

SO_GERICHTE VSBES.2022.132 vom 21. März 2023

SO Obergericht, 2023-03-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.132_d20230321

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.132 du 21 mars 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.132 del 21 marzo 2023

Regeste

Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen

Erwägungen

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

3.2 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit

- diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbericht zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und
- die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

E. 4

4.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV).

4.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit

demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

E. 5

5.1 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 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

5.2 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 vom 9. April 2008, 8C_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

5.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). 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 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160). 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.

6. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers leide er unter diversen psychosomatischen und psychischen Problemen. Er sei im Zeitraum vom 2014 bis 2016 mehrere Male in der Psychiatrischen Klinik des E.____ hospitalisiert gewesen. Sodann sei es nicht einfach, als fast 60-jähriger Mann eine Arbeitsstelle, welche für seinen gesundheitlichen Zustand geeignet sei, zu finden. Man müsse hierbei auch die arbeitsmarktliche Situation sowie die Folgen von Covid-19 berücksichtigen. Seine Chancen bei der Arbeitssuche seien sehr gering, da es genügend junge, starke Konkurrenten gebe. Zudem verfüge er nicht über das zeitgemässe Knowhow und sei seit Jahren arbeitslos. Somit sei er für einen potentiellen Arbeitgeber nicht sehr interessant. Er habe in seiner Vergangenheit nur in der Produktion gearbeitet und habe keine andere Berufserfahrung. Damit könne er eventuell eine einfache Tätigkeit ausüben. Zurzeit habe er starke Glieder- und Kopfschmerzen. Diese führten zu täglichen Magenbeschwerden und Übelkeit. Dies habe auch Schlaflosigkeit zur Folge. Sein Arzt könne keine weiteren höheren Dosierungen an Medikamenten verordnen, da alles bereits ausgeschöpft sei. Zugleich sei er in der Vergangenheit von einem Chemieunfall am Arbeitsplatz betroffen gewesen und bei ihm seien eine Brustfallentzündung sowie ein vererbtes Mittelmeerfieber diagnostiziert worden. Auch seine grosse Vergesslichkeit im Alltag erschwere ihm das Leben. All diese gesundheitlichen Beschwerden lösten bei ihm psychosomatische Ängste aus. Um sich abzulenken, habe er von 2017 bis 2020 in der F.____ in [...] gearbeitet. Weil er gesundheitlich am Limit gewesen sei, habe er diese Tätigkeit aufgeben müssen. Er wohne zurzeit bei seinem Sohn und sei auf dessen finanzielle Hilfe angewiesen. Seine Ehefrau habe die Schweiz verlassen müssen. Seine familiäre sowie die gesundheitliche Situation erschweren seinen Alltag. Des Weiteren habe sich seine gesundheitliche Situation verschlechtert. Neu seien auch an seinem linken Knie ein zweifacher Meniskusriss sowie eine Kniearthrose diagnostiziert worden.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Maschinist nicht mehr zumutbar sei. Medizinisch-theoretisch bestehe in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit der Möglichkeit die Arbeitspositionen regelmässig selbständig wechseln zu können und ohne das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg bis 7.5 kg eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Damit sei es dem Beschwerdeführer weiterhin möglich, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Es bestehe daher kein Rentenanspruch. Das D.____-Gutachten erfülle die höchstrichterlichen Anforderungen und geniesse somit vollen Beweiswert. Sodann sei der Beschwerdeführer im massgebenden Zeitpunkt (Erlass des D.____-Gutachtens) 57 1/2-jährig gewesen und habe somit eine nicht unerhebliche Erwerbsdauer von siebeneinhalb Jahren bis zum Rentenalter vor sich gehabt. Angesichts der relativ hohen Hürden, die das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt habe, seien die Anstellungschancen bei einer verhältnismässig hohen Restarbeitsfähigkeit intakt. Infolgedessen könne nicht von einer Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

7. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. Aufgrund der Ausführungen des Beschwerdeführers hat die in der Verfügung vom 27. Juni 2022 ebenfalls enthaltene Verweigerung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen als nicht angefochten zu gelten. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad

erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Ablehnungsverfügung ■ vorliegend am 3. Juni 2015 ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 27. Juni 2022 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

7.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen ursprünglichen Verfügung vom 3. Juni 2015 erfolgte die Verneinung des Rentenanspruchs durch die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen gestützt auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. B.____ vom 3. Januar 2014 (IV-Nr. 36) sowie das psychiatrische Gutachten Dr. med. C.____ vom 16. Januar 2015 (IV-Nr. 51.1).

7.1.1 Im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. B.____ wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Zur Beurteilung hielt Dr. med. B.____ fest, im Vordergrund der vom Versicherten geltend bemachten Beschwerden stünden einerseits generalisierte Weichteilschmerzen, andererseits Beschwerden respektive Symptome vereinbar mit dem Vorliegen eines familiären Mittelmeerfiebers. Das Weichteilschmerzsyndrom präsentiere sich mit symmetrisch angeordneten Druckdolenzen um beide Ellenbogengelenke, lumbosacral, um beiden Kniegelenke, am Malleolus medialis beider Sprunggelenke und an den Fingergrundgelenke II und III sowie proximalen Interphalangealgelenke derselben Finger. Klinisch gehe das Weichteilschmerzsyndrom nicht einher mit Zeichen einer inflammatorischen Grundlage (keine Synovitis, keine Tenosynovitis), die Weichteildruckdolenzen seien aber betreffend Lokalisation mehrheitlich an Sehnenansatzstellen anzutreffen. Durchwegs denkbar sei, dass die Weichteildruckdolenzen Ausdruck von Enthesiopathien im Rahmen des familiären Mittelmeerfiebers seien. Differenzialdiagnostisch kämen ein Weichteilschmerzsyndrom infolge eines myofaszialen Schmerzsyndroms bei muskulärer Dysbalance oder aber ein anhaltendes somatoformes Schmerzsyndrom in Frage, für welches aber eine klar definierte psychiatrische Komorbidität vorliegen müsste. Die Klassifikationskriterien zur Annahme des Vorliegens eines Fibromyalgie-Syndroms seien nicht erfüllt, die klinische Exploration ergebe auch keine Hinweise auf eine relevante, systemische degenerative oder metabolische Arthropathie als Ursache des Weichteilsyndroms. Schlussendlich sei das Weichteilschmerzsyndrom kaum von ausschlaggebender Bedeutung da wenig ausgeprägt und ohne funktionelle Beeinträchtigungen einhergehend. Die attackenweise auftretende bunte Symptomatologie dürfte mit hoher Wahrscheinlichkeit auf ein familiäres Mittelmeerfieber zurückzuführen sein. Der Versicherte präsentiere einige der literaturmässig bekannten Symptomen dieser Immunstörung: Rezidivierende Fieberattacken, die üblicherweise wenige Stunden bis 3 bis 4 Tage andauerten mit oder ohne Serositis, Synovitis oder Hautausschlag, Abstammung aus einer ethnischen Bevölkerungsgruppe, bei welcher das familiäre Mittelmeerfieber häufig anzutreffen sei (betroffen seien vor allem Angehörige aus der Türkei, Armenien, Arabien, Italien und Israel), unterschiedliches Anfallsmuster betreffend Häufigkeit und Intensität der Beschwerden, erhöhte humorale Entzündungsparameter während einer inflammatorischen Attacke. Gemäss Literatur könnten inflammatorische Attacken durch Stress, virale

Infektionen oder bestimmte Medikamente (u.a. Cisplatin, Metaraminol, Medikamente, welche der Versicherte nicht zu sich nehme) getriggert werden. Die Grunderkrankung per se führe nicht zu einer alltagsrelevanten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, lediglich während einer Attacke sei der Versicherte in der Bewältigung der anfallenden Alltagsaktivitäten vorübergehend in relevanter Weise beeinträchtigt. Die übrigen rheumatologisch definierbaren Problemfelder (chronifizierte Schmerzsyndrome an der Hals- und an der Lendenwirbelsäule) seien bislang und aktuellerweise ohne Auswirkung auf die Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit geblieben. Es bestehe lediglich eine leichte Einschränkung der allgemeinen Leistungsfähigkeit. Diese Einschränkung sei erklärbar durch das attackenweise Auftreten von Beschwerden des familiären Mittelmeerfiebers. Während den schmerzhaften und von einem Status febrilis begleiteten Attacken sei der Versicherte gezwungen sich ruhig zu verhalten, sich niederzulegen und schmerzstillende Medikamente einzunehmen. Die Attacken kämen ungefähr zweimal monatlich vor und dauerten in der Regel 1 bis 3 Tage an. Während den attackenfreien Perioden seien keine Beeinträchtigungen der funktionellen Kapazität oder der allgemeinen Leistungsfähigkeit medizinisch begründbar. Die bisherige Tätigkeit als Maschinist sei dem Versicherten kaum mehr zumutbar. Die Arbeitsunfähigkeit werde in erster Linie durch die Beschwerden seitens des familiären Mittelmeerfiebers begründet. Das vom Versicherten präsentierte generalisierte Weichteilschmerzsyndrom führe per se nicht zu einer signifikanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dem Versicherten könne zugemutet werden, repetitiv Gewichte bis 15 kg anzuheben und über kurze Gehstrecken zu tragen, während 1 bis 2 Stunden zu stehen und zu sitzen und Gehstrecken bis 3 Kilometer zurückzulegen. Diese Einschätzungen gälten für alle Lebensphasen ausserhalb eines Schubes des postulierten familiären Mittelmeerfiebers. Während eines akuten Entzündungsschubes müsse man von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 25 % ausgehen.

