

# **SO\_GERICHTE VSBES.2022.143 vom 2. Dezember 2022**

SO Obergericht, 2022-12-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.143\\_d20221202](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.143_d20221202)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.143 du 2 décembre 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.143 del 2 dicembre 2022

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung vom 14. Juni 2022 sei aufzuheben.

### **E. 2**

Der rechtserhebliche Sachverhalt sei weiter abzuklären und im Nachgang dazu sei nochmals über den Anspruch des Beschwerdeführers auf IV-Leistungen zu entscheiden.

### **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 Neuanmeldung 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 Neuanmeldungsverfahren ■ 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 könne vorliegend nicht von einem zweifelsfrei eruierten Sachverhalt ausgegangen werden. Der psychiatrische Gutachter stelle die Diagnose einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.3), welche gemäss seiner Beurteilung bereits seit 2019 bestehe. Wie Dr. med. E. \_\_\_ in seinem Bericht festhalte, widerspreche dies jedoch den ICD-Diagnosekriterien, wonach während maximal sechs Monaten von einer Anpassungsstörung ausgegangen werden könne. Dauere die Störung weiter, sei die Diagnose anzupassen. Zudem setze sich der psychiatrische Gutachter in keiner Weise mit den Diagnosekriterien auseinander, sondern mache lediglich die Anmerkung, dass das frühere Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ vom 19. Februar 2020 (Fachbericht zuhanden der Krankentaggeldversicherung, IV-Nr. 28, vgl. E. I. 2 hiervor) Hinweise auf eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle gebe. Das Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ sei im Untersuchungszeitpunkt über ein Jahr alt. Eine Diagnose gestützt auf ein derart veraltetes psychiatrisches Gutachten berücksichtige nicht sämtliche Umstände. So habe auch der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) in seinem Bericht vom 13. Januar 2021 festgehalten, dass darauf nicht abgestellt werden könne. Sodann verwerfe der Gutachter die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung des behandelnden Psychiaters mit dem Hinweis, diese werde in keiner Weise begründet. Jedoch belege Dr. med. E. \_\_\_ seine Diagnosen u.a. in Ziff. 2.2 des Berichts vom 12. Februar 2021. Dr. med. E. \_\_\_ stelle zudem die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, ggw. schwergradige Episode mit psychotischen Symptomen. Der Gutachter äussere sich aber zu keinem einzigen dieser Punkte. Der Gutachter berücksichtige zudem die vergangenen depressiven Phasen der Jahre 2007, 2015 und 2018 nicht, obwohl diese klar aus den Akten hervorgingen und auch der Beschwerdeführer diese im Rahmen der Anamnese erwähnt habe (vgl. psychiatrisches Teilgutachten S. 9). Des Weiteren sei es nach Angaben von Dr. med. E. \_\_\_ überhaupt nicht nachvollziehbar, weshalb der Gutachter die Risikofaktoren und die belastende Kindheit des Beschwerdeführers vollkommen ignoriere. Auch hier lasse der Gutachter wesentliche Aspekte ausser Acht, die zwingend in die Beurteilung hätten einfließen müssen. In diesem Zusammenhang sei auf folgende Diskrepanz in den verschiedenen Teilgutachten hinzuweisen: In zwei anderen Teilgutachten werde erwähnt, dass zwei Brüder und die Mutter des Beschwerdeführers an psychischen Problemen litten bzw. gelitten hätten (vgl. Gutachten Allg. Innere Medizin, S. 10. und Gutachten Rheumatologie, S. 9). Gemäss psychiatrischem Teilgutachten solle dies jedoch «nur» ein Bruder sein (vgl. S. 12). Diese Unstimmigkeit sei im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung nicht bereinigt worden. Bei seiner Beurteilung lasse der Gutachter zudem ausser Acht, dass Patienten in solchen Situationen viele Symptome nicht in allen Einzelheiten beschreiben wollten oder könnten (vgl. dazu Bericht Dr. med. E. \_\_\_ vom 21. Oktober 2021 mit Verweis auf ICD-10 Leitlinien für schwere depressive Episoden). Ebenfalls nicht nachvollziehbar sei die gutachterliche Einschätzung, wonach beim Beschwerdeführer ein ausreichend strukturierter Tagesablauf bestehe. Er selber halte auf Seite 7 fest, dass der Beschwerdeführer wenig aktiv sei, er die Gesellschaft anderer Menschen nicht ertragen könne, er ausserhalb der Familie keine sozialen Kontakte mehr unterhalte, er zu nichts Lust habe, er immer traurig sei usw. Auch die anderen Gutachter

hätten erkannt, dass beim Beschwerdeführer nicht im Entferntesten von einem geordneten Tagesablauf gesprochen werden könne. Beispielsweise sei dem rheumatologischen Gutachten Folgendes zu entnehmen (vgl. S. 19): «Geordnete Tagesstruktur: nicht vorhanden», «Hobbies, private Interessen und Aktivitäten: keine, «lebt eher zurückgezogen». Auch die Erhebungen zum Tagesablauf des Beschwerdeführers unterschieden sich im psychiatrischen Teilgutachten erheblich von den übrigen Gutachten; Gemäss dem psychiatrischen Gutachten solle der Beschwerdeführer jeweils um 5 oder 6 Uhr morgens aufstehen. In den übrigen Gutachten sei immer von 7 Uhr die Rede. Keine dieser Diskrepanzen sei im interdisziplinären Teil behandelt worden. Sodann schliesse der psychiatrische Gutachter aus der Tatsache, dass der Medikamentenspiegel tiefer liege, als bei einer regelmässigen Einnahme der betreffenden Substanzen zu erwarten wäre, darauf, dass der Leidensdruck beim Beschwerdeführer nicht hinreichend hoch sei und er zudem die Medikamente nur eingenommen habe, weil er mit einer Spiegelung habe rechnen müssen. Obwohl die Resultate bei der Untersuchung vom 15. Juni 2021 bereits vorgelegen hätten (Medikamentenspiegel datiere vom 26. Mai 2021), habe der Gutachter den Beschwerdeführer nicht auf diese Unstimmigkeit angesprochen. Dies sei insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Non-Compliance-Rate bei Patienten mit Depressionen in der Praxis sehr hoch sei und eine Depression als Risikofaktor für schlechte Compliance gelte (vgl. DiMatteo/Lepper/Croghan, Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment, in; Arch Intern Med. 2000), nicht nachvollziehbar. Der Medikamentenspiegel alleine genüge nicht, um die Diagnose einer depressiven Störung des seit Jahren behandelnden Arztes in Frage zu stellen. Des Weiteren unterstelle der psychiatrische Teilgutachter dem Beschwerdeführer implizit ein aggravatorisches Verhalten. Jedoch werde von verschiedenen Seiten berichtet, dass der Beschwerdeführer immer glaubhaft arbeitswillig gewesen sei. Wiedereingliederungsversuche seien aufgrund der psychiatrischen Beeinträchtigung gescheitert (vgl. Bericht Dr. med. F. \_\_\_ vom 13. Oktober 2021). Auch im dermatologischen Gutachten werde darauf hingewiesen, dass aufgrund der psychischen Konstitution des Beschwerdeführers eine Einschränkung bezüglich Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen vorliegen dürfte (vgl. dermatologisches Gutachten, S. 10). Auch diese Unstimmigkeit seien in der Gesamtbeurteilung nicht thematisiert worden. Schliesslich sei darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer ganz klar an rheumatischen Beschwerden leide. Im rheumatologischen Teilgutachten werde ihm deshalb eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100 % attestiert, in angepasster Tätigkeit immerhin eine solche von 20 %. Obwohl hier Einschränkungen nachweisbar seien und wohl seit längerer Zeit bestünden, habe der Beschwerdeführer diese nie in den Vordergrund gestellt. Würde es dem Beschwerdeführer darum gehen, Beschwerden schlimmer darzustellen als sie seien, würde er dies wohl (auch) in diesem Bereich tun. Dies sei jedoch nicht der Fall. Sodann verfüge der RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_ als Facharzt für Anästhesiologie nicht über die erforderliche fachspezifische Kompetenz, um zu den Einwänden gegen das vorliegende Gutachten rechtsgenügend Stellung zu nehmen. Es gelinge ihm vor diesem Hintergrund nicht, die gerügten Mängel am Gutachten zu bereinigen. Dazu wären Rückfragen an die Gutachter nötig gewesen. Die Beschwerdegegnerin habe darauf verzichtet, womit sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt habe. Schliesslich sei beim Invalideneinkommen aufgrund des eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils, den sprachlichen Problemen und dem Umstand, dass der Beschwerdeführer noch keine verwertbare Berufsausbildung abgeschlossen habe, ein Abzug vorzunehmen. Zudem könne die depressive Symptomatik zu vermehrten, nicht

kalkulierbaren Abwesenheiten führen, was ebenfalls zu einem leidensbedingten Abzug führen müsse (Urteil des Bundesgerichts 8C\_179/2018 vom 22. Mai 2018 E. 4.2).

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Abklärungen im Anschluss an die Neuanschuldung des Beschwerdeführers hätten ergeben, dass sich seine gesundheitliche Situation im Vergleich zum Zeitpunkt der Verfügung vom 11. September 2000 verschlechtert habe. Seit Mai 2019 sei er in seiner bisherigen Tätigkeit als Lastwagenchauffeur eingeschränkt. Für eine den gesundheitlichen Beeinträchtigungen angepasste Tätigkeit bestehe seit Mai 2019 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (100%-Pensum mit einer Leistungseinschränkung von 20 %). Ein Anspruch auf berufliche Massnahmen werde mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit abgewiesen. Bei einem Invaliditätsgrad von 24 % bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Ein Abzug vom anhand der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) ermittelten Invalideneinkommen lasse sich nicht rechtfertigen. Sodann vermöchten die vorgebrachten Einwände gegen das Gutachten der D. \_\_\_ AG vom 3. September 2021 samt Bericht von Dr. med. E. \_\_\_ vom 21. Oktober 2021 keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung zu erwecken. Insbesondere vermöge auch das psychiatrische Teilgutachten zu überzeugen. Dr. H. \_\_\_ habe seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unter Beachtung der massgebenden Standardindikatoren von BGE 141 V 281 (E. 4.1.3) vorgenommen. Er lege nachvollziehbar dar, weshalb die von Dr. E. \_\_\_ gestellten Diagnosen, Posttraumatische Belastungsstörung und rezidivierende depressive Störung, nicht nachvollziehbar begründet seien (s. psychiatrisches Teilgutachten S. 18). Nach Würdigung der anamnestischen Angaben, der aktenkundigen Berichte sowie der erhobenen Untersuchungsbefunde komme Dr. H. \_\_\_ zum überzeugenden Schluss, dass affektive Beeinträchtigungen in Form von phasenweiser Herabgestimmtheit, phasenweisen Ängsten bezogen auf die gesundheitliche und existenzielle Zukunft und eine erhöhte Reizbarkeit bestünden (s. Gutachten S. 19). Wie Dr. med. C. \_\_\_ (s. psychiatrisch-psychotherapeutischer Fachbericht vom 19. Februar 2020 an die B. \_\_\_) habe auch Dr. H. \_\_\_ keine schwere psychische Störung feststellen können. Des Weiteren werde den gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits mit einer Leistungseinschränkung von 20 % umfassend Rechnung getragen. Ein leidensbedingter Abzug würde zu einer unzulässigen doppelten Anrechnung derselben Gesichtspunkte führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_805/2015 vom 22. März 2017 E. 3.1 mit Hinweis). Zudem seien dem Beschwerdeführer noch leichte wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar (s. Gutachten, Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung, S. 5). Solche Tätigkeiten seien auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in genügender Zahl verbreitet. Den geltend gemachten mangelnden Sprachkenntnissen sowie der fehlenden noch verwertbaren Berufsausbildung werde bereits bei der Wahl des Kompetenzniveaus 1 Rechnung getragen. Diese Aspekte seien deshalb nicht abzugsrelevant (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_549/2019 vom 26. November 2019 E. 7.7). Da dem Beschwerdeführer eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit mit gesundheitlich bedingt eingeschränkter Leistungsfähigkeit im Umfang von 20 % möglich sei, rechtfertige sich auch kein Abzug unter dem Titel Beschäftigungsgrad (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_203/2019 vom 18. Juli 2019 E. 5.3 mit Hinweisen). Ebenso wenig falle ein Abzug wegen nicht vorhersehbaren Absenzen in Betracht. Aufgrund der geringen psychischen Beeinträchtigung sei nicht mit schwer kalkulierbaren Abwesenheiten zu rechnen.

7. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente mit Verfügung

vom 14. Juni 2022 zu Recht verneint hat.

7.1 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren grundsätzlich ■ 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 Rentenabweisungsverfügung ■ vorliegend am 11. September 2000 ■ bestanden hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_413/2009 vom 11. September 2009 E. 4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 14. 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). Da die Rentenabweisung mit Verfügung vom 11. September 2000 nicht aufgrund einer umfassenden Beurteilung der medizinischen Akten erfolgte, sondern aufgrund dessen, dass der Beschwerdeführer seine Umschulung zum Lastwagenchauffeur erfolgreich abschloss und damit als erfolgreich eingegliedert galt, kann vorliegend ein Sachverhaltsvergleich unterbleiben. Vielmehr ist die Neuanmeldung vom 3. Februar 2020 wie eine Erstanmeldung zu behandeln.

Bezüglich der vorerwähnten strittigen Frage sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

7.1.1 Im Bericht des I.\_\_\_\_, Rheumatologie, vom 5. August 2019 (IV-Nr. 24, S. 8) wurden unter anderem eine Psoriasisarthritis, ED 2014, und ein Verdacht auf eine schwere Depression bei Überforderungssituation durch komplexe Mehrfacherkrankung diagnostiziert. Anlässlich der aktuellen Kontrolle seien die klinischen Befunde durch eine Bildgebung in den anamnestisch am meisten betroffenen Hand- und Fingergelenken sowie Kniegelenken ergänzt worden. Dabei hätten sich mit Ausnahme eines leichten Ergusses radiokarpal rechts keine Anhaltspunkte für entzündliche Veränderungen der Hand-, Finger- oder Kniegelenke gefunden. Laborchemisch hätten sich keine Auffälligkeiten gefunden. Das leicht erhöhte CRP werde im Rahmen des zum Zeitpunkt der Erstkonsultation bestehenden Harnwegsinfektes interpretiert. Somit ergebe sich aus rheumatologischer Sicht aktuell weder klinisch, noch laborchemisch oder radiologisch Anhalt für ein florides entzündliches Geschehen im Rahmen der vorbekannten Psoriasisarthritis. Angesichts der schweren depressiven Symptomatik sei es schwierig, die Beschwerden des Beschwerdeführers weiter zu plausibilisieren, eine funktionelle Komponente im Rahmen der Depression sei durchaus wahrscheinlich. Vor diesem Hintergrund werde aktuell keine Indikation für eine weitere Therapieeskalation i.R. der Psoriasisarthritis gesehen, nachdem Methotrexat und Infliximab bereits im Frühjahr 2019 wegen Wirkungslosigkeit beendet worden seien.

7.1.2 Dr. med. C.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem psychiatrischen Fachbericht zuhanden der Taggeldversicherung B.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2020 (IV-Nr. 28) eine anhaltende affektive (ängstlich-depressive) Störung (F34.8) bei Psoriasis und akzentuierten Persönlichkeitszügen. Die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode gemäss ICD-10 F3 seien aktuell nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer selbst habe zwar manche der gemäss ICD-10 relevanten Symptome genannt. Bei ihm bestünden objektiv aber keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere, bzw. in ausreichender Länge, um eine eigenständige depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Es fehlten die Kriterien tatsächliche schwere Antriebshemmung bzw. dauerhafte Hemmung der Psychomotorik und wesentliche Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit bzw. ausgeprägte Affektstarre. Sodann seien im Fall des Beschwerdeführers auch keine Störungen gemäss Kategorie F45 (somatoforme Störungen, inkl. Somatisierungsstörung

F45.0 / F45.1 bzw. anhaltende Schmerzstörung F45.4) zu begründen. Allgemein gelte nämlich, dass das Charakteristikum einer somatoformen Störung in der wiederholten Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar seien, bestünden. Ein solches Verhalten werde vom Beschwerdeführer anlässlich der aktuellen Untersuchung nicht dargestellt. Die akzentuierten (narzisstisch, histrionisch) Persönlichkeitszüge (Z73.1) des Beschwerdeführers stellten Varianten der Norm i. S. von Eigenheiten der Person dar, die von sich aus alleine keinen Krankheitswert besäßen. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus (im Vergleich zu vor Eintritt der Gesundheitsschädigung im 06/2019) durch den Beschwerdeführer sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen (Beruf/ Erwerb, Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten) weit überwiegend durch seine Selbsteinschätzung zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser rein subjektiven Defizite sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht zumutbar und tatsächlich möglich (vgl. Aktivitäten des täglichen Lebens, Mitarbeit im Haushalt, soziale Kontakte). Aus psychiatrischer Sicht sei ab 11. Februar 2020 für angepasste Tätigkeiten aufgrund einer eingeschränkten Belastbarkeit eine Einschränkung der Leistung von 15 % (von 100 %) anzunehmen. Für die angestammte Tätigkeit als Chauffeur sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen, bis verkehrsmedizinische und/oder verkehrspsychologische Beurteilungen das Gegenteil bestätigten. Insbesondere bei sozialen Belastungen, die auch unabhängig vom Arbeitsplatz auftraten (bspw. familiäre Konflikte, finanzielle Sorgen, Konflikte mit Behörden), bestehe das Risiko rezidivierender Erregungszustände. Bei der Anpassung stünden allfällige somatisch begründbare Defizite wesentlich im Vordergrund. Das Arbeitsklima sollte zudem so konfliktarm wie möglich und auf Unterstützung und Förderung ausgelegt sein. Der Beschwerdeführer könne von einer stringenten, wohlwollenden Führung am Arbeitsplatz bei weitgehender Autonomie in der Gestaltung der Tätigkeit profitieren. Seine Defizite in der Emotionsregulation (Reizbarkeit, Impulsivität, Erregungszustände) und seine akzentuierten Persönlichkeitszüge sollten toleriert werden.

7.1.3 Mit Stellungnahme vom 4. September 2020 (IV-Nr. 44) führte der behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers, Dr. med. E.\_\_\_\_, aus, er sei mit der Feststellung bezüglich Diagnose und Arbeitsfähigkeit im Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ nicht einverstanden. Der Beschwerdeführer befinde sich seit 2019 bei ihm, Dr. med. E.\_\_\_\_, in fachärztlichen Behandlung. In der Regel benötige man einen längeren Zeitraum, damit ein objektives Urteil möglich sei. Demnach könne diese kurze und wohl einseitige Beobachtung durch Dr. med. C.\_\_\_\_ nicht im gleichen Mass aussagekräftig sein, wie die jahrelange fachärztliche Beobachtung. Der Verlauf deute darauf hin, dass sich die depressive Störung mittlerweile in eine eigenständige affektive Störung mit einer sich verselbstständigten Dynamik entwickelt habe und nicht in einem direkten sozialen Kontext angesiedelt sei. Der Krankheitsverlauf und der aktuelle Zustand des Beschwerdeführers hätten die Diagnosen einer mittel-schwergradigen rezidivierenden depressiven Störung, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehe, bestätigt. Es seien zahlreiche biologische und psychosoziale Einflussfaktoren im Spiel, die bei Entstehung einer Depression eine Rolle spielten. Die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers sei geprägt durch frühe Verantwortungsübernahme und hohes Pflichtbewusstsein gegenüber der Familie, chronische Unterordnung der eigenen Bedürfnisse, übermässig aufopferndes Verhalten sowie wenig Raum zur Selbstentfaltung und Selbstfürsorge. Weitere Risikofaktoren für eine Depression seien Ereignisse oder Lebenslagen, die den sozialen

Status bedrohten, v.a. geringer Verdienst und/oder auf finanzielle Hilfe von dritten Personen abhängig zu werden. Damit sei beim Beschwerdeführer bei geringen Belastungssituationen die weitere depressive Episode vorprogrammiert. Aus psychiatrischer Sicht könne anhand des Therapieverlaufs in der Praxis, den vorliegenden Unterlagen und den Schilderungen des Beschwerdeführers seit Beginn der Behandlung eine Zustandsverschlechterung attestiert werden. Weiterhin sei festzuhalten, dass die Anzahl und Intensität von depressiven Symptomen erneut zugenommen hätten (drei Hauptsymptome: gedrückte, depressive Stimmung, Interessensverlust und Freudlosigkeit und Antriebsmangel) sowie fünf Zusatzsymptomen (Suizidalität, vermindertes Selbstvertrauen, Schlafstörungen, verminderte Konzentration und pessimistische Zukunftsperspektive, verminderter Appetit), so dass die aktuelle Diagnose laute: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2). Der Beschwerdeführer sei nach wie vor sowohl in angestammter, als auch angepasster Tätigkeit arbeitsunfähig. Dies sei begründet in der verringerten affektiven Steuerungsfähigkeit, einer depressiven Apathie mit Energiemangel und Konzentrationsstörungen. Aus psychiatrischer Sicht seien massive Einschränkungen im Bereich der Stressbelastbarkeit und affektiven Belastbarkeit, des Antriebs und des zeitlichen Durchhaltevermögens und der kognitiven Präsenz vorhanden, die sich auf alle beruflichen Tätigkeiten leistungsmindernd auswirkten. Aus psychiatrischer Sicht sei dem Beschwerdeführer zum aktuellen Zeitpunkt nicht mal eine Tätigkeit im geschützten Rahmen zumutbar.

7.1.4 Im Arztbericht vom 12. Februar 2021 (IV-Nr. 60) stellte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnosen:

Es bestünden sequentielle frühe Traumata durch emotionale Vernachlässigung, invalidisierendes Umfeld und häusliche physische Gewalt und Zeuge sein von Gewalt in Kindheit und Jugend in der Herkunftsfamilie, viele Wechsel der Bezugspersonen, verschiedene Heimaufenthalte. Im Erwachsenenalter Retraumatisierung (Razzia 2007 und Verhaftung, beinahe Unfälle während der Arbeit). Bei erheblicher Traumanamnesese habe ein klinisches Bild aus vor allem Ängsten, Hyperarousal, Vermeidung von Erinnerungen, Durchschlafstörung, Reizbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten bestanden. Der Verlauf sei durch Schwankungen bzw. immer wieder auftretende Krisen gekennzeichnet. In geringen Belastungssituationen sei mit psychischen Dekompensationen, mit verstärkt depressiven Symptomen zu rechnen. Der Verlauf der Behandlung sei gesamthaft durch eine weitgehende Fixierung der Beschwerden im Sinne einer Chronifizierung der depressiven Symptomatik, durch Gehemmtheit und Passivität sowie eine resignative Grundhaltung und einen resultierenden sozialen Rückzug gekennzeichnet. Er leide unter Interessensverlust, starker Trauer. Zudem habe er starke Existenzängste, da das Geld knapp sei. Die Administration sei sehr aufwändig und belastend. Seine Motivation sei reduziert und er habe Mühe mit der Tagesstruktur. Trotz diesem schwierigen und chronischen Verlauf und den belastenden Rahmenbedingungen habe bis jetzt durch adäquate Massnahmen einer anhaltenden Verschlechterung entgegengewirkt werden können. Eine Erhöhung der Belastbarkeit habe jedoch nicht erreicht werden können. Subjektiv und objektiv bestünden schwergradige Konzentrations- und Merkfähigkeitsprobleme. Das formale Denken sei schwergradig eingengt, teilweise verlangsamt, grübelnd, haftend und kreisend auf Kränkungserleben mit Autonomieverlust, sozialem Abstieg und Vertrauensverlust, sowie inhaltlich auf die Sorge um die gesundheitlichen und psychischen Beschwerden und den eigenen Leistungsabfall fokussiert. Keine Zwänge, kein wahnhaftes Erleben, keine

Ich-Störungen, er klagt Stimmen zu hören, welche ihn daran hinderten, eine Tätigkeit auszuüben, generalisierte sowie phobische Ängste mit gelegentlichen Panikattacken. Stimmung mittel-schwergradig depressiv, leidend, traurig, besorgt, affektlabil, verzweifelt. Gelegentlich beklagt er Reizbarkeit, wolle mit niemanden reden, er sehe keinen Ausweg, er sei in einem Tunnel ohne Licht. Schwergradige Störungen der Vitalgefühle, Insuffizienzgefühle, Zukunftsängste, Schuldgefühