unter den ■ wie nachfolgend aufgeführt ■ im rheumatologischen Teilgutachten aufgelisteten Voraussetzungen zu erfolgen (IV-Nr. 43.1 S. 55): In Bezug auf Belastungen mit den Armen können diese nur in Schulterneutralstellung durchgeführt werden, wobei keine grobmanuellen Belastungen respektive repetitives Heben und Tragen von Lasten über 10 kg möglich sind. Tätigkeiten bspw. an einem Computer bei einem gut eingestellten ergonomischen Arbeitsplatz sind mit beiden Armen gut möglich. In Bezug auf die Beckenpathologie sollte der Beschwerdeführer seine Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln können. Zu vermeiden sind stets monoton stehende oder anhaltend sitzende Tätigkeiten, ebenso Arbeiten in Oberkörpervorneige- oder rückhalteposition

respektive Tätigkeiten mit stereotypen Rotationsbewegungen der Lendenwirbelsäule. Das Gehen in der Ebene auf ebenem Untergrund ist bei gut dämpfenden Schuhen und idealerweise unter Benützung von massangefertigten Einlagen nicht spezifisch eingeschränkt. In diesem Sinne können auch unter diesen Arbeitsplatzvoraussetzungen Kontroll- und Überwachungstätigkeiten durchgeführt werden. Nicht möglich ist das Gehen auf unebenem Boden oder das berufsbedingte Benützen von Treppen, Leitern oder gar Gerüsten.

6. Es stellt sich die Frage, ob die dem Beschwerdeführer ab 1. Januar 2024 zugesprochene Invalidenrente von 40 % korrekt ist. Dazu ist der von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Vorbescheids vom 22. November 2023 vorgenommene Einkommensvergleich (IV-Nr. 53) zu überprüfen.

6.1 Die Anmeldung zum Leistungsbezug ging bei der Beschwerdegegnerin am 25. März 2022 ein (IV-Nr. 3). Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG fällt somit auf den 1. September 2022. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war zu diesem Zeitpunkt bereits verstrichen (Beginn: 19. März 2020). Somit würde der frühestmögliche Rentenbeginn auf den 1. September 2022 fallen, womit das ab 1. Januar 2022 geltende Recht anwendbar ist (vgl. E. II. 2 hiervor).

Mit dem ab 1. Januar 2022 eingeführten stufenlosen Rentensystem in der IV wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (Art. 28b Abs. 1 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad von 50 ■ 69 Prozent entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent besteht wie bis anhin ein Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 bis 49 Prozent gilt eine Abstufung des Rentenanteils von 25 bis 47,5 Prozent (Abs. 4).

6.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns ■ hier: 1. September 2022 ■ nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C_528/2021 vom 3. Mai 2022 E. 4.2.2 mit Hinweisen).

Gemäss den vorliegenden Akten absolvierte der Beschwerdeführer die obligatorische Schulzeit im [...] und absolvierte anschliessend keine Berufsausbildung. Im August 1987 reiste der Beschwerdeführer in die Schweiz ein. Von Januar bis Juli 1990 arbeitete er bei der Stanzerei R.____ GmbH, [...]. Anschliessend war er von August 1990 bis April 2002 als Einrichter und Abteilungsleiter bei der Firma S.____, [...], tätig. Während dieser Zeit arbeitete er zusätzlich vom September 1997 bis Juni 1998 und von Januar bis Juni 2001 bei der Firma T.____, [...], sowie vom September 1998 bis Mai 1999 bei der Firma U.____ GmbH, [...]. Im Juli 1998 und Juli / August 2001 war der Beschwerdeführer zudem bei der Firma V.____, [...], tätig. Im Mai 2002 bezog der Beschwerdeführer Arbeitslosenentschädigung. Ab Mai 2002 arbeitete er sodann bei der Firma W.____, [...], als Einrichter an der Stanzmaschine zu 100 %. Im Dezember 2003 war er auch für die Firma X.____, [...], tätig. Das Arbeitsverhältnis bei der Firma W.____ wurde durch den Arbeitgeber zunächst mit Schreiben vom 17. März 2020 auf Ende Juni 2020 (IV-Nr. 10 S. 2) und sodann

per 19. März 2020 fristlos aufgelöst (vgl. Kündigungsschreiben vom 19. März 2020, IV-Nrn. 7 S. 3 f., 10).

