

# **BL\_GERICHTE 720 22 123 / 275 vom 24. November 2022**

BL Gerichte, 2022-11-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720\\_22\\_123\\_\\_\\_275](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_22_123___275)

FR: BL\_GERICHTE 720 22 123 / 275 du 24 novembre 2022

IT: BL\_GERICHTE 720 22 123 / 275 del 24 novembre 2022

## **Regeste**

IV-Rente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, so dass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 29. April 2022 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung der Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 in der Fassung gültig ab dem 1. Januar 2022 Anwendung. Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 betrifft, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 1009). Die Bestimmungen werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet. 3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). 3.2 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu

leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1).

3.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

3.5 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

4.1 Um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person beurteilen zu können, ist die Verwaltung - und im Beschwerdefall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind

die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen). 4.2 Sämtliche Beweismittel, somit auch medizinische Berichte und Sachverständigengutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb). Demgegenüber kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zwar nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, praxismässig haben sie aber nicht dieselbe Beweiskraft wie ein gerichtliches oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.3, 135 V 465 E. 4.4 und 4.7).

5.1 Zu prüfen ist, ob die IV-Stelle zurecht gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten vom 2./7. Februar 2022 und einer attestierten Arbeitsfähigkeit von 80% einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint hat.

5.2.1 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung stellten die Gutachter als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein linksseitiges Schmerzsyndrom bei Rundrücken mit Diskusprotrusion C5/6 rechtsseitig (ohne Wurzelkompression) bei Status nach monosegmentaler Dekompression und dorsoventraler Spondylodese L5/S1 mit Listhesis-Korrektur bei Retrolisthese sowie Osteochondrose L5/S1 und sensiblem lumboradikulärem Reizsyndrom L5/S1 links am 14. März 2019 ohne Anschlussdegeneration oder Schraubenlockerung, aktuell ohne Hinweise für eine radikuläre Reizsituation, aber mit massiven klinischen Zeichen einer Schmerzausweitung; eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Adipositas, eine Hautpsoriasis, eine Anaphylaxie auf Hornissen und Wespen, einen Status nach konservativer Behandlung einer intraartikulären Fraktur des Prozessus styloideus radii links (adominant) 2012, einen Status nach konservativer Behandlung einer Armfraktur rechts 2004 sowie einen Status nach Tonsillektomie 1980.

5.2.2 Dr. C.\_\_\_\_\_ führte im rheumatologischen Teilgutachten vom 2. Februar 2022 aus, dass der Versicherte ein erhebliches Krankheits- und Schmerzgebaren zeige. Das heute präsentierte Bild einer linksseitigen "Halbseitensymptomatik" sei organisch nicht erklärbar und entspreche nicht einer neurologischen "Hemisymptomatik", sondern einem psychogen determinierten und klinisch widersprüchlichen Bild. Die diversesten Inkonsistenzen könnten weder mit einer organischen Erkrankung noch mit organischen Befunden erklärt werden. Es habe eine massive Demonstration der Beschwerden stattgefunden. Aufgrund der Diskrepanzen zwischen Befund und Verhalten sei klar, dass das präsentierte Bild im Rahmen eines psychogenen Schmerzgeschehens zu werten sei. Es sei Aufgabe des Psychiaters zu beurteilen, ob dieses Verhalten psychosozial, psychosomatisch oder psychiatrisch bedingt sei. Aus rheumatologischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit als Chauffeur nicht mehr

gegeben. In einer leichten Verweistätigkeit ohne dauerndes Sitzen und Stehen, ohne Zwangsstellungen, ohne repetitives Vornüberbeugen und ohne Arbeiten überkopf bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Das professionelle Führen eines Fahrzeuges sei wegen Selbst- und Fremdgefährdung nicht zulässig. Diese Einschätzung wird nicht bestritten und deckt sich im Wesentlichen mit derjenigen von Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die im Rahmen eines bidisziplinären Gutachtens für die Krankentaggeldversicherung die orthopädische Beurteilung übernahm. Mit Teilgutachten vom 16. Juni 2020 kam sie zum Schluss, dass der Beschwerdeführer ab sofort angepasste Tätigkeiten in vollem Umfang verrichten könne.

5.2.3 In psychiatrischer Hinsicht führte Dr. B.\_\_\_\_ in seinem Teilgutachten vom 7. Februar 2022 aus, dass die Schilderungen der Beschwerden und Schmerzen im Vordergrund ständen. Die Stimmung sei herabgesetzt, bedrückt und gelegentlich leichtgradig depressiv. Der Versicherte berichte von sozialem Rückzug, erhöhter Lärmempfindlichkeit und verminderter Schlafqualität mit Durchschlafstörungen. Der affektive Kontakt sei aber gut, der Antrieb nicht vermindert. So mache er einen wachen Eindruck, sei bewusstseinsklar sowie zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert. Er verfüge über eine differenzierte Ausdrucksweise. Die Konzentrationsfähigkeit, die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien ebenfalls intakt. Der Explorand habe einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person. Das Denken sei nicht eingeeengt. Über Ängste oder Phobien habe er nicht berichtet. Suizidgedanken seien explizit verneint worden. Der Versicherte leide wegen der psychosozialen Belastungen unter depressiven Verstimmungen. Er fühle sich minderwertig und es sei ein leichter sozialer Rückzug erkennbar. Er beklage ferner einen Tinnitus, eine erhöhte Reizbarkeit und Kopfschmerzen. Zahlreiche Therapien zur Schmerzbehandlung habe er besucht, zurzeit würden keine Behandlungen durchgeführt. Er nehme auch keine Antidepressiva ein. Die Symptome und Funktionseinbussen schildere er konsistent. Er fühle sich vor allem durch seine Schmerzen in seinen Alltagsfunktionen und in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Seinen Alltag gestalte er aktiv, was mit einer mittelgradigen oder schweren depressiven Störung nicht vereinbar sei. In Bezug auf divergierende Berichte führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, dass Dr. med. E.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 17. Juni 2020, das er im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens mit Dr. D.\_\_\_\_ als orthopädische Expertin erstattete, eine anhaltende depressive Anpassungsstörung "zwischen leicht-, mittel- und schwergradig schwankend" und einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert habe. Die depressiven Verstimmungen würden in Abhängigkeit zu den Schmerzen auftreten. Er habe weiter berichtet, dass der Versicherte sich sozial vollständig zurückgezogen habe, keinen Kontakt mehr zu seinen Töchtern habe und bei starken Schmerzen Suizidgedanken aufkämen. Eine Medikation habe er damals auch nicht eingenommen. Dr. B.\_\_\_\_ kam in Bezug auf die Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ zum Schluss, dass sich die Situation verbessert habe und im Rahmen der aktuellen Untersuchung keine schwere depressive Symptomatik habe festgestellt werden können. Der Versicherte berichte, dass er nunmehr einen guten Kontakt zu seinen beiden Töchtern pflege und die jüngere zwischenzeitlich bei ihm eingezogen sei. Auch erzähle er über regelmässige soziale Kontakte und von einer aktiven Tagesgestaltung. Die Haushaltsführung sei bis auf schwere Arbeiten möglich. Er mache regelmässig kurze Spaziergänge, beschäftige sich mit dem Internet, lese, schaue Fernsehen und spiele auf der Konsole. Er fahre sehr gerne Auto, habe aber seinen Führerschein wegen Fahrens mit übersetzter Geschwindigkeit abgeben müssen. Zum jetzigen Zeitpunkt könnten nur noch leichte depressive Verstimmungen festgestellt

werden. Der Versicherte sei auch in stabilem psychischem Zustand aus der Klinik F.\_\_\_\_ entlassen worden, womit Hinweise für eine anhaltende mittel- oder schwergradige Depression fehlten. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, und der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei der Versicherte seit Juni 2020 zu 80% arbeitsfähig. 6.1 Dem von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung (BGE 134 V 231 E. 5.1) entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4). Zweck interdisziplinärer Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Dasselbe gilt mit Blick auf die mitunter schwierige Abgrenzung der im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG versicherten Zustände von invaliditätsfremden Faktoren. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2019, 8C\_128/2019, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). 6.2 Bei der Würdigung des Gutachtens darf das Gericht seine eigene Meinung ohne überzeugende Begründung nicht über diejenige der sachverständigen Person stellen, wobei aber zu prüfen ist, ob das Gutachten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist und auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, ob es die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Behörde sie prüfen und nachvollziehen kann und ob die sachverständige Person nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihr die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, deutlich macht ( Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Zürich/Bern/Genf 2020, Art. 44 Rz. 78 mit Hinweisen).

## **E. 7**

Der Beschwerdeführer ist der Auffassung, dass das psychiatrische Teilgutachten von Dr. B.\_\_\_\_ den Anforderungen von Art. 44 ATSG nicht genügt.

### **E. 7.1**

Er macht geltend, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Durchführung einer Persönlichkeitstestung zwingender Bestandteil einer psychiatrischen Begutachtung sei. Da in den Akten die Resilienz negativ beeinflussende Faktoren genannt worden seien (schwieriges Verhältnis zum Vater, Kriegsflüchtling, Trennung von der Ehefrau), sei eine Persönlichkeitsdiagnostik unverzichtbar. Dem kann nicht gefolgt werden. Die vom Beschwerdeführer genannten Faktoren mögen durchaus Einfluss auf das Leben des Versicherten gehabt haben und noch haben. In den psychiatrischen Akten gibt es aber keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer deshalb eine auffällige Persönlichkeitsstruktur aufweist, die auf eine Persönlichkeitsstörung hinweisen könnte, und dass deshalb eine weitergehende Persönlichkeitsdiagnostik notwendig gewesen wäre (BGE 141 V 281 E. 4.3.2). So führte Dr. E.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 17. Juni 2020 aus, dass es keine Hinweise auf pathologische Ängste, Zwänge, eine Persönlichkeitsstörung oder gar eine Psychose gebe. Auch das von Dr. B.\_\_\_\_

durchgeführte Mini-ICF APP ergab diesbezüglich keine Auffälligkeiten. 7.2.1 Weiter wendet der Versicherte ein, dass Dr. B.\_\_\_\_ trotz diagnostizierter Schmerzstörung eine Arbeitsfähigkeit von 80% attestiert habe, was nicht nachvollziehbar sei. Insbesondere habe er - im Gegensatz zu Dr. E.\_\_\_\_ - die Wechselwirkungen zwischen Schmerzen und Depression nicht berücksichtigt. 7.2.2 In seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 17. Juni 2020 diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende depressive Anpassungsstörung "zwischen leicht-, mittel- und schwergradig schwankend", je nach Ausmass der Schmerzen (ICD-10 F43.21); ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei Status nach Arbeitsunfall und operativer Sanierung; eine ISG-Irritation links sowie einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Im Rahmen der persistierenden Schmerzen habe der Versicherte zunehmend ein depressives Verhalten entwickelt mit verstärkter depressiver Symptomatik bei starken Schmerzen und vermindertem depressivem Befinden bei geringeren Schmerzen oder gar schmerzfreien Tagen und Phasen. Im März 2020 habe sich sein Zustand infolge Suizidgedanken verschlechtert und er habe erstmals einen Psychiater aufgesucht. Das psychotherapeutische Gespräch habe ihm gutgetan und er habe sich wieder fangen können. Die Therapie habe er wegen seiner desolaten finanziellen Situation jedoch nicht fortsetzen können. Seither persistiere eine depressive Symptomatik mit anhaltender Traurigkeit, häufigem Weinen, Antriebslosigkeit, Verlust von Tatkraft, Energie und Vitalgefühl sowie von Interesse und Motivation, an sozialen Aktivitäten teilzunehmen. Es liege ein sozialer Rückzug vor. In der heutigen Untersuchung zeige der Versicherte alle Symptome einer schwergradigen depressiven Symptomatik mit ausgeprägtem somatischem Syndrom, aber ohne psychotische Symptome. In der Hamilton Depressionsskala habe er 40 Punkte erreicht, was mit dem klinischen Eindruck übereinstimme (schwere Depression > 26 Punkte). Dabei sei jedoch zu berücksichtigen, dass diese Punktzahl den Zustand des Versicherten an schlechten Tagen mit sehr vielen Schmerzen widerspiegeln, während es durchaus auch bessere Tage mit weniger oder fast gar keinen Schmerzen gebe, mit dannzumal nur leicht bis mittelschweren depressiven Symptomen. Psychiatrisch-diagnostisch sei die depressive Symptomatik als emotionale Reaktion/Anpassungsstörung in Bezug auf die chronischen Schmerzen zu werten. Aufgrund der zusätzlichen psychosozialen Belastungen (Scheidung, grosse finanzielle Probleme, soziale Isolation, Stellenverlust durch Kündigung) liege eine psychosomatische Überlagerung vor im Sinne einer somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren. Die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei aktuell zu 100% eingeschränkt. Mit einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes sei hingegen durchaus zu rechnen. Dafür bedürfe es einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit entsprechenden Psychopharmaka. Ferner sei die vorgesehene stationäre, multimodale Schmerzbewältigungstherapie in der Klinik G.\_\_\_\_ zu unterstützen. Es könne davon ausgegangen werden, dass der Versicherte nach Installation der empfohlenen Psychopharmakatherapie und der stationären psychosomatischen Rehabilitation bis Ende seiner Kündigungsfrist (31. August 2020) psychiatrischerseits wieder vollständig hergestellt sein sollte, sodass er sich spätestens ab 1. September 2020 beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum anmelden und auf Stellensuche begeben könne. 7.2.3 Der Beschwerdeführer weilte daraufhin vom 27. Juli 2020 bis 18. August 2020 in der Klinik G.\_\_\_\_. Im Austrittsbericht vom 21. August 2020 diagnostizierten die behandelnden Fachpersonen eine chronische Schmerzstörung mit

somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit schwerer depressiver Episode (ICD-10 F32.2), unter Medikation derzeit mittelgradige Episode (ICD-10 F32.1), sowie einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsreaktion (ICD-10 F43.1). Neben den regelmässigen physiotherapeutischen Einzelanwendungen sei auch eine Kinesio-Tape-Behandlung der linken Schulter und der Lendenwirbelsäule (LWS) erfolgt. Der Versicherte habe erkannt, dass er selbst mit Bewegung zur Vermeidung der Schmerzen beitragen könne. Unter dem regelmässigen Training und der Medizinischen Trainingstherapie (MTT) habe sich eine zunehmende Normalisierung des Gangbildes mit Belastung des linken Beines in der Standphase und beim Gehen gezeigt. Unterstützend sei eine Therapie mit dem Medikament Brufen begonnen worden. Hierdurch hätten die Rückenschmerzen ebenfalls gelindert werden können, ebenso habe das habituelle Wohlbefinden deutlich zugenommen. In psychologischer Hinsicht habe sich der Versicherte gut auf die Einzel- und Gruppentherapien einlassen können. Er habe sich offen mit der Schmerzthematik auseinandergesetzt. Eine individuelle Analyse der Schmerzbewältigungsstrategien habe aufgezeigt, dass er aufgrund der zunehmenden Schmerzsymptomatik in Folge des Arbeitsunfalles und den daraus resultierenden Einschränkungen in ein ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten geraten sei und sich emotional und sozial stark zurückgezogen habe. Er habe erkannt, dass er in der Vergangenheit oft über seine Grenzen hinausgegangen sei und sehe den Zusammenhang zwischen Überforderungsverhalten, Schonverhalten, sozialem Rückzug und Schmerzverstärkung. Thematisiert worden seien auch stark belastende Kindheitserfahrungen sowie der Arbeitsunfall. Der Versicherte berichte über Symptome wie vegetative Übererregtheit mit ausgeprägter Lärmempfindlichkeit, Flashbacks, Teilamnesie, Reizbarkeit sowie Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Diese Themen sollten in einer weiterführenden Psychotherapie aufgegriffen und diagnostisch weiter abgeklärt werden. Insgesamt habe der Versicherte vom stationären Aufenthalt subjektiv sehr profitieren können. Bei Aufnahme sei der Versicherte in einem schweren depressiven Zustand ohne psychotische Symptome gewesen. Im weiteren Verlauf sei deutlich geworden, dass die depressive Symptomatik je nach Ausmass der Schmerzen von leicht- bis schwergradig schwanke. Eine antidepressive Medikation habe zu einer deutlichen Reduktion der depressiven Symptomatik geführt und der Versicherte habe sich zunehmend von der Assoziation der Schmerzen mit dem Unfall distanzieren können. Im Verlauf der Therapie habe sich die Schmerzsituation signifikant gebessert. Vor allem habe der Versicherte gelernt, wie er selber anhand von Bewegungs- und Entspannungsübungen die Schmerzen beeinflussen könne. Er sei sehr motiviert, sein Leben aktiv zu verändern. Dabei werde es neben der regelmässigen Ausübung von Bewegungs- und Entspannungsübungen insbesondere um die Wiederaufnahme von sozialen Kontakten und den Aufbau von positiven Aktivitäten gehen. Eine ambulante Psychotherapie sei in Planung wie auch ein Aufenthalt in der Tagesklinik zur Unterstützung bei der Wiedereingliederung. Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sei bis 18. September 2020 ausgestellt worden mit der Bitte um psychiatrische Reevaluation der Arbeitsfähigkeit im Anschluss. 7.2.4 Vom 14. September 2020 bis 10. November 2020 befand sich der Beschwerdeführer in ambulanter Abklärung in der H.\_\_\_\_ in Bezug auf eine psychotherapeutische Unterstützung im Rahmen der Arbeitswiedereingliederung sowie eine Anmeldung für eine tagesklinische Behandlung zum Aufbau einer Tagesstruktur. Als Diagnose wurde im Abschlussbericht vom 22. Januar 2021 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) gestellt. Die in der Untersuchung festgestellte Symptomatik mit gedrückter Stimmungslage,

Antriebsverlust, sozialem Rückzug sowie Schuld- und Insuffizienzgefühlen wiesen auf eine mittelgradige depressive Episode hin. Es sei eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung vom 14. September 2020 bis 9. Dezember 2020 erfolgt. Danach sei der Versicherte zur Weiterbehandlung zu med. prakt. I. \_\_\_\_\_. Bei kaum merklichen Veränderungen in der Symptomatik sei eine Aussage zur Prognose nur sehr eingeschränkt möglich. Da sich das psychische Zustandsbild in Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden und Einschränkungen entwickelt habe, sei eine Zunahme der Arbeitsfähigkeit erst bei Besserung der Schmerzen zu erwarten. In der tagesklinischen Behandlung vom 23. September 2020 bis 11. November 2020 sei es dem Versicherten schmerzbedingt nicht möglich gewesen, ein reduziertes Pensum wahrzunehmen. 7.2.5 Mit Bericht vom 14. Mai 2021 attestierte med. prakt. I.\_\_\_\_\_, systemische Therapie und Familientherapie, eine volle Arbeitsunfähigkeit seit Behandlungsbeginn am 26. November 2020 bis auf weiteres. Er diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Die Fixierung auf die anhaltenden Schmerzen stehe einer Eingliederung im Wege. 7.2.6 Schliesslich hielt sich der Beschwerdeführer vom 21. Oktober 2021 bis 29. November 2021 stationär in der Klinik F. \_\_\_\_ auf. Als Diagnosen wurden im Austrittsbericht vom 11. Januar 2022 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome genannt. Der Versicherte sei freiwillig aufgrund einer ausgeprägten depressiven Symptomatik vor dem Hintergrund einer anhaltenden und schweren Schmerzproblematik auf der offen geführten Akutstation eingetreten. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes habe er durchgehend motiviert und engagiert an einem individuell angepassten, integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapieprogramm teilgenommen. Er habe vermehrt die Zusammenhänge und die direkten Wechselwirkungen zwischen psychischen und somatischen Beschwerden erkennen können und habe die vermittelten Strategien genutzt, um mit den Wechselwirkungen einen Umgang zu finden. Hinsichtlich der medikamentösen Therapie und den vom Patienten in der Vergangenheit gemachten negativen Erfahrungen sei eine vorsichtige Einstellung mit Oxycodon-Naloxen erfolgt, wodurch der Versicherte tagsüber eine wahrnehmbare Schmerzreduktion erlebt habe. Angesichts der ausgeprägten Schmerzproblematik, die zumindest teilweise durch psychische Faktoren verstärkt werde, und dem bereits seit langem bestehenden Beschwerdebild sowie der damit verbundenen depressiven Symptomatik seien die Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen Faktoren sowie eine rezidivierende depressive Störung, zumindest mittelgradige Episode, gestellt worden. Aufgrund der chronischen Schmerzstörung sei dem Versicherten ein Aufenthalt in der Rehaklinik J. \_\_\_\_ empfohlen worden. Insgesamt sei es beim Versicherten zu einer deutlichen Zustandsstabilisierung im Sinne einer Stimmungsaufhellung, einer leichten Reduktion der initial vorhandenen Ängste sowie eines gesteigerten Antriebs und einer höheren Schlafqualität und -quantität gekommen. Er habe in gebessertem Zustand entlassen werden können. 8.1 Aus den Austrittsberichten der Klinik G. \_\_\_\_ vom 21. August 2020 sowie der Klinik F. \_\_\_\_ vom 11. Januar 2022 ergibt sich, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten nach der Behandlung jeweils gebessert hat. Insbesondere haben nicht nur die Schmerztherapie und die psychiatrische Betreuung, sondern vor allem auch die antidepressive Medikation in der Klinik G. \_\_\_\_ zu einer deutlichen Reduktion der depressiven Symptomatik und einer signifikanten Verbesserung der Schmerzen im Therapieverlauf geführt. Auch der zweite stationäre Aufenthalt in der

Klinik F.\_\_\_\_ war in Bezug auf die Zustandsverbesserung ein Erfolg, was nicht zuletzt auch auf die motivierte und engagierte Mitwirkung des Beschwerdeführers zurückzuführen ist. Insofern trifft die Aussage von Dr. E.\_\_\_\_ zu, dass eine namhafte Gesundheitsverbesserung durch die richtigen Therapien zu erwarten sei. Diese Gesundheitsverbesserung stellte auch Dr. B.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 7. Februar 2022 fest, indem er nunmehr aus gutachterlicher Sicht noch eine leichte Episode der rezidivierenden depressiven Störung feststellte, weshalb die attestierte Arbeitsfähigkeit von 80% auch im Zusammenhang mit der Schmerzstörung nachvollziehbar ist. In Bezug auf die Schmerzen ist festzuhalten, dass diese organisch nicht erklärbar sind und die vom Beschwerdeführer geäußerte Dysfunktionalität in Bezug auf seine Alltagsaktivitäten gemäss Dr. C.\_\_\_\_ nicht erklärbar ist, da der Versicherte keinerlei muskuläre Atrophien ausgebildet hat, was gegen eine relevante Körperschonung spricht. Die im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. B.\_\_\_\_ beschriebenen Aktivitäten lassen denn auch den Schluss zu, dass der Beschwerdeführer weniger eingeschränkt ist, als er wahrnimmt. 8.2 Ferner hat sich die allgemeine Situation des Beschwerdeführers seit dem Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ verbessert. Dr. E.\_\_\_\_ berichtete noch von einem ausgeprägten somatischen Syndrom, indem Antrieb, Tatkraft, Energie und Vitalgefühl stark reduziert seien. Weiter liege ein Interessens- und Motivationsverlust bezüglich sozialer Aktivitäten und Kontakten vor. Bei sehr starken Schmerzen liege er zum Teil zwei bis drei Tage am Stück im Bett, ohne zu schlafen und zu essen. Es herrsche eine deutliche sprachliche und psychomotorische Verlangsamung vor. Er sei übermässig besorgt um seine Gesundheit, seine Existenz und seine Zukunft. Seit dem Unfall habe er alles verloren, seine Familie, Freunde, seine Eigentumswohnung sowie seine Ersparnisse. Er wohne in einer Einzimmerwohnung, welche er mit einem Kollegen teile. Seine Ehe sei nach 25 Jahren gescheitert und seine Noch-Ehefrau lebe mit den beiden Töchtern in Deutschland in der gemeinsamen Eigentumswohnung. Dr. E.\_\_\_\_ sprach von einer psychosomatischen Überlagerung aufgrund dieser zusätzlichen psychosozialen Belastungen. Dr. B.\_\_\_\_ bestätigte in seinem Teilgutachten, dass der Versicherte auch heute noch unter einer depressiven Störung und einer chronischen Schmerzstörung leide. Er sei reizbar, fühle sich minderwertig und ein leichter sozialer Rückzug sei feststellbar. Von starken Schwankungen des psychischen Zustandes - wie noch von Dr. E.\_\_\_\_ erkannt - wird hingegen nicht mehr berichtet. Dr. B.\_\_\_\_ spricht in seinem Gutachten vom 7. Februar 2022 von positiven Veränderungen und höheren Ressourcen, indem der Beschwerdeführer heute einen guten Kontakt mit seinen beiden Töchtern habe, nunmehr mit einem Kollegen in einer Vierzimmerwohnung lebe und die jüngere Tochter zwischenzeitlich bei ihm eingezogen sei. Er habe regelmässige soziale Kontakte und gestalte seinen Tagesablauf aktiv. Die Haushaltsführung sei ihm bis auf schwere Arbeiten möglich. Er mache regelmässige kurze Spaziergänge, beschäftige sich mit dem Internet, lese, schaue Fernsehen und spiele auf der Konsole. Insofern ist die von Dr. B.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsfähigkeit von 80% aufgrund der Gesundheitsverbesserung mit noch leichter Episode der rezidivierenden depressiven Störung begründet. An dieser Stelle bleibt anzumerken, dass psychische Störungen nach der Rechtsprechung nur als invalidisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2), was vorliegend nicht der Fall ist. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass er wegen der Nebenwirkungen auf Antidepressiva verzichte, bleibt doch festzuhalten, dass eine positive Wirkung der antidepressiven Medikation auf die depressive Symptomatik und die Schmerzen im Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 21. August 2020 beschrieben wird. Insofern scheint

die Bemerkung von Dr. B. \_\_\_\_ in seinem Teilgutachten vom 7. Februar 2020, wonach der Verzicht auf Antidepressiva ein Hinweis dafür sein könne, dass die depressiven Symptome nicht besonders ausgeprägt seien, nicht falsch zu sein.

#### **E. 9**

Inwiefern sich die gutachterlichen Beurteilungen von Dr. E. \_\_\_\_ und Dr. B. \_\_\_\_ in Bezug auf die zumutbare Restarbeitsfähigkeit widersprechen sollen, wird vom Beschwerdeführer nicht näher erläutert. Dr. E. \_\_\_\_ geht nach entsprechender Therapie von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit aus und Dr. B. \_\_\_\_ aufgrund des verbesserten Zustandes von einer solchen von 80%. Insofern sind die Ergebnisse nicht derart weit auseinander. Ferner berücksichtigt das Gutachten von Dr. B. \_\_\_\_ den Längsschnitt unter Berücksichtigung der bisherigen Therapien. Dass sämtliche durchgeführten Schmerztherapien nicht zu einer wesentlichen Zustandsverbesserung geführt hätten, trifft nicht zu. Im Gegenteil wurde der Versicherte nach den stationären Aufenthalten in gebessertem Zustand entlassen. Es scheint folglich nicht unbedingt eine Frage der Wirksamkeit der Therapie zu sein, sondern vielmehr eine Frage einer konstanten und gezielten ambulanten und medikamentösen Therapie.

#### **E. 10**

Zusammenfassend ist folglich festzuhalten, dass neben dem rheumatologischen Teilgutachten vom 2. Februar 2022 auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. B. \_\_\_\_ vom 7. Februar 2022 sowohl in formeller Hinsicht als auch inhaltlich die bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweistaugliches Gutachten erfüllt. Die IV-Stelle stellte demnach zurecht darauf ab. Dem Beschwerdeführer ist folglich eine leichte, angepasste Tätigkeit im Rahmen von 80% zumutbar. 11.1 Beim Einkommensvergleich ermittelte die IV-Stelle ein Valideneinkommen von Fr. 77'870.-- gemäss den Angaben des ehemaligen Arbeitgebers des Beschwerdeführers. Für die Berechnung des Invalideneinkommens zog sie die Lohntabellen der LSE 2018 bei. Sie ging dabei von Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, und einem Monatslohn von Fr. 5'417.-- bei 40 Wochenstunden aus. Nach Umrechnung auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden x 12 und Anpassung an die Nominallohnentwicklung von 0,9% errechnete sie ein Invalideneinkommen von Fr. 67'377.-- (richtig Fr. 68'376.--). Bei einem zumutbaren Pensum von 80% resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 54'701.--. Die Gegenüberstellung der beiden Einkommen ergibt einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 30%. 11.2 Der Beschwerdeführer fordert einen leidensbedingten Abzug von 25%, mindestens aber einen solchen von 15%. Seit dem Unfall vom 24. Oktober 2018 arbeite er nicht mehr, was bedeute, dass er bereits 3,5 Jahre weg vom Arbeitsmarkt sei. Hinzu komme, dass er in seiner angestammten Tätigkeit als LKW-Fahrer nicht mehr arbeiten könne, nie eine Berufsausbildung absolviert und auch sonst keine weiteren Berufserfahrungen habe und überdies gesundheitlich stark angeschlagen sei. Mit Blick auf BGE 148 V 174, wonach eine Änderung der bisherigen Rechtsprechung zur Ermittlung des Invaliditätsgrades anhand der LSE-Tabellenlöhne als nicht angezeigt erachtet worden sei, sondern die bisher angewandten Korrekturinstrumente (leidensbedingter Abzug und Parallelisierung) massgebend seien, seien die Richterinnen und Richter gefordert, über den leidensbedingten Abzug, die von gesundheitlich eingeschränkten Personen kaum zu erreichenden LSE-Tabellenlöhne nach unten zu korrigieren. In seiner Duplik ergänzte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, dass ein Abzug von mindestens 15% zu gewähren sei, weil nach neuesten wissenschaftlichen Untersuchungen der Medianwert der LSE viel zu hoch sei, insbesondere seien in Tabelle

TA1\_tirage\_skill\_level, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, die Löhne der Baubranche mitenthalten. Dort würden für körperlich schwere Hilfsarbeiten ausserordentlich hohe Löhne bezahlt. Männer, welche bloss noch leichte körperlich belastende Tätigkeiten ausübten, verdienten rund 14% weniger (vgl. Jürg Guggisberg, Markus Schärfer, Céline Gerber und Severin Bischof, Statistisches Gutachten "Nutzung Tabellenmedianlöhne LSE zur Bestimmung der Vergleichslöhne bei der IV-Rentenbemessung" des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG vom 8. Januar 2021 [BASS-Gutachten]; Prof. Dr. Thomas Gächter, Dr. Philipp Egli, Dr. Michael E. Meier und Dr. Martina Filippo, Rechtsgutachten "Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung" vom 22. Januar 2021; Prof. em. Gabriela Riemer Kafka und Dr. phil. Urban Schwegler, "Der Weg zu einem invaliditätskonformen Tabellenlohn", in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge [SZS], Heft Nr. 6 vom 16. November 2021, S. 287-319). Bereits aus diesem Grund sei das statistische Invalideneinkommen um mindestens 15% zu reduzieren. Das Abstellen auf ein ungekürztes tabellarisches Invalideneinkommen stelle ferner eine Diskriminierung infolge des Geschlechtes dar (Art. 8 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV] vom 18. April 1999). Das tabellarische Einkommen für eine Hilfstätigkeit betrage für Frauen Fr. 4'371.--, für Männer Fr. 5'417.-- und im Total Fr. 5'010.--. Dies seien erhebliche und direkt leistungsrelevante Unterschiede. Wäre der Beschwerdeführer in derselben beruflichen und gesundheitlichen Situation, aber weiblich, würde er bereits deswegen einen deutlich höheren Invaliditätsgrad aufweisen und hätte Anspruch auf Leistungen. Somit verletze die Anrechnung des Wertes der LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, ohne Abzug von mindestens 14% für den Ausschluss körperlich schwerer und mittelschwerer Tätigkeiten im Fall des Beschwerdeführers das Diskriminierungsverbot. Nachdem bereits die Einschränkung auf nur körperlich leichte Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1 für Männer einen Abzug von 15% bedinge, sei ein Abzug von insgesamt 25% ohne weiteres gerechtfertigt. 11.3 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Lohndaten wie namentlich der LSE ermittelt, ist jeweils vom sogenannten Zentralwert auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2, 126 V 75 E. 3b/bb). Weiter ist der so erhobene Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bb-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug vom Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (BGE 148 V 174 E. 6.3, 146 V 16 E. 4.1). Im Lichte der (auch hier, vgl. E. 2) massgeblichen, bis Ende Dezember 2021 geltenden Rechtslage - und ohne etwas Abschliessendes zur aktuellen Rechtslage zu sagen - kam das Bundesgericht in seinem Grundsatzurteil BGE 148 V 174 zum Schluss, dass kein ernsthafter sachlicher Grund für die