7.1.2 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.____ wurden folgende Diagnosen gestellt:

Zur Beurteilung führte Dr. med. C.____ aus, anlässlich der aktuellen Untersuchung seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde gering ausgeprägt. Eine Verdeutlichungstendenz und aktive (bewusstseinsnahe) Verweigerungshaltung seien vorhanden. Im Affekt sei er klagsam, jammerig, moros und dysthym. Mit Hilfe der MADRS sei ein leicht ausgeprägtes depressives Syndrom knapp erkennbar. Aufgrund der vom Beschwerdeführer seit den 1990er Jahren angegebenen körperlichen Beschwerden und v. a. Schmerzen, die zugenommen und u.a. im 2011 zur Arbeitsunfähigkeit geführt haben sollten, sowie der nicht ausreichenden Erklärbarkeit durch ein somatisches Korrelat sollte aus psychiatrisch- psychotherapeutischer Sicht gemäss ICD 10 F45.4 eine anhaltende Schmerzstörung diskutiert werden. Die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung F45.40 würden vom Beschwerdeführer jedoch überwiegend nicht erfüllt. Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD 10 F45.41 könne hingegen gut begründet werden. Im Fall des Beschwerdeführers könnten die bekannten (wenn auch geringen) organischen Befunde sowie die damit verbundenen subjektiven körperlichen Missempfindungen als Ausgangspunkt für die weitere Entwicklung angenommen werden. Die Ausprägung der Störung sei bei ihm aber im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv sehr leicht einzustufen. Eine relevante Minderung der Arbeitsfähigkeit lasse sich aus

psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht dadurch nicht begründen. Sodann seien die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode aktuell nicht (mehr) erfüllt. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Beim Beschwerdeführer bestünden objektiv keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere, bzw. in ausreichender Länge und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Es könne somit zusammenfassend die Diagnose einer Dysthymia gemäss ICD 10 F34.1 gestellt werden, die als Reaktion auf die vorhandene Schmerzsymptomatik und psychosoziale Faktoren einzustufen sei. Eine relevante Minderung der Arbeitsfähigkeit lasse sich aus psychiatrisch- psychotherapeutischer Sicht dadurch ebenfalls nicht begründen.

7.2 Bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. Juni 2022 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

7.2.1 Der behandelnde Psychiater Dr. med. H.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 12. Februar 2021 (IV-Nr. 69) eine wahnhaftige Störung (ICD-10 F22.0) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0). Der Beschwerdeführer klagt über Verfolgungsgefühle, sehe ständig jemanden wie einen Schatten neben sich und habe einen Vergiftungswahn. Dem Beschwerdeführer sei sowohl die bisherige Tätigkeit als Werkzeugmacher als auch eine angepasste Tätigkeit nicht mehr zumutbar.

7.2.2 Im Austrittsbericht des E.____ vom 12. März 2021 (IV-Nr. 77, S. 6), wo der Beschwerdeführer vom 26. bis 28. Februar 2021 hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt:

Hauptdiagnosen:

Lumbago bei bekannter Spinalkanalstenose LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1

Nebendiagnosen:

Klinisch habe eine starke linksseitige Druckdolenz über LWK 4 / LWK 5, sowie ein Muskelhartspann imponiert. Sensomotorische Ausfälle hätten sich nicht ergeben. Laboranalytisch zeigten sich keine erhöhten Entzündungswerte. Zur Analgesie und weiteren Diagnostik sei die stationäre Aufnahme erfolgt. MRT-graphisch habe es keine Hinweise auf eine Progredienz der Stenose gegeben. In Anbetracht der Gesamtsituation und nach Rücksprache mit den Kollegen der Wirbelsäulen Chirurgie könne am ehesten eine multifaktorielle Schmerzsymptomatik angenommen werden.

7.2.3 Im polydisziplinären D.____-Gutachten vom 25. April 2022 (IV-Nr. 87.2) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

Aus rheumatologischer Sicht schränken das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom und das chronische myogelotisch bedingte zervikozephal Schmerzsyndrom die Arbeitsfähigkeit des Exploranden relevant ein. In der angestammten Tätigkeit könne aus rheumatologischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. In körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %. Aus psychiatrischer Sicht beeinflusse die nicht sicher zuordenbare psychische Symptomatik mit v.a. verminderter

Ressourcensituation die Arbeitsfähigkeit des Exploranden leicht. In somatisch adaptierten Tätigkeiten bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Aus allgemeininternistischer Sicht beeinflusse das anamnestisch vorliegende familiäre Mittelmeerfieber die Arbeitsfähigkeit in dem Sinne, dass während der jeweiligen Schübe jeweils eine befristete vollständige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Erwerbstätigkeiten vorliege. Eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit könne aus allgemeininternistischer Sicht nicht attestiert werden. Die aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne seit dem Zeitpunkt der letzten IV-Anmeldung im Februar 2021 angenommen werden.

8. In der angefochtenen Verfügung vom 27. Juni 2022 stellt die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das D.____-Gutachten vom 25. April 2022 (Fachrichtungen: Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie; IV-Nr. 87.2) ab, weshalb nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen ist.

8.1 Im rheumatologischen Teilgutachten des D.____ wurde zur Beurteilung festgehalten, beim Beschwerdeführer bestehe eine deutliche allgemeine muskuläre Dekonditionierung am Stamm, sowie an den oberen und unteren Extremitäten. Rein palpatorisch hätten keine spezifischen schmerzhaften Weichteile im Nacken-Schultergürtel bestanden, paravertebral oder am Beckengürtel, ebenso wenig im Bereich der Weichteile an den Armen oder Beinen. Die segmentale Untersuchung der Lendenwirbelsäule habe eine schmerzhaft eingeschränkte Bewegungsfähigkeit vor allem der Lateralflexion und zum Teil der Reklination ergeben, wobei die Schmerzschilderungen, welche Bewegungen nun effektiv schmerzhafter seien, namentlich bei der maximalen Flexion oder maximalen Reklination, während dem Status sehr variabel gewesen seien. Unter Berücksichtigung der in den Akten erwähnten MRI der LWS vom Oktober 2020 und zuletzt vom 26. Februar 2021, bestünden beim Exploranden unzweifelhaft klar dokumentierte Multietagendegenerationen sowie Diskopathien. Der aktuelle kursorisch-neurologische Status habe keinerlei Hinweise für aktuelle oder residuelle lumboradikuläre sensomotorische Ausfälle ergeben. Die in die linke untere Extremität ausstrahlenden Beschwerden könnten vor allem myo-faszial erklärt werden, wobei rein differenzialdiagnostisch eine intermittierende sensible radikuläre Reizung L5 und S1 links durchaus diskutiert werden könne. Die Untersuchung der thorakalen Wirbelsäule sei weitgehend altersentsprechend gewesen. Die Bewegungsprüfung der HWS habe keine relevanten Bewegungseinschränkungen ergeben. Die diesbezüglich beklagten Beschwerden im Nacken-Schultergürtel dürften ebenfalls primär myofaszial erklärt werden. Der detaillierte Schultergelenksstatus habe keinerlei Funktionseinbussen ergeben, ebenso wenig im Bereich der Ellbogen. Der Referent habe eine detaillierte Untersuchung des Handskeletts durchgeführt, wobei der Explorand stets angegeben habe, dass er unabhängig von Bewegungen respektive Palpation des Referenten stets über Arthralgien an allen Gelenken beider Hände verspüre. Es hätten keinerlei objektivierbare Bewegungseinschränkungen der peripheren Gelenke bestanden, noch hätten sich ossäre Deformitäten oder gar entzündliche rheumatische Veränderungen im Sinne einer objektivierbaren Synovitis oder Tenosynovitis gezeigt. Das Ausmass der geklagten Arthralgien im Bereich der Hände sei somatisch orientiert nicht adäquat zu erklären. Der Status im Bereich der Hüft-, Knie- und Fussgelenkes sei altersentsprechend normal gewesen. Zusammenfassend bestünden objektivierbare pathoanatomische Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule, sodass die diesbezüglich beklagten Beschwerden gut objektivierbar und nachvollziehbar erschienen. Ebenfalls könnten die beklagten Beschwerden im Nacken-Schultergürtel primär myofaszial im Rahmen der allgemeinen

muskulären Dekonditionierung erklärt werden. Der gesamte weitere periphere Gelenkstatus sei jedoch unauffällig gewesen, sodass insgesamt keine Hinweise für eine höhergradige degenerative periphere Pathologie oder gar für eine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung vorlägen. In Bezug auf das in der Aktenlage beschriebene Mittelmeerfieber schildere der Explorand spontan keine spezifischen Beschwerden. Den internistischen Akten könne entnommen werden, dass immer wieder Phasen mit starkem Schwitzen und Zittern während mehreren Tagen auftreten könnten. Insofern könne der Referent das familiäre Mittelmeerfieber rein aufgrund der Aktenlage zur Kenntnis nehmen, dieses aber nicht näher thematisieren. Sonstige relevante pathoanatomische Befunde hätten sich im gesamten Status keine gefunden. Das Ausmass der konsekutiv beklagten Einschränkungen im Alltag, dass er auch im eigenen Haushalt, welchen er mit seinem 1982 geborenen Sohn teile, kaum relevante Haushaltstätigkeiten durchführen könne, sei rein somatisch orientiert nicht adäquat zu erklären. Es sei von einer hochgradigen funktionellen Überlagerung der gesamten beklagten Schmerzsymptomatik auszugehen mit einer erheblichen subjektiven Selbstlimitierung und einem sekundären Krankheitsgewinn.

Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen bezüglich Befunderhebung und Diagnosestellung vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Grundsätzlich könne der Explorand aus rheumatologischer Sicht keine körperlich mittel- oder gar schwerbelastenden Tätigkeiten mehr in der freien Wirtschaft ausführen. Für eine rein theoretisch vorstellbare körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit seien folgende Arbeitsplatzbedingungen unumgänglich: Der Explorand sollte seine Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln können. Vermieden werden sollten stereotype Rotationsbewegungen des Achsenskeletts lumbal und zervikal oder Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige- oder -rückhalteposition. In Schulterneutralstellung bestünden an einem ergonomisch gut eingestellten Arbeitsplatz keine spezifischen Einschränkungen für manuell durchzuführende berufliche Tätigkeiten, noch bestehe eine Einschränkung der Gehfähigkeit für kürzere Gehstrecken in der Ebene auf ebenem Untergrund, sodass gewisse Kontroll- und Überwachungsfunktionen vorstellbar seien. Das Heben und Tragen von Lasten dürfe bis zur Taille 5 ■ 7.5 kg betragen. Zur Gewährung von regelmässigen Arbeitspausen bestehe eine um 30 % reduzierte Leistungsfähigkeit. Insgesamt bestehe somit in einer angepassten Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit.

Zusammenfassend ist demnach auf das beweismässige rheumatologische Teilgutachten abzustellen.

8.2 Im internistischen Teilgutachten des D.____ wurden folgende Befunde erhoben: «57-jähriger Explorand in unauffälligem Allgemeinzustand. Übergewichtig mit 100 kg bei einer Grösse von 164 cm (BMI 37 kg/m²). Blutdruck 164/90 mmHg, Puls regelmässig 92 pro Minute. Klinische Untersuchung des Herzens und der Lunge ansonsten Habitus entsprechend unauffällig. Normaler Gefässstatus, keine pathologischen Lymphknoten palpabel. Kopf und Halsorgane kursorisch geprüft unauffällig. Integument unauffällig. Nervensystem: Positionsversuch, Finger-Nasen-Versuch, Diadochokinese und Hirnnerven kursorisch geprüft unauffällig.» Weiter wurde im Teilgutachten ausgeführt, in den Unterlagen werde ein familiäres Mittelmeerfieber erwähnt. Der Explorand könne keine genauen Angaben zur Häufigkeit der entsprechenden Schübe machen. Es gebe keine kausale Therapie für das familiäre Mittelmeerfieber. Eine Schubprophylaxe mit Colchicin werde beim Exploranden nicht durchgeführt. Gestützt auf diese Ausführungen vermag sodann die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Insgesamt bestehe aus rein

allgemeininternistischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in sämtlichen Erwerbstätigkeiten. Während der Schübe des familiären Mittelmeerfiebers bestehe jeweils eine befristete Arbeitsunfähigkeit. Die bisherige Häufigkeit der Schübe könne aufgrund der vorliegenden Unterlagen und der anamnestischen Angaben nicht mit Sicherheit eruiert werden.

Zusammenfassend ist demnach auf das beweismässige internistische Teilgutachten abzustellen.

8.3 Im psychiatrischen Teilgutachten des D.____ begründet der Gutachter in nachvollziehbarer Weise die von ihm gestellten Diagnosen: Nach der Zusammenschau der vorliegenden Unterlagen und der aktuellen persönlichen Untersuchung sei davon auszugehen, dass die vorgetragene Symptomatik (Störung des Schlafes, Stimmenhören und Verfolgungsideen) beim Exploranden nicht einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung zugeordnet werden könne. Während die Störungen des Nachtschlafes sehr unspezifisch seien, von vielfältigen Faktoren abhängen wie etwa von den Tagesaktivitäten und der körperlichen Auslastung, aktuell wesentlich auf die im Körper vorhandenen Schmerzen abgebildet worden sei, seien die beschriebene Symptomatik aus akustischen Wahrnehmungen (die als «Pseudohalluzinationen» zu bewerten gewesen seien, wie sie vom Exploranden reflektiert angegeben hätten werden können) und dem aus früheren Jahren benannten Gefühl, hinter dem Rücken könnte jemand sein, der etwas Schlechtes wollte (vergleichbar dem «Gefühl einer illusionären Verkennung»), nicht ausreichend einer Psychose aus dem Kapitel F2 (etwa als Schizophrenie oder wahnhaftige Störung) zuzuordnen. Hierfür seien keine sonstigen Symptome zu erheben gewesen, vor allem seien der intakte und nachvollziehbare (nicht leere oder inadäquate) Affekt und die Reflektiertheit über die Beschwerden (so dass diese wegen des Fehlens an unkorrigierbarer Überzeugung nicht als Halluzinationen und Wahn zu bezeichnen seien) aufgefallen. Der Bericht, der Beschwerdeführer habe das Stimmenhören und das Gefühl immer über den Rücken schauen zu müssen und verfolgt zu werden seit Jahren in unterschiedlicher Ausprägung erlitten, könne aufgrund der Distanziertheit von diesen Phänomenen und der Reflexion darüber, z.B. andere Menschen würden die Stimmen, die er höre, nicht wahrnehmen (es wäre von einer Pseudohalluzination und einer überwertigen Idee und nicht von einer echten akustischen Halluzination und einem Wahn zu sprechen), womöglich organisch bedingten psychischen Beschwerden zugeordnet werden. Nun fänden sich jedoch keine nennenswerten Hinweise auf anderweitige «organische» zentralnervös verursachte oder neurologisch zu erfassende Beschwerden, so dass der Zusammenhang mit der jahrelangen Erkrankung eines familiären Mittelmeerfiebers und der häufigsten Komplikation einer Amyloidose (mit Hirnbeteiligung) wegen der ausgestanzten Defizite im genannten psychischen Bereich sehr hypothetisch erscheine. Ausserdem sei der Aspekt des Vorliegens einer Komplikation des genetisch begründeten Mittelmeerfiebers von dem rheumatologischen oder dem allgemeinmedizinisch-internistischen Hauptgutachter zu diskutieren. Es handle sich nicht um eine primär psychische Störung im eigentlichen Sinne. So sei anzumerken, dass rein psychisch-psychiatrisch eine (allenfalls geringgradige) Minderung der etwaigen medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit sich der Einschränkung aus somatischer Sicht unterordnen würde und nicht kumulativ betrachtet würde. Differentialdiagnostisch erscheine eine organisch bedingte psychische Symptomatik (ICD-10 F06.0/F06.2/F06.4) möglich, versicherungspsychiatrisch jedoch wenig plausibel.

Des Weiteren setzte sich der psychiatrische Gutachter eingehend und überzeugend mit den Vorakten auseinander: Nachvollziehbar hätten sich die früheren psychiatrischen Untersuchungen und Beurteilungen mit der Frage beschäftigt, ob der Explorand an einer eigenständigen somatoformen Schmerzstörung leide oder an einer affektiven Störung oder an einer anderweitigen primärpsychischen Störung und seien zum Schluss gekommen, dass dies nicht der Fall sei. Hier schliesse sich der unterzeichnende Gutachter an, dass der Explorand nicht an einer derartigen primär ■psychischen Störung leide. Insbesondere würden die Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, nämlich einen intrapsychischen Konflikt zu erleiden, der nicht anders zu benennen sei als durch die Äusserung von somatischen Schmerzen, wobei die Schmerzen dann nicht somatisch mitbedingt sein sollten, und für das Vorliegen einer eigenständigen affektiven Störung (F3) oder primär-psychischen Störung aus dem Kapitel der schizophrenen Störungen (F2), nicht nachvollzogen. Dabei sei die Einschätzung von Dr. med. H.____ diskussionsbedürftig, der den Exploranden 2015 und wieder 2021 untersucht und angemerkt habe, der Explorand könnte eine wahnhaftige Störung (F22) oder eine rezidivierende depressive Störung (F33) erleiden. In seinen Berichten habe Dr. med. H.____ jedoch nicht seine Überzeugung des Vorliegens einer gravierenden psychiatrischen Erkrankung (etwa einer Schizophrenie) benannt, sondern habe einen Verhaltensbeschrieb gemacht, der bewusstseinsnahe vorgegebene Beschwerden, selbstlimitierendes Verhalten und Defizit-orientierte Angaben explizit zugelassen habe.

Sodann vermag gestützt auf die vorstehenden Ausführungen grundsätzlich auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Eine optimal angepasste Tätigkeit würde aus psychiatrischer Sicht sehr einfache Arbeiten umfassen, die im Bereich der einfachen Produktion oder Lagerarbeit ohne körperliche Anstrengung erbracht werden könnten. Hier würde dem Exploranden, der normal intelligent und eher differenziert von seiner primären Sozialisation her gewirkt habe, auch eine Tätigkeit aus rein psychiatrischer Sicht zumutbar sein. Diese Tätigkeit wäre dem Versicherten aus rein psychiatrischer Sicht zu 8.5 Stunden pro Tag zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht werde allenfalls eine Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % bei einer normalen Präsenzzeit erkannt. Hier sei darauf hinzuweisen, dass sich diese Minderung aus psychiatrischer Sicht nicht zusätzlich zur rheumatologisch beschriebenen Minderung hinzuaddiere.

Zusammenfassend kann somit auf das beweiskräftige psychiatrische Teilgutachten abgestellt werden, wobei die postulierte mögliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen nicht zu übernehmen ist. So hielt der Gutachter unter «Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit» lediglich fest, differentialdiagnostisch erscheine eine organisch bedingte psychische Symptomatik (ICD-10 F06.0/F06.2/F06.4) möglich, versicherungspsychiatrisch jedoch wenig plausibel. Demnach bringt der Gutachter selbst zum Ausdruck, dass eine solche Diagnose nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Zudem spricht er auch nur von einer allfälligen Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 %. Somit ist davon auszugehen, dass aus psychiatrischer Sicht insgesamt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt.

An dieser Einschätzung vermag auch der Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. H.____, vom 12. Februar 2021 nichts zu ändern. Diesbezüglich kann auf die vorstehende gutachterliche Auseinandersetzung mit dem genannten Bericht verwiesen werden. Ergänzend ist anzufügen, dass der Bericht von Dr. med. H.____ kaum begründet ist und

seine Einschätzung, wonach dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht auch eine angepasste Tätigkeit nicht zumutbar sei, nicht nachvollziehbar ist. Zudem ist in diesem Zusammenhang der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb dem Bericht von Dr. med. H.____ kaum Beweiswert zugemessen werden kann.

8.4 Gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten ist somit aus interdisziplinärer Sicht davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist. In einer angepassten Tätigkeit ist er dagegen im Rahmen von 70 % arbeitsfähig (s. E. II. 7.2.3 hiervor). Sodann geht aus dem rheumatologischen Teilgutachten im Vergleich zum rheumatologischen Vorgutachten von Dr. med. B.____ vom 3. Januar 2014 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers hervor. Zwar lagen damals lediglich Röntgenaufnahme der LWS vor, welche altersentsprechende leichte degenerative Veränderungen mit geringer Osteochondrose L3/4 und L4/5 beschrieben (IV-Nr. 36, S. 11). Die nun dem rheumatologischen Teilgutachten des D.____ zugrundeliegenden MRT-Befunde vom 1. Oktober 2020 und 26. Februar 2021 (s. IV-Nr. 77, S. 6) zeigen dagegen progrediente degenerative Veränderungen, weshalb es nachvollziehbar erscheint, dass der rheumatologische Gutachter des D.____ im Vergleich zum Vorgutachten von einer 30%igen Einschränkung ausgeht. Jedoch ist, anders als in der Gesamtbeurteilung der D.____-Gutachter, davon auszugehen, dass diese Einschätzung einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bereits ab Vorliegen der MRT-Befunde vom 1. Oktober 2020 gilt. So ist den Akten diesbezüglich zu entnehmen, dass die MRT-Befunde vom 26. Februar 2021 im Vergleich zu den MRT-Befunden vom 1. Oktober 2020 im Wesentlichen unverändert geblieben sind (vgl. Kurzbericht stationär des E.____ vom 28. Februar 2021, IV-Nr. 74; Austrittsbericht des E.____ vom 12. März 2021, IV-Nr. 77, S. 6; RAD-Bericht vom 16. November 2021, IV-Nr. 79). Von einem unveränderten Zustand geht auch der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. Balli, in seinem Bericht vom 1. Juli 2021 aus, welcher die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers «seit langem» als aufgehoben erachtet (IV-Nr. 77). Zudem wurde im rheumatologischen Teilgutachten des D.____ (IV-Nr. 87.2, S. 45) festgehalten, objektivierbar seien deutliche pathologische lumbale Veränderungen, dokumentiert in zwei MRT vom Oktober 2020 respektive Februar 2021, sodass ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont festgestellt werden könne, mit einer anamnestisch möglichen intermittierenden sensiblen radikulären Reizung von L5 und S1 links, negativ begünstigt durch eine deutliche allgemeine muskuläre Dekonditionierung bei Adipositas per magna. Demnach ist vom Ablauf des Wartjahres per 1. Oktober 2021 auszugehen.

E. 6

Vd. a. latente TBC · Quantiferontest positiv 09/2012

E. 7

Meralgia paraesthetica bds.

E. 8

Refluxösophagitis Klinisch habe eine starke linksseitige Druckdolenz über LWK 4 / LWK 5, sowie ein Muskelhartspann imponiert. Sensomotorische Ausfälle hätten sich nicht ergeben. Laboranalytisch zeigten sich keine erhöhten Entzündungswerte. Zur Analgesie

und weiteren Diagnostik sei die stationäre Aufnahme erfolgt. MRT-graphisch habe es keine Hinweise auf eine Progredienz der Stenose gegeben. In Anbetracht der Gesamtsituation und nach Rücksprache mit den Kollegen der Wirbelsäulenchirurgie könne am ehesten eine multifaktorielle Schmerzsymptomatik angenommen werden.

7.2.3 Im polydisziplinären D.____-Gutachten vom 25. April 2022 (IV-Nr. 87.2) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (ICD-10 M 54.4/M54.5) · differenzialdiagnostisch intermittierendes sensibles L5-/S1-Syndrom möglich · radiomorphologisch: Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 1. Oktober 2020 multisegmentale Diskusprotrusionen und Extrusion in den Segmenten LWK2-SWK1 mit osteodiskogener neuroforaminaler Enge linksseitig akzentuiert, mit Betonung im Segment L4/5 sowie linksseitige subligamentäre Protrusion/Prolaps im Segment LWK5/SWK1. Progrediente Pelottierung des Duralsacks, Kontakt zur Nervenwurzel L5 beidseits und S1 links sowie mässiggradige Foramenstenose beidseits. Im Untersuchungsgebiet keine signifikante Spinalkanalstenose. Höhergradige Spondylarthrosen der kaudalen LWS und Akzentuierung LWK4-SWK1 linksseitig. Kein Hinweis auf einen entzündlichen Prozess der LWS. · Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform (aktives Schulterhochziehen rechts, konsekutiv hochthorakal links- und tieflumbal rechtskonvexe Ausweichskoliose mit normalem Lot zwischen C7 und der Rima ani. Betonte Kyphosierung der oberen BWS, konsekutiv HWS- und Schultergürtelantepositionsfehlstellung) · allgemeine muskuläre Dekonditionierung
2. Chronisches myogelotisch bedingtes zervikozephalisches Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0/M53.1) · Wirbelsäulenfehlhaltung mit betonter Kyphose der oberen BWS mit konsekutiv HWS- sowie Schultergürtelprotraktionsfehlstellung und reaktiven Myogelosen
3. Differentialdiagnostisch erscheine eine organisch bedingte psychische Symptomatik (ICD-10 F06.0/F06.2/F06.4) möglich, versicherungspsychiatrisch jedoch wenig plausibel
4. Familiäres Mittelmeerfieber gemäss Unterlagen (ICD-10 E85.0) Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

1. Chronisches, somatisch nicht abstützbare multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) · differenzialdiagnostisch chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen

2. Adipositas, BMI 37 kg/m² (ICD-10 E66.0)
3. Refluxösophagitis gemäss Unterlagen (ICD-10 K21.0)
4. V. a. arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) · aktuell ohne medikamentöse Therapie

Aus rheumatologischer Sicht schränken das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom und das chronische myogelotisch bedingte zervikozephalische Schmerzsyndrom die Arbeitsfähigkeit des Exploranden relevant ein. In der angestammten Tätigkeit könne aus rheumatologischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. In körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %. Aus psychiatrischer Sicht beeinflusse die nicht sicher zuordenbare psychische Symptomatik mit v.a. verminderter Ressourcensituation die Arbeitsfähigkeit des Exploranden leicht. In somatisch adaptierten Tätigkeiten bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Aus allgemeininternistischer Sicht beeinflusse das anamnestisch vorliegende familiäre Mittelmeerfieber die Arbeitsfähigkeit in dem Sinne, dass während der jeweiligen Schübe jeweils eine befristete vollständige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Erwerbstätigkeiten vorliege. Eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit könne aus allgemeininternistischer Sicht nicht attestiert werden. Die aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne seit dem Zeitpunkt der letzten IV-Anmeldung im Februar 2021 angenommen werden.

8. In der angefochtenen Verfügung vom 27. Juni 2022 stellt die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das

D.____-Gutachten vom 25. April 2022 (Fachrichtungen: Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie; IV-Nr. 87.2) ab, weshalb nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen ist. 8.1 Im rheumatologischen Teilgutachten des D.____ wurde zur Beurteilung festgehalten, beim Beschwerdeführer bestehe eine deutliche allgemeine muskuläre Dekonditionierung am Stamm, sowie an den oberen und unteren Extremitäten. Rein palpatorisch hätten keine spezifischen schmerzhaften Weichteile im Nacken-Schultergürtel bestanden, paravertebral oder am Beckengürtel, ebenso wenig im Bereich der Weichteile an den Armen oder Beinen. Die segmentale Untersuchung der Lendenwirbelsäule habe eine schmerzhaft eingeschränkte Bewegungsfähigkeit vor allem der Lateralflexion und zum Teil der Reklination ergeben, wobei die Schmerzschilderungen, welche Bewegungen nun effektiv schmerzhafter seien, namentlich bei der maximalen Flexion oder maximalen Reklination, während dem Status sehr variabel gewesen seien. Unter Berücksichtigung der in den Akten erwähnten MRI der LWS vom Oktober 2020 und zuletzt vom 26. Februar 2021, bestünden beim Exploranden unzweifelhaft klar dokumentierte Multitagedenerationen sowie Diskopathien. Der aktuelle kursorisch-neurologische Status habe keinerlei Hinweise für aktuelle oder residuelle lumboradikuläre sensomotorische Ausfälle ergeben. Die in die linke untere Extremität ausstrahlenden Beschwerden könnten vor allem myo-faszial erklärt werden, wobei rein differenzialdiagnostisch eine intermittierende sensible radikuläre Reizung L5 und S1 links durchaus diskutiert werden könne. Die Untersuchung der thorakalen Wirbelsäule sei weitgehend altersentsprechend gewesen. Die Bewegungsprüfung der HWS habe keine relevanten Bewegungseinschränkungen ergeben. Die diesbezüglich beklagten Beschwerden im Nacken-Schultergürtel dürften ebenfalls primär myofaszial erklärt werden. Der detaillierte Schultergelenksstatus habe keinerlei Funktionseinbussen ergeben, ebenso wenig im Bereich der Ellbogen. Der Referent habe eine detaillierte Untersuchung des Handskeletts durchgeführt, wobei der Explorand stets angegeben habe, dass er unabhängig von Bewegungen respektive Palpation des Referenten stets über Arthralgien an allen Gelenken beider Hände verspüre. Es hätten keinerlei objektivierbare Bewegungseinschränkungen der peripheren Gelenke bestanden, noch hätten sich ossäre Deformitäten oder gar entzündliche rheumatische Veränderungen im Sinne einer objektivierbaren Synovitis oder Tenosynovitis gezeigt. Das Ausmass der geklagten Arthralgien im Bereich der Hände sei somatisch orientiert nicht adäquat zu erklären. Der Status im Bereich der Hüft-, Knie- und Fussgelenkes sei altersentsprechend normal gewesen. Zusammenfassend bestünden objektivierbare pathoanatomische Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule, sodass die diesbezüglich beklagten Beschwerden gut objektivierbar und nachvollziehbar erschienen. Ebenfalls könnten die beklagten Beschwerden im Nacken-Schultergürtel primär myofaszial im Rahmen der allgemeinen muskulären Dekonditionierung erklärt werden. Der gesamte weitere periphere Gelenkstatus sei jedoch unauffällig gewesen, sodass insgesamt keine Hinweise für eine höhergradige degenerative periphere Pathologie oder gar für eine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung vorlägen. In Bezug auf das in der Aktenlage beschriebene Mittelmeerfieber schildere der Explorand spontan keine spezifischen Beschwerden. Den internistischen Akten könne entnommen werden, dass immer wieder Phasen mit starkem Schwitzen und Zittern während mehreren Tagen auftreten könnten. Insofern könne der Referent das familiäre Mittelmeerfieber rein aufgrund der Aktenlage zur Kenntnis nehmen, dieses aber nicht näher thematisieren. Sonstige relevante pathoanatomische Befunde hätten sich im gesamten Status keine gefunden. Das Ausmass der konsekutiv beklagten

Einschränkungen im Alltag, dass er auch im eigenen Haushalt, welchen er mit seinem 1982 geborenen Sohn teile, kaum relevante Haushaltstätigkeiten durchführen könne, sei rein somatisch orientiert nicht adäquat zu erklären. Es sei von einer hochgradigen funktionellen Überlagerung der gesamten beklagten Schmerzsymptomatik auszugehen mit einer erheblichen subjektiven Selbstlimitierung und einem sekundären Krankheitsgewinn. Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen bezüglich Befunderhebung und Diagnosestellung vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Grundsätzlich könne der Explorand aus rheumatologischer Sicht keine körperlich mittel- oder gar schwerbelastenden Tätigkeiten mehr in der freien Wirtschaft ausführen. Für eine rein theoretisch vorstellbare körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit seien folgende Arbeitsplatzbedingungen unumgänglich: Der Explorand sollte seine Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln können. Vermieden werden sollten stereotype Rotationsbewegungen des Achsen skeletts lumbal und zervikal oder Arbeiten in anhaltender Oberkörper vorneige- oder -rückhalteposition. In Schulterneutralstellung bestünden an einem ergonomisch gut eingestellten Arbeitsplatz keine spezifischen Einschränkungen für manuell durchzuführende berufliche Tätigkeiten, noch bestehe eine Einschränkung der Gehfähigkeit für kürzere Gehstrecken in der Ebene auf ebenem Untergrund, sodass gewisse Kontroll- und Überwachungsfunktionen vorstellbar seien. Das Heben und Tragen von Lasten dürfe bis zur Taille 5 – 7.5 kg betragen. Zur Gewährung von regelmässigen Arbeitspausen bestehe eine um 30 % reduzierte Leistungsfähigkeit. Insgesamt bestehe somit in einer angepassten Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend ist demnach auf das beweismässige rheumatologische Teilgutachten abzustellen.

8.2 Im internistischen Teilgutachten des D.____ wurden folgende Befunde erhoben: «57-jähriger Explorand in unauffälligem Allgemeinzustand. Übergewichtig mit 100 kg bei einer Grösse von 164 cm (BMI 37 kg/m²). Blutdruck 164/90 mmHg, Puls regelmässig 92 pro Minute. Klinische Untersuchung des Herzens und der Lunge ansonsten Habitus entsprechend unauffällig. Normaler Gefässstatus, keine pathologischen Lymphknoten palpabel. Kopf und Halsorgane kursorisch geprüft unauffällig. Integument unauffällig. Nervensystem: Positionsversuch, Finger-Nasen-Versuch, Diadochokinese und Hirnnerven kursorisch geprüft unauffällig.» Weiter wurde im Teilgutachten ausgeführt, in den Unterlagen werde ein familiäres Mittelmeerfieber erwähnt. Der Explorand könne keine genauen Angaben zur Häufigkeit der entsprechenden Schübe machen. Es gebe keine kausale Therapie für das familiäre Mittelmeerfieber. Eine Schubprophylaxe mit Colchicin werde beim Exploranden nicht durchgeführt. Gestützt auf diese Ausführungen vermag sodann die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Insgesamt bestehe aus rein allgemeininternistischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in sämtlichen Erwerbstätigkeiten. Während der Schübe des familiären Mittelmeerfiebers bestehe jeweils eine befristete Arbeitsunfähigkeit. Die bisherige Häufigkeit der Schübe könne aufgrund der vorliegenden Unterlagen und der anamnestischen Angaben nicht mit Sicherheit eruiert werden. Zusammenfassend ist demnach auf das beweismässige internistische Teilgutachten abzustellen.

8.3 Im psychiatrischen Teilgutachten des D.____ begründet der Gutachter in nachvollziehbarer Weise die von ihm gestellten Diagnosen: Nach der Zusammenschau der vorliegenden Unterlagen und der aktuellen persönlichen Untersuchung sei davon auszugehen, dass die vorgetragene Symptomatik (Störung des Schlafes, Stimmenhören und Verfolgungsideen) beim Exploranden nicht einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung zugeordnet werden könne. Während die Störungen des Nachtschlafes sehr unspezifisch seien, von vielfältigen Faktoren abhängen

wie etwa von den Tagesaktivitäten und der körperlichen Auslastung, aktuell wesentlich auf die im Körper vorhandenen Schmerzen abgebildet worden sei, seien die beschriebene Symptomatik aus akustischen Wahrnehmungen (die als «Pseudohalluzinationen» zu bewerten gewesen seien, wie sie vom Exploranden reflektiert angegeben hätten werden können) und dem aus früheren Jahren benannten Gefühl, hinter dem Rücken könnte jemand sein, der etwas Schlechtes wollte (vergleichbar dem «Gefühl einer illusionären Verkennung»), nicht ausreichend einer Psychose aus dem Kapitel F2 (etwa als Schizophrenie oder wahnhaftige Störung) zuzuordnen. Hierfür seien keine sonstigen Symptome zu erheben gewesen, vor allem seien der intakte und nachvollziehbare (nicht leere oder inadäquate) Affekt und die Reflektiertheit über die Beschwerden (so dass diese wegen des Fehlens an unkorrigierbarer Überzeugung nicht als Halluzinationen und Wahn zu bezeichnen seien) aufgefallen. Der Bericht, der Beschwerdeführer habe das Stimmenhören und das Gefühl immer über den Rücken schauen zu müssen und verfolgt zu werden seit Jahren in unterschiedlicher Ausprägung erlitten, könne aufgrund der Distanziertheit von diesen Phänomenen und der Reflexion darüber, z.B. andere Menschen würden die Stimmen, die er höre, nicht wahrnehmen (es wäre von einer Pseudohalluzination und einer überwertigen Idee und nicht von einer echten akustischen Halluzination und einem Wahn zu sprechen), womöglich organisch bedingten psychischen Beschwerden zugeordnet werden. Nun fänden sich dafür jedoch keine nennenswerten Hinweise auf anderweitige «organische» zentralnervös verursachte oder neurologisch zu erfassende Beschwerden, so dass der Zusammenhang mit der jahrelangen Erkrankung eines familiären Mittelmeerfiebers und der häufigsten Komplikation einer Amyloidose (mit Hirnbeteiligung) wegen der ausgestanzten Defizite im genannten psychischen Bereich sehr hypothetisch erscheine. Ausserdem sei der Aspekt des Vorliegens einer Komplikation des genetisch begründeten Mittelmeerfiebers von dem rheumatologischen oder dem allgemeinmedizinisch-internistischen Hauptgutachter zu diskutieren. Es handle sich nicht um eine primär psychische Störung im eigentlichen Sinne. So sei anzumerken, dass rein psychisch-psychiatrisch eine (allenfalls geringgradige) Minderung der etwaigen medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit sich der Einschränkung aus somatischer Sicht unterordnen würde und nicht kumulativ betrachtet würde. Differentialdiagnostisch erscheine eine organisch bedingte psychische Symptomatik (ICD-10 F06.0/F06.2/F06.4) möglich, versicherungspsychiatrisch jedoch wenig plausibel. Des Weiteren setzte sich der psychiatrische Gutachter eingehend und überzeugend mit den Vorakten auseinander: Nachvollziehbar hätten sich die früheren psychiatrischen Untersuchungen und Beurteilungen mit der Frage beschäftigt, ob der Explorand an einer eigenständigen somatoformen Schmerzstörung leide oder an einer affektiven Störung oder an einer anderweitigen primärpsychischen Störung und seien zum Schluss gekommen, dass dies nicht der Fall sei. Hier schliesse sich der unterzeichnende Gutachter an, dass der Explorand nicht an einer derartigen primär –psychischen Störung leide. Insbesondere würden die Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, nämlich einen intrapsychischen Konflikt zu erleiden, der nicht anders zu benennen sei als durch die Äusserung von somatischen Schmerzen, wobei die Schmerzen dann nicht somatisch mitbedingt sein sollten, und für das Vorliegen einer eigenständigen affektiven Störung (F3) oder primär-psychischen Störung aus dem Kapitel der schizophrenen Störungen (F2), nicht nachvollzogen. Dabei sei die Einschätzung von Dr. med. H.____ diskussionsbedürftig, der den Exploranden 2015 und wieder 2021 untersucht und angemerkt habe, der Explorand könnte eine wahnhaftige Störung (F22) oder eine

rezidivierende depressive Störung (F33) erleiden. In seinen Berichten habe Dr. med. H. ___ jedoch nicht seine Überzeugung des Vorliegens einer gravierenden psychiatrischen Erkrankung (etwa einer Schizophrenie) benannt, sondern habe einen Verhaltensbeschrieb gemacht, der bewusstseinsnahe vorgegebene Beschwerden, selbstlimitierendes Verhalten und Defizit-orientierte Angaben explizit zugelassen habe. Sodann vermag gestützt auf die vorstehenden Ausführungen grundsätzlich auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Eine optimal angepasste Tätigkeit würde aus psychiatrischer Sicht sehr einfache Arbeiten umfassen, die im Bereich der einfachen Produktion oder Lagerarbeit ohne körperliche Anstrengung erbracht werden könnten. Hier würde dem Exploranden, der normal intelligent und eher differenziert von seiner primären Sozialisation her gewirkt habe, auch eine Tätigkeit aus rein psychiatrischer Sicht zumutbar sein. Diese Tätigkeit wäre dem Versicherten aus rein psychiatrischer Sicht zu 8.5 Stunden pro Tag zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht werde allenfalls eine Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % bei einer normalen Präsenzzeit erkannt. Hier sei darauf hinzuweisen, dass sich diese Minderung aus psychiatrischer Sicht nicht zusätzlich zur rheumatologisch beschriebenen Minderung hinzuaddiere. Zusammenfassend kann somit auf das beweiskräftige psychiatrische Teilgutachten abgestellt werden, wobei die postulierte mögliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen nicht zu übernehmen ist. So hielt der Gutachter unter «Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit» lediglich fest, differentialdiagnostisch erscheine eine organisch bedingte psychische Symptomatik (ICD-10 F06.0/F06.2/F06.4) möglich, versicherungspsychiatrisch jedoch wenig plausibel. Demnach bringt der Gutachter selbst zum Ausdruck, dass eine solche Diagnose nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Zudem spricht er auch nur von einer allfälligen Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 %. Somit ist davon auszugehen, dass aus psychiatrischer Sicht insgesamt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. An dieser Einschätzung vermag auch der Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. H. ___, vom 12. Februar 2021 nichts zu ändern. Diesbezüglich kann auf die vorstehende gutachterliche Auseinandersetzung mit dem genannten Bericht verwiesen werden. Ergänzend ist anzufügen, dass der Bericht von Dr. med. H. ___ kaum begründet ist und seine Einschätzung, wonach dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht auch eine angepasste Tätigkeit nicht zumutbar sei, nicht nachvollziehbar ist. Zudem ist in diesem Zusammenhang der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb dem Bericht von Dr. med. H. ___ kaum Beweiswert zugemessen werden kann. 8.4 Gestützt auf die beweismässigen Teilgutachten ist somit aus interdisziplinärer Sicht davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist. In einer angepassten Tätigkeit ist er dagegen im Rahmen von 70 % arbeitsfähig (s. E. II. 7.2.3 hiervor). Sodann geht aus dem rheumatologischen Teilgutachten im Vergleich zum rheumatologischen Vorgutachten von Dr. med. B. ___ vom 3. Januar 2014 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers hervor. Zwar lagen damals lediglich Röntgenaufnahme der LWS vor, welche altersentsprechende leichte degenerative Veränderungen mit geringer Osteochondrose L3/4 und L4/5 beschrieben (IV-Nr. 36, S. 11). Die nun dem rheumatologischen Teilgutachten des D. ___ zugrundeliegenden MRT-Befunde vom 1. Oktober 2020 und 26. Februar 2021 (s. IV-Nr. 77, S. 6) zeigen dagegen progrediente

degenerative Veränderungen, weshalb es nachvollziehbar erscheint, dass der rheumatologische Gutachter des D.____ im Vergleich zum Vorgutachten von einer 30%igen Einschränkung ausgeht. Jedoch ist, anders als in der Gesamtbeurteilung der D.____-Gutachter, davon auszugehen, dass diese Einschätzung einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bereits ab Vorliegen der MRT-Befunde vom 1. Oktober 2020 gilt. So ist den Akten diesbezüglich zu entnehmen, dass die MRT-Befunde vom 26. Februar 2021 im Vergleich zu den MRT-Befunden vom 1. Oktober 2020 im Wesentlichen unverändert geblieben sind (vgl. Kurzbericht stationär des E.____ vom 28. Februar 2021, IV-Nr. 74; Austrittsbericht des E.____ vom 12. März 2021, IV-Nr. 77. S. 6; RAD-Bericht vom 16. November 2021, IV-Nr. 79). Von einem unveränderten Zustand geht auch der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. Balli, in seinem Bericht vom 1. Juli 2021 aus, welcher die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers «seit langem» als aufgehoben erachtet (IV-Nr. 77). Zudem wurde im rheumatologischen Teilgutachten des D.____ (IV-Nr. 87.2, S. 45) festgehalten, objektivierbar seien deutliche pathologische lumbale Veränderungen, dokumentiert in zwei MRT vom Oktober 2020 respektive Februar 2021, sodass ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont festgestellt werden könne, mit einer anamnestisch möglichen intermittierenden sensiblen radikulären Reizung von L5 und S1 links, negativ begünstigt durch eine deutliche allgemeine muskuläre Dekonditionierung bei Adipositas per magna. Demnach ist vom Ablauf des Wartejahres per 1. Oktober 2021 auszugehen.

E. 9

9.1 Nachfolgend ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu prüfen.

9.1.1 Der Beschwerdeführer hat sich am 5. Februar 2021 zum Bezug von Rentenleistungen angemeldet. Somit könnte ein allfälliger Rentenanspruch in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. August 2021 entstehen. Sodann ist, wie vorgehend festgehalten, das Wartejahr per 1. Oktober 2021 abgelaufen, womit das in diesem Zeitpunkt ■ und vor dem 1. Januar 2022 ■ geltende Recht anwendbar ist.

9.1.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

9.2 Die von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 27. Juni 2022 angewandten Validen- und Invalideneinkommen sind ■ vorbehältlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohns (s. E. II. 9.3 hiernach) ■ nicht zu beanstanden. Da der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Maschinist nicht aus gesundheitlichen Gründen verloren hat (vgl. IV-Nr. 19, S. 9), hat die Beschwerdegegnerin beim Valideneinkommen zurecht auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Der angewandte Tabellenlohn ist ebenfalls nicht zu

beanstanden: TA1_triage_skill_level, 2018, Total, Sektor 2 Produktion, Niveau 2 / Männer = CHF 5'649.00 x 12 Monate + Aufrechnung Wochenstunden Sektor 2 Produktion 2018/2020 (: 40 x 41.3) + Aufrechnung Nominallohnindex Männer Sektor 2 Produktion 2018/2020 (: 104.7 x 106.1) = CHF 70'927.00. Da es dem Beschwerdeführer sodann möglich ist, eine angepasste Tätigkeit zu 70 % auszuüben, er aber bislang keiner Tätigkeit im zumutbaren Ausmass nachgeht, hat die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen zurecht aufgrund der Tabellenlöhne festgesetzt. Der hierbei angewandte Tabellenlohn TA1_triage_skill_level, 2018, Total, Niveau 1/Männer, ist ebenfalls nicht zu beanstanden: CHF 5'417.00 X 12 Monate + Aufrechnung Wochenstunden 2018/2020 (:40 x 41.7) + Aufrechnung Nominallohnindex Männer 2018/2020 (: 105.1 X 106.8) = CHF 68'863.00, davon 70 % medizinisch zumutbar = CHF 48'204.00.

9.3 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) 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 (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Die Beschwerdegegnerin hat 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). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen.

Im vorliegenden Fall ist der Beschwerdeführer gemäss dem D.____-Gutachten zu 70 % in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt, kann seine Restarbeitsfähigkeit jedoch in einem Vollpensum ausüben. In dieser Konstellation besteht nach der Rechtsprechung kein Anlass für einen Teilzeitabzug (Urteil des Bundesgerichts 8C_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2 und 3.3). Jedoch ergibt sich aus der Tabelle T12_b der LSE 2018, dass in diesem Jahr Männer der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Aufenthaltsbewilligung C (Median) ■ wozu der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage zählt (vgl. IV-Nr. 10) ■ im Vergleich zum Total von Schweizern und Ausländern der gleichen Kategorie einen um rund 5 % geringeren Lohn erzielten. Dieser Umstand ist im Rahmen des Abzugs zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.2 vom 4. November 2022 E. 4.3.2).

Des Weiteren wird im polydisziplinären Gutachten des D.____ vom 25. April 2022 folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: Der Explorand sollte seine Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln können. Vermieden werden sollten stereotype

Rotationsbewegungen des Achsenskeletts lumbal und zervikal oder Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige- oder -rückhalteposition. In Schulterneutralstellung bestünden an einem ergonomisch gut eingestellten Arbeitsplatz keine spezifischen Einschränkungen für manuell durchzuführende berufliche Tätigkeiten, noch bestehe eine Einschränkung der Gehfähigkeit für kürzere Gehstrecken in der Ebene auf ebenem Untergrund, sodass gewisse Kontroll- und Überwachungsfunktionen vorstellbar seien. Das Heben und Tragen von Lasten dürfe bis zur Taille 5 ■ 7.5 kg betragen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_870/2011 vom 24. August 2012 E 4.1 mit Hinweisen). Das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers erscheint denn auch nicht derart eingeschränkt, als dass sich aufgrund dessen ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug rechtfertigen würde.

Schliesslich sind rechtsprechungsgemäss regelmässig wiederkehrende krankheitsbedingte Absenzen vom Arbeitsplatz zwar grundsätzlich bei der Festlegung des zeitlich zumutbaren Umfangs der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen. Ausnahmsweise können indes nicht vorhersehbare und schwer kalkulierbare Absenzen, wie sie durch Krankheitsschübe verursacht werden, einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_439/2020 vom 18. August 2020 E. 4.5.2 mit Hinweisen). Bejaht wurde eine Konstellation der letztgenannten Art etwa bei akut auftretenden psychotischen Schüben (Urteil 9C_439/2020 vom 18. August 2020 E. 4.5.2 f.), bei rezidivierenden abdominalen Beschwerden (Urteil 8C_179/2018 vom 22. Mai 2018 E. 4.2), bei schubweise auftretenden Atembeschwerden infolge Asthmas (Urteil 9C_728/2009 vom 21. September 2010 E. 4.3.1, in: SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90) sowie bei Panikattacken (Urteil 9C_462/2007 vom 25. Januar 2008 E. 3.2.2). Als ebenfalls einen Abzug rechtfertigend wertete das Bundesgericht ferner den Umstand, dass ein Versicherter wegen einer Harnblasenfunktionsstörung mehrmals am Tag einen Katheter zur Ableitung des in der Blase angesammelten Urins verwenden musste (Selbstkatheterisierung [Urteil 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.3.2 f.]). Schliesslich wurde ein Abzug bei Schüben des Morbus Crohn im Sinne von tagsüber auftretenden Durchfallattacken gewährt (Urteil 9C_42/2022 vom 12. Juli 2022). Vorliegend ist dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. B.____ vom 3. Januar 2014 diesbezüglich zu entnehmen, die Fieber-Attacken kämen ungefähr zweimal monatlich vor und dauerten in der Regel 1 bis 3 Tage an. Im D.____-Gutachten vom 25. April 2022 wurde dazu festgehalten, während der Schübe des familiären Mittelmeerfiebers bestehe jeweils eine befristete Arbeitsunfähigkeit. Die bisherige Häufigkeit der Schübe könne aufgrund der vorliegenden Unterlagen und der anamnестischen Angaben nicht mit Sicherheit eruiert werden. Aufgrund des unbestrittenermassen schubweise auftretenden Mittelmehrfiebers, welches von den D.____-Gutachtern bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht mitberücksichtigt wurde, rechtfertigt sich somit zusätzlich ein Abzug vom Tabellenlohn. Zwar hat sich das Bundesgericht bezüglich der Höhe des in diesem Zusammenhang vorzunehmenden Abzugs nicht abschliessend geäussert. Aus der vorstehend aufgeführten Kasuistik ist aber ersichtlich, dass in den Fällen, in welchen die Höhe für ein solchen Abzug zu beziffern war, ein 10%-Abzug vorgenommen wurde (so in den Urteilen 9C_439/2020, 8C_179/2018 und 9C_42/2022). Dies erscheint denn auch gerechtfertigt, nachdem es sich eben um nicht vorhersehbare, schwer kalkulierbare und damit nicht konkret zu beziffernde Absenzen handelt, welche aber bei einem potentiellen Arbeitgeber entsprechendes Entgegenkommen voraussetzen. Somit ist der Abzug unter Einbezug des vorgenannten

Abzugsgrunds ■ Aufenthaltskategorie ■ gesamthaft auf 15 % zu beziffern.

Bei einem Abzug von 15 % (Invalideneinkommen CHF 40'973.40 [CHF 48'204.00 abzüglich 15 %], Valideneinkommen CHF 70'927.00) ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 42 % und damit ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

10. Der Beschwerdeführer stellt sich sodann auf den Standpunkt, aufgrund seines fortgeschrittenen Alters könne er seine Restarbeitsfähigkeit nicht mehr verwerten.

10.1 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 (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460).

Die Frage der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit beurteilt sich auch bei vorgerücktem Alter bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 8C_28/2017 vom 19. Juni 2017 E. 3.2 und 3.3 mit Hinweisen).

10.2 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. Für die Beurteilung der Frage, ob die festgestellte Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter noch verwertbar sei, ist der Zeitpunkt massgebend, indem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit feststeht (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462). Dies ist gegeben, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (Urteil des Bundesgerichts 8C_36/2018 vom 6. Juni 2018 E. 4.1).

10.3 Das Bundesgericht hatte sich in den letzten Jahren wiederholt mit der Frage zu befassen, ob eine versicherte Person im vorgerückten Alter ihre wiedererlangte (Teil-)Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten könne.

10.3.1 Das Eidg. Versicherungsgericht (EVG) erachtete einen 60-jährigen Versicherten, welcher mehrheitlich als Wirker in der Textilindustrie tätig gewesen war, als zwar nicht leicht vermittelbar. Es sah aber mit Bezug auf den hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt gleichwohl Möglichkeiten, eine Stelle zu finden, zumal Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden, und der Versicherte zwar eingeschränkt (weiterhin zumutbar waren leichte und mittelschwere Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen Räumen), aber

immer noch im Rahmen eines Vollpensums arbeitsfähig war (Urteil des EVG I 376/05 vom 5. August 2005, insb. E. 4.2). Bejaht hat das Bundesgericht auch die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines (ebenfalls) 60-jährigen Versicherten mit einer aufgrund verschiedener psychischer und physischer Limitierungen (es bestanden u.a. rheumatologische und kardiale Probleme) um 30 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts I 304/06 vom 22. Januar 2007 E. 4.1 und 4.2). Ebenso entschieden wurde bei einem Versicherten mit einer Arbeitsfähigkeit von 80 % (volles Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung in angepasster Tätigkeit), dessen verbleibende Aktivitätsdauer im massgebenden Zeitpunkt knapp vier Jahre betrug, der keine Berufsausbildung aufwies und der als Hilfsmaurer, Strassenbauarbeiter und Lagerangestellter gearbeitet hatte (Urteil des Bundesgerichts 8C_910/2015 vom 18. Mai 2016 E. 4.3.2 ■ 4.3.4). Ebenfalls bejaht wurde die Verwertbarkeit bei einer verbleibenden Aktivitätsdauer von 2 ½ Jahren und einer Arbeitsfähigkeit von 45 %, wobei diese Restarbeitsfähigkeit in einer Bürotätigkeit, welche den Erfahrungen der Versicherten (Banklehre, Computertechnikerin) entsprach, verwertet werden konnte, sodass von einem minimalen Einarbeitungsaufwand auszugehen war (Urteil des Bundesgerichts 8C_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 4.3.1 und 4.3.2).

10.3.2 Verneint wurde die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines über 61-jährigen Versicherten, der über keine Berufsausbildung verfügte, bezüglich der aus medizinischer Sicht im Umfang von 50 % zumutbaren feinmotorischen Tätigkeiten keinerlei Vorkenntnisse besass, dessen Teilarbeitsfähigkeit weiteren krankheitsbedingten Einschränkungen unterlag und dem von den Fachleuten der Berufsberatung die für einen Berufswechsel erforderliche Anpassungsfähigkeit abgesprochen wurde (Urteil des EVG I 392/02 vom 23. Oktober 2003 E. 3.2 und 3.3). Als unverwertbar erachtet wurde auch die 50%ige, durch verschiedene Auflagen zusätzlich limitierte Arbeitsfähigkeit eines knapp 64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden (Urteil des EVG I 401/01 vom 4. April 2002 E. 4c und d), ebenso eine 50%ige Arbeitsfähigkeit einer 61 Jahre und einen Monat alten Versicherten, die bezüglich der für sie in Frage kommenden Tätigkeiten einer Umschulung bedurft hätte (Urteil des Bundesgerichts 9C_437/2008 vom 19. März 2009 E. 4 mit weiteren Hinweisen). Im gleichen Sinn beurteilt wurde der Fall einer 61-jährigen Versicherten ohne Ausbildung, welche in einer Verweistätigkeit zu 50 % arbeitsfähig war, ein stark eingeschränktes Tätigkeitsprofil aufwies, auf wohlwollende Führung und ein stressfreies Klima angewiesen war und seit 14 Jahren nicht mehr erwerbstätig gewesen war (Urteil des Bundesgerichts 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.3.1 und 3.3.2). Nicht mehr verwertbar war auch die Arbeitsfähigkeit eines 60 Jahre alten Versicherten, der über keine Berufsausbildung verfügte, 20 Jahre lang als Hotelportier meist mittelschwere bis schwere Arbeiten ausgeführt hatte und aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen realistisch nur noch für Kontroll- und Überwachungsarbeiten in der Industrie eingesetzt werden konnte (Urteil des Bundesgerichts 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 3.2, publiziert in: Plädoyer 2013 S. 57). Ebenfalls verneint wurde die Verwertbarkeit bei einer 61-jährigen Versicherten mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in geeigneten Verweistätigkeiten, die über einen sehr geringen Ausbildungsstand und ein stark eingeschränktes Tätigkeitsprofil verfügte und eine langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt aufwies (Urteil des Bundesgerichts 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.3). Im gleichen Sinn entschied das Bundesgericht bei einer Versicherten mit einer verbleibenden Aktivitätsdauer von 1 ½ Jahren, welche keinen Beruf erlernt hatte, so dass

von einer geringen Anpassungsfähigkeit an eine neue Tätigkeit auszugehen war (Urteil des Bundesgerichts 9C_416/2016 vom 14. Oktober 2016 E. 5.1).

10.4

10.4.1 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. Für die Frage, ob die festgestellte Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter noch verwertbar sei, ist der Zeitpunkt der Gutachtenserstellung massgebend (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462). Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der Erstellung des D.____-Gutachtens vom 25. April 2022 58 Jahre alt.

10.4.2 Im Lichte der dargelegten Grundsätze und der Rechtsprechung sowie der relativ hohen Hürden, welche das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt hat, ist ein erheblicher fehlender Zugang des Beschwerdeführers zum Arbeitsmarkt zu verneinen. Zwar sind dem Beschwerdeführer nach langjähriger Tätigkeit als Maschinist bei der I.____ (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto; IV-Nr. 41) nur noch leichte wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar. Dennoch erscheint der vorliegende Fall im Vergleich mit den oben genannten Urteilen des Bundesgerichts insofern anders zu liegen, als der Beschwerdeführer in seinem Zumutbarkeitsprofil nicht derart eingeschränkt ist und ihm bis zur ordentlichen Pensionierung ab dem massgeblichen Zeitpunkt immerhin noch sechseinhalb Jahre verblieben. In seinem Alter ist der Beschwerdeführer zwar nicht leicht vermittelbar. Jedoch sind die Anstellungschancen auf dem von Gesetzes wegen als ausgeglichen anzunehmenden Arbeitsmarkt für intakt zu erachten. So ist denn auch bei solchen Tätigkeiten grundsätzlich weder eine lange Einarbeitungszeit noch eine Umschulung erforderlich, wurde doch beim Einkommensvergleich auf das Kompetenzniveau 1 für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art abgestellt. Im Lichte der genannten Rechtsprechung ist demnach vorliegend ein fehlender Zugang des Beschwerdeführers zum Arbeitsmarkt zu verneinen.

11. Zusammenfassend ist die Beschwerde insofern teilweise gutzuheissen, als die Verfügung vom 27. Juni 2022 betreffend die Abweisung des Rentenanspruchs aufgehoben wird. Der Ablauf des Wartejahres ist gestützt auf das D.____-Gutachten per 1. Oktober 2021 erstellt (vgl. E. II. 8.4 hiervor), womit der Beschwerdeführer ab diesem Datum Anspruch auf eine Viertelrente hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden

– wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) 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 (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb – cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Die Beschwerdegegnerin hat 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). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen. Im vorliegenden Fall ist der Beschwerdeführer gemäss dem D.____-Gutachten zu 70 % in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt, kann seine Restarbeitsfähigkeit jedoch in einem Vollpensum ausüben. In dieser Konstellation besteht nach der Rechtsprechung kein Anlass für einen Teilzeitabzug (Urteil des Bundesgerichts 8C_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2 und 3.3). Jedoch ergibt sich aus der Tabelle T12_b der LSE 2018, dass in diesem Jahr Männer der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Aufenthaltsbewilligung C (Median) – wozu der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage zählt (vgl. IV-Nr. 10) – im Vergleich zum Total von Schweizern und Ausländern der gleichen Kategorie einen um rund 5 % geringeren Lohn erzielten. Dieser Umstand ist im Rahmen des Abzugs zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.2 vom 4. November 2022 E. 4.3.2). Des Weiteren wird im polydisziplinären Gutachten des D.____ vom 25. April 2022 folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: Der Explorand sollte seine Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln können. Vermieden werden sollten stereotype Rotationsbewegungen des Achsenskeletts lumbal und zervikal oder Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneige- oder -rückhalteposition. In Schulterneutralstellung bestünden an einem ergonomisch gut eingestellten Arbeitsplatz keine spezifischen Einschränkungen für manuell durchzuführende berufliche Tätigkeiten, noch bestehe eine Einschränkung der Gehfähigkeit für kürzere Gehstrecken in der Ebene auf ebenem Untergrund, sodass gewisse Kontroll- und Überwachungsfunktionen vorstellbar seien. Das Heben und Tragen von Lasten dürfe bis zur Taille 5 – 7.5 kg betragen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_870/2011 vom 24. August 2012 E. 4.1 mit Hinweisen). Das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers erscheint denn auch nicht derart eingeschränkt, als dass sich aufgrund dessen ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug rechtfertigen würde. Schliesslich sind rechtsprechungsgemäss regelmässig wiederkehrende

krankheitsbedingte Absenzen vom Arbeitsplatz zwar grundsätzlich bei der Festlegung des zeitlich zumutbaren Umfangs der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen. Ausnahmsweise können indes nicht vorhersehbare und schwer kalkulierbare Absenzen, wie sie durch Krankheitsschübe verursacht werden, einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_439/2020 vom 18. August 2020 E. 4.5.2 mit Hinweisen). Bejaht wurde eine Konstellation der letztgenannten Art etwa bei akut auftretenden psychotischen Schüben (Urteil 9C_439/2020 vom 18. August 2020 E. 4.5.2 f.), bei rezidivierenden abdominalen Beschwerden (Urteil 8C_179/2018 vom 22. Mai 2018 E. 4.2), bei schubweise auftretenden Atembeschwerden infolge Asthmas (Urteil 9C_728/2009 vom 21. September 2010 E. 4.3.1, in: SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90) sowie bei Panikattacken (Urteil 9C_462/2007 vom 25. Januar 2008 E. 3.2.2). Als ebenfalls einen Abzug rechtfertigend wertete das Bundesgericht ferner den Umstand, dass ein Versicherter wegen einer Harnblasenfunktionsstörung mehrmals am Tag einen Katheter zur Ableitung des in der Blase angesammelten Urins verwenden musste (Selbstkatheterisierung [Urteil 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.3.2 f.]). Schliesslich wurde ein Abzug bei Schüben des Morbus Crohn im Sinne von tagsüber auftretenden Durchfallattacken gewährt (Urteil 9C_42/2022 vom 12. Juli 2022). Vorliegend ist dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. B.____ vom 3. Januar 2014 diesbezüglich zu entnehmen, die Fieber-Attacken kämen ungefähr zweimal monatlich vor und dauerten in der Regel 1 bis 3 Tage an. Im D.____-Gutachten vom 25. April 2022 wurde dazu festgehalten, während der Schübe des familiären Mittelmeerfiebers bestehe jeweils eine befristete Arbeitsunfähigkeit. Die bisherige Häufigkeit der Schübe könne aufgrund der vorliegenden Unterlagen und der anamnestischen Angaben nicht mit Sicherheit eruiert werden. Aufgrund des unbestrittenermassen schubweise auftretenden Mittelmehrfiebers, welches von den D.____-Gutachtern bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht mitberücksichtigt wurde, rechtfertigt sich somit zusätzlich ein Abzug vom Tabellenlohn. Zwar hat sich das Bundesgericht bezüglich der Höhe des in diesem Zusammenhang vorzunehmenden Abzugs nicht abschliessend geäussert. Aus der vorstehend aufgeführten Kasuistik ist aber ersichtlich, dass in den Fällen, in welchen die Höhe für ein solchen Abzug zu beziffern war, ein 10%-Abzug vorgenommen wurde (so in den Urteilen 9C_439/2020, 8C_179/2018 und 9C_42/2022). Dies erscheint denn auch gerechtfertigt, nachdem es sich eben um nicht vorhersehbare, schwer kalkulierbare und damit nicht konkret zu beziffernde Absenzen handelt, welche aber bei einem potentiellen Arbeitgeber entsprechendes Entgegenkommen voraussetzen. Somit ist der Abzug unter Einbezug des vorgenannten Abzugsgrunds – Aufenthaltskategorie – gesamthaft auf 15 % zu beziffern. Bei einem Abzug von 15 % (Invalideneinkommen CHF 40'973.40 [CHF 48'204.00 abzüglich 15 %], Valideneinkommen CHF 70'927.00) ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 42 % und damit ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 10. Der Beschwerdeführer stellt sich sodann auf den Standpunkt, aufgrund seines fortgeschrittenen Alters könne er seine Restarbeitsfähigkeit nicht mehr verwerten. 10.1 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

(BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460). Die Frage der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit beurteilt sich auch bei vorgerücktem Alter bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 8C_28/2017 vom 19. Juni 2017 E. 3.2 und 3.3 mit Hinweisen). 10.2 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. Für die Beurteilung der Frage, ob die festgestellte Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter noch verwertbar sei, ist der Zeitpunkt massgebend, indem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit feststeht (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462). Dies ist gegeben, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (Urteil des Bundesgerichts 8C_36/2018 vom 6. Juni 2018 E. 4.1). 10.3 Das Bundesgericht hatte sich in den letzten Jahren wiederholt mit der Frage zu befassen, ob eine versicherte Person im vorgerückten Alter ihre wiedererlangte (Teil-)Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten könne. 10.3.1 Das Eidg. Versicherungsgericht (EVG) erachtete einen 60-jährigen Versicherten, welcher mehrheitlich als Wirker in der Textilindustrie tätig gewesen war, als zwar nicht leicht vermittelbar. Es sah aber mit Bezug auf den hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt gleichwohl Möglichkeiten, eine Stelle zu finden, zumal Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden, und der Versicherte zwar eingeschränkt (weiterhin zumutbar waren leichte und mittelschwere Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen Räumen), aber immer noch im Rahmen eines Vollpensums arbeitsfähig war (Urteil des EVG I 376/05 vom 5. August 2005, insb. E. 4.2). Bejaht hat das Bundesgericht auch die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines (ebenfalls) 60-jährigen Versicherten mit einer aufgrund verschiedener psychischer und physischer Limitierungen (es bestanden u.a. rheumatologische und kardiale Probleme) um 30 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts I 304/06 vom 22. Januar 2007 E. 4.1 und 4.2). Ebenso entschieden wurde bei einem Versicherten mit einer Arbeitsfähigkeit von 80 % (volles Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung in angepasster Tätigkeit), dessen verbleibende Aktivitätsdauer im massgebenden Zeitpunkt knapp vier Jahre betrug, der keine Berufsausbildung aufwies und der als Hilfsmaurer, Strassenbauarbeiter und Lagerangestellter gearbeitet hatte (Urteil des Bundesgerichts 8C_910/2015 vom 18. Mai 2016 E. 4.3.2 – 4.3.4). Ebenfalls bejaht wurde die Verwertbarkeit bei einer verbleibenden Aktivitätsdauer von 2 ½ Jahren und einer Arbeitsfähigkeit von 45 %, wobei diese Restarbeitsfähigkeit in einer Bürotätigkeit, welche den Erfahrungen der Versicherten (Banklehre, Computertechnikerin) entsprach, verwertet werden konnte, sodass von einem minimalen Einarbeitungsaufwand auszugehen war (Urteil des Bundesgerichts 8C_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 4.3.1 und 4.3.2). 10.3.2 Verneint wurde die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines über 61-jährigen Versicherten, der über keine Berufsausbildung verfügte, bezüglich der aus medizinischer Sicht im Umfang

von 50 % zumutbaren feinmotorischen Tätigkeiten keinerlei Vorkenntnisse besass, dessen Teilarbeitsfähigkeit weiteren krankheitsbedingten Einschränkungen unterlag und dem von den Fachleuten der Berufsberatung die für einen Berufswechsel erforderliche Anpassungsfähigkeit abgesprochen wurde (Urteil des EVG I 392/02 vom 23. Oktober 2003 E. 3.2 und 3.3). Als unverwertbar erachtet wurde auch die 50%ige, durch verschiedene Auflagen zusätzlich limitierte Arbeitsfähigkeit eines knapp 64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden (Urteil des EVG I 401/01 vom 4. April 2002 E. 4c und d), ebenso eine 50%ige Arbeitsfähigkeit einer 61 Jahre und einen Monat alten Versicherten, die bezüglich der für sie in Frage kommenden Tätigkeiten einer Umschulung bedurft hätte (Urteil des Bundesgerichts 9C_437/2008 vom 19. März 2009 E. 4 mit weiteren Hinweisen). Im gleichen Sinn beurteilt wurde der Fall einer 61-jährigen Versicherten ohne Ausbildung, welche in einer Verweistätigkeit zu 50 % arbeitsfähig war, ein stark eingeschränktes Tätigkeitsprofil aufwies, auf wohlwollende Führung und ein stressfreies Klima angewiesen war und seit 14 Jahren nicht mehr erwerbstätig gewesen war (Urteil des Bundesgerichts 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.3.1 und 3.3.2). Nicht mehr verwertbar war auch die Arbeitsfähigkeit eines 60 Jahre alten Versicherten, der über keine Berufsausbildung verfügte, 20 Jahre lang als Hotelportier meist mittelschwere bis schwere Arbeiten ausgeführt hatte und aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen realistisch nur noch für Kontroll- und Überwachungsarbeiten in der Industrie eingesetzt werden konnte (Urteil des Bundesgerichts 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 3.2, publiziert in: Plädoyer 2013 S. 57). Ebenfalls verneint wurde die Verwertbarkeit bei einer 61-jährigen Versicherten mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in geeigneten Verweistätigkeiten, die über einen sehr geringen Ausbildungsstand und ein stark eingeschränktes Tätigkeitsprofil verfügte und eine langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt aufwies (Urteil des Bundesgerichts 9C_456/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 3.3). Im gleichen Sinn entschied das Bundesgericht bei einer Versicherten mit einer verbleibenden Aktivitätsdauer von 1 ½ Jahren, welche keinen Beruf erlernt hatte, so dass von einer geringen Anpassungsfähigkeit an eine neue Tätigkeit auszugehen war (Urteil des Bundesgerichts 9C_416/2016 vom 14. Oktober 2016 E. 5.1).

10.4 10.4.1 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. Für die Frage, ob die festgestellte Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter noch verwertbar sei, ist der Zeitpunkt der Gutachtenserstellung massgebend (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462). Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der Erstellung des D.____-Gutachtens vom 25. April 2022 58 Jahre alt.

10.4.2 Im Lichte der dargelegten Grundsätze und der Rechtsprechung sowie der relativ hohen Hürden, welche das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt hat, ist ein erheblicher fehlender Zugang des Beschwerdeführers zum Arbeitsmarkt zu verneinen. Zwar sind dem Beschwerdeführer nach langjähriger Tätigkeit als Maschinist bei der I.____ (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto; IV-Nr. 41) nur noch leichte wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar. Dennoch erscheint der vorliegende Fall im Vergleich mit den oben genannten Urteilen des Bundesgerichts insofern anders zu liegen, als der Beschwerdeführer in seinem Zumutbarkeitsprofil nicht derart eingeschränkt ist und ihm bis zur ordentlichen Pensionierung ab dem massgeblichen Zeitpunkt immerhin noch sechseinhalb Jahre verblieben. In seinem Alter ist der Beschwerdeführer zwar nicht leicht vermittelbar. Jedoch

sind die Anstellungschancen auf dem von Gesetzes wegen als ausgeglichen anzunehmenden Arbeitsmarkt für intakt zu erachten. So ist denn auch bei solchen Tätigkeiten grundsätzlich weder eine lange Einarbeitungszeit noch eine Umschulung erforderlich, wurde doch beim Einkommensvergleich auf das Kompetenzniveau 1 für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art abgestellt. Im Lichte der genannten Rechtsprechung ist demnach vorliegend ein fehlender Zugang des Beschwerdeführers zum Arbeitsmarkt zu verneinen. 11. Zusammenfassend ist die Beschwerde insofern teilweise gutzuheissen, als die Verfügung vom 27. Juni 2022 betreffend die Abweisung des Rentenanspruchs aufgehoben wird. Der Ablauf des Wartjahres ist gestützt auf das D.____-Gutachten per 1. Oktober 2021 erstellt (vgl. E. II. 8.4 hiervor), womit der Beschwerdeführer ab diesem Datum Anspruch auf eine Viertelrente hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 11.1 Da der Beschwerdeführer weder anwaltlich noch anderweitig fachlich vertreten war, besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 11.2 Aufgrund von 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. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

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