6.3 Zu den Gründen, welche im März 2020 zur Kündigung durch die Arbeitgeberin führten, erklärte der Beschwerdeführer im Intake-Gespräch vom 20. April 2022, nach einem Wechsel des Vorgesetzten seien Probleme im zwischenmenschlichen Bereich aufgetreten. Es sei schlussendlich zur Kündigung des Arbeitsvertrags gekommen. Warum ihm fristlos gekündigt worden sei, wisse er bis heute nicht. Angeblich habe er einen grossen Schaden verursacht, der ihm nicht bewusst gewesen sei (IV-Nr. 24 S. 1). Im Rahmen der internistischen und der rheumatologischen Begutachtung erwähnte er ebenfalls zwischenmenschliche Probleme nach einem Vorgesetztenwechsel, welche zur Kündigung geführt hätten (IV-Nr. 43.1 S. 27, 48). Vor diesem Hintergrund erscheint es als überwiegend wahrscheinlich, dass die Kündigung aus krankheitsfremden Gründen erfolgte und der Beschwerdeführer auch im Gesundheitsfall nicht mehr bei dieser Arbeitgeberin beschäftigt wäre. Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen daher zu Recht nicht anhand des zuletzt erzielten Verdienstes, sondern unter Bezugnahme auf statistische Werte, konkret die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) festgelegt. Da es dem Beschwerdeführer gemäss dem polydisziplinären Gutachten der C.____ vom 17. April 2023 seit Mai 2020 zumutbar wäre, einer angepassten Arbeitstätigkeit zu 70 % nachzugehen, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die LSE 2020 herangezogen. Gestützt auf die TA1_tirage_skill_level, Sektor 2 «Produktion», Niveau 1 «Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art, Männer ist sodann von einem Bruttolohn von CHF 5'590.00 auszugehen. Dieser ist auf die übliche Anzahl Wochenstunden im Jahr 2022 hochzurechnen ($\times 12$ [: 40×41.3]) und an den Nominallohnindex Männer im Sektor 2 im Jahr 2022 anzupassen ($: 100 \times 100$). Somit ging die Beschwerdegegnerin korrekterweise von einem Valideneinkommen von CHF 69'260.00 aus.

Das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach bei der Berechnung des Valideneinkommens auf die LSE 2020, T17, Position 81 «Bedienen stationärer Anlagen und Maschinen», ≥ 50 Jahre, Männer, abzustellen sei, da er während mehr als 30 Jahren ausschliesslich als Einrichter von Maschinen in der Stanzerei tätig gewesen sei (A.S. 21 f.), verfängt nicht. So kann es sich zwar ausnahmsweise durchaus rechtfertigen, bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit in diesem Bereich tätig gewesen sind und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt, auf das statistische Durchschnittseinkommen einzelner Branchen abzustellen, wenn dies als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen (Urteil des Bundesgerichts 8C_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2 m.w.H.). Im vorliegenden Fall rechtfertigt sich dieses Vorgehen jedoch nicht. So ist dem ungelernten Beschwerdeführer das Ausüben einer anderen Tätigkeit in einem anderen Bereich durchaus möglich und zumutbar.

6.4 Da es dem Beschwerdeführer gemäss polydisziplinärer Beurteilung vom 17. April 2023 (vgl. E. II. 5.5 hiervor) möglich wäre, seit Mai 2020 eine angepasste Tätigkeit in einem Arbeitspensum von 70 % auszuüben, er aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, muss das Invalideneinkommen ebenfalls aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden.

6.4.1 Die Beschwerdegegnerin hat vorliegend auf den standardisierten Bruttolohn der LSE 2020, TA1_tirage_skill_level, Medianlohn für Männer, Total, Niveau 1 («einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»), von CHF 5'261.00 pro Monat abgestellt und diesen Betrag auf die entsprechenden Wochenstunden im Jahr 2022 [$\times 12$ (: 40 x 41.7)] hochgerechnet und an den Nominallohnindex Männer 2020 ■ 2020, Sektor 2 (: 100 x 100.3), angepasst. Somit ergibt sich aufgrund eines dem Beschwerdeführer zumutbaren Arbeitspensums von 70 % ein Invalideneinkommen von gerundet CHF 46'209.00. Dies wurde vom Beschwerdeführer auch nicht beanstandet (A.S. 22).

6.4.2 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich ein solcher rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang).

Der Beschwerdeführer kann seit Mai 2020 eine angepasste Tätigkeit ganzjährig zu 70 % ausüben. Die aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs und des etwas reduzierten Rendements festgelegte Leistungseinschränkung auf 70 % ist beim Tabellenlohnabzug nicht ein zweites Mal zu berücksichtigen (s. Hinweise bei Philipp Egli / Martina Filippo / Thomas Gächter / Michael E. Meier: Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, S. 230 f. Rz 668 ff.). Was den Faktor Alter anbelangt, muss sich dieser nicht (zwingend) lohnsenkend auswirken. Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 10. Oktober 2024 52 Jahre alt. Das Lohnniveau von Männern im Alterssegment von 50 bis 64 / 65 Jahren liegt gemäss den LSE-Erhebungen bei Stellen ohne Kaderfunktion über dem Durchschnitt aller Altersstufen (vgl. Tabelle TA9, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert und Quartilbereich] nach Lebensalter, beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater Sektor, 2020). Vor diesem Hintergrund vermag das Alter im konkreten Fall des Beschwerdeführers keinen Tabellenlohnabzug zu begründen. Auch die vielen Dienstjahre beim gleichen Arbeitgeber und der damit verbundene Umstand, dass in einem neuen Betrieb angefangen werden muss, sind im entsprechenden Anforderungsniveau nicht von erheblicher Bedeutung (Urteil des Bundesgerichts 9C_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.3.2). So erfasst der Tabellenlohn im hier angewendeten Kompetenzniveau 1 eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb allein aufgrund der Tatsache, dass im Wesentlichen noch leichte Tätigkeiten möglich sind, kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2). Weiter ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (IV-Nr. 4). Ein Abzug rechtfertigt sich somit auch unter diesem Aspekt nicht und auch für einen weitergehenden Abzug besteht kein Raum. Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen hat. Ein solcher wird in der Beschwerde für die Zeit bis Ende 2023 auch nicht verlangt.

6.5 Bei einem Valideneinkommen von CHF 69'260.00 und einem Invalideneinkommen CHF 46'209.00 ergibt sich eine Erwerbseinbusse von CHF 23'051.00, die einem IV-Grad von 33 % entspricht und nicht zum Bezug einer IV-Rente berechtigt (vgl. E. II. 6.1 hiervor).

6.6 Die Beschwerdegegnerin hat sodann aufgrund des ab 1. Januar 2024 abgeänderten Art. 26bisAbs. 3 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) einen weiteren Einkommensvergleich ab 1. Januar 2024 vorgenommen. Dies ist nicht zu beanstanden. Die genannte Bestimmung sieht im Hinblick auf die Bestimmung des Invalideneinkommens eine pauschale Herabsetzung des statistisch bestimmten Wertes um zehn Prozent vor. So beträgt diesfalls das Invalideneinkommen CHF 41'588.00

(CHF 46'209.00 ■ 10 %) und die Einbusse beläuft sich auf CHF 27'672.00 (CHF 69'260.00 ■ CHF 41'588.00), was zu einem Invaliditätsgrad von 40 % führt. Dieser Invaliditätsgrad berechtigt somit ab 1. Januar 2024 zum Bezug einer IV-Rente von 25 % (vgl. E. II. 6.1 hiervor).

6.7 Zusammenfassend ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich nicht zu beanstanden. Somit hat der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung des ab 1. Januar 2024 geltenden Pauschalabzugs von 10 % (Art. 26bisAbs. 3 IVV) aufgrund eines errechneten Invaliditätsgrades von 40 % ab 1. Januar 2024 Anspruch auf eine Invalidenrente von 25 %.

7. Es bleibt zu prüfen, ob die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt überhaupt noch verwertbar ist.

7.1 Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind. Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 145 V 2 E. 5.3.1 S. 16, 138 V 457 E. 3.1 S. 459 f. mit Hinweisen).

7.2 Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Der Beschwerdeführer wurde im Oktober 1972 geboren. Für die Frage, ob die festgestellte Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter noch verwertbar sei, ist derjenige Zeitpunkt massgebend, zu dem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbsfähigkeit feststeht. Dies ist der Fall, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 457 E. 3.3 und 3.4 S. 461 f.). Im vorliegenden Fall datiert das C.____-Gutachten vom 17. April 2023 (IV-Nr. 43.1). In diesem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer ungefähr 50 Jahre und 6 Monate alt und wies somit eine verbleibende Aktivitätsdauer von 14 Jahren und 6 Monaten auf. Diese rechtfertigt nicht die Annahme, die Restarbeitsfähigkeit sei nicht mehr verwertbar (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_222/2024 vom 23. Januar 2015 E. 5.3). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (A.S. 20), schliessen auch die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens eine Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit nicht aus. Angesichts des Zumutbarkeitsprofils und der in zeitlicher Hinsicht erheblichen

Restarbeitsfähigkeit ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer auf dem massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten offenstehen. Zu denken ist etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie an die Bedienung und Überwachung von (halb-) automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten, die lediglich leichte Belastungen der oberen Extremitäten mit Schulterneutralstellung und ohne Benützen von Treppen, Leitern oder Gerüsten voraussetzen (vgl. E. II. 5.5 hiervor). Solche Tätigkeiten sind in der Regel ohne lange Arbeitseinführung zu bewältigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_519/2024 vom 25. Februar 2025 E. 4). Da auch keine anderweitigen Gründe für die Annahme einer Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ersichtlich sind, kann beim Beschwerdeführer von einer verwertbaren 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden.

8. Zusammenfassend ist die Verfügung vom 10. Oktober 2024 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

9. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

10. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

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

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Küng

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