Änderung dieser Rechtsprechung besteht und eine solche in Anbetracht der per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Revision des IVG und der IVV auch nicht opportun sein soll. Damit wendete es sich sowohl gegen die Anwendung des untersten Quartilswertes (anstelle des Zentralwertes) wie auch gegen einen entsprechenden "statistisch begründeten" respektive "standardmässigen" Abzug vom Zentralwert (BGE 148 V 174 E. 9.2.3 - 9.3; Urteile des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2022, 8C\_332/2022, E. 5.2.1.1, vom 27. Juli 2022, 9C\_339/2021, E. 4.5.1. ff.). Angesichts dieser Rechtsprechung kann dem Vorbringen des Beschwerdeführers, der Zentralwert im Kompetenzniveau 1 bedürfe einer pauschalen Korrektur von 15%, weil darin auch körperlich anspruchsvolle, aber überdurchschnittlich entlohnte Tätigkeiten abgebildet würden, nicht entsprochen werden. Dies gilt auch bezüglich der geltend gemachten Diskriminierung der Männer gegenüber den Frauen, deren Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 tiefer sei, weil die Löhne der Baubranche darin nicht berücksichtigt worden seien und sie deshalb aufgrund der höheren Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen einen höheren Invaliditätsgrad erreichen würden und folglich eher rentenberechtigt wären. Auch hier handelt es sich beim geforderten Abzug um einen "statistisch begründeten". In Bezug auf die Thematik der Lohnunterschiede zwischen Mann und Frau wären ausserdem auch die Valideneinkommen näher zu betrachten, verdienen die Frauen doch in der Regel weniger als die Männer in vergleichbaren Tätigkeiten. Eine einseitige Korrektur der Tabellenlöhne der Männer nach unten beim Invalideneinkommen bei im Durchschnitt höherem Valideneinkommen als bei den Frauen wäre deshalb willkürlich.

11.4 Das Bundesgericht betonte allerdings die überragende Bedeutung des leidensbedingten Abzugs vom Tabellenlohn als Korrekturinstrument bei der Festsetzung eines möglichst konkreten Invalideneinkommens (BGE 148 V 174 E. 9.2.2 und 9.2.3; Urteile des Bundesgerichts vom 4. November 2022, 9C\_395/2022, E. 4.5.1, 19. Oktober 2022, 8C\_332/2022, E. 5.2.1.1 und 27. Juli 2022, 9C\_339/2021, E. 4.5.4.1).

11.5 Der Beschwerdeführer verlangt einen Abzug vom Tabellenlohn aufgrund der Tatsache, dass er seinen angestammten Beruf nicht mehr ausüben könne. Eine bisher ausschliesslich als LKW-Fahrer arbeitende Person ohne vielseitige Arbeitserfahrung an unterschiedlichen Stellen mit gesundheitsbedingten Defiziten und ohne Berufsbildung könne auch bei unqualifizierten Hilfstätigkeiten des untersten Kompetenzniveaus auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt insgesamt nur mit einem unterdurchschnittlichen erwerblichen Erfolg rechnen. Für die Ausführung von einfachen Hilfsarbeiten braucht es in der Regel keine berufliche Ausbildung. Hingegen ist ein Abzug vom Tabellenlohn zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (vgl. E. 11.3). Gemäss Zumutbarkeitsprofil von Dr. C.\_\_\_\_\_ kommen für den Versicherten nur noch leichte, rüchenschonende Tätigkeiten in Frage. Arbeiten mit dauerndem Sitzen oder Stehen sowie solche, die Zwangshaltungen, repetitives Vornüberbeugen oder Bücken voraussetzen, sind zu vermeiden. Ferner sind Überkopfarbeiten ungünstig. Damit steht fest, dass der Beschwerdeführer selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Dem ist rechtsprechungsgemäss mit einem leidensbedingten Abzug Rechnung zu tragen. In Berücksichtigung, dass der Beschwerdeführer in einer aus psychischen Gründen attestierten Teilzeittätigkeit von 80% nur noch körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten ausüben kann, rechtfertigt sich ein Abzug vom Tabellenlohn von 10% (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 4. November 2022, 9C\_395/2022, E. 4.5.3 und vom 22. September 2022, 8C\_74/2022, E. 4.4.2).

11.6 Das Bundesgericht gewährte unter dem Titel Absenz vom Arbeitsmarkt nur selten einen Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2022,

9C\_339/2021, E. 4.5.4.4). Vorliegend steht fest, dass der Versicherte seit seinem Unfall vom 24. Oktober 2018 nicht mehr gearbeitet hat. Inwieweit eine arbeitsmarktliche Desintegration von 3,5 Jahren für Hilfstätigkeiten im Kompetenzniveau 1 zu einer zusätzlichen Lohneinbusse führen sollte, wird dagegen nicht dargelegt und ist auch nicht ersichtlich. Diesbezüglich rechtfertigt sich kein Abzug. Das Alter des Beschwerdeführers sowie die Nationalität stellen unbestrittenermassen keine Gründe für einen weiteren Abzug vom Tabellenlohn dar. Gleiches gilt für das Kriterium "Dienstjahre". Im Rahmen des niedrigsten Kompetenzniveaus kommt der langen Betriebszugehörigkeit praxisgemäss keine relevante Bedeutung zu (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2022, 9C\_339/2021, E. 4.5.4.2 mit Hinweisen). 11.7 In Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10% resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 49'231.--. Die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 28'639.--. Dies entspricht einem Invaliditätsgrad von 36%. Es besteht demnach kein Anspruch auf eine Invalidenrente, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

## **E. 12**

Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb ihm die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Dem Prozessausgang entsprechend wird keine Parteientschädigung zugesprochen (Art. 61 lit. g ATSG). Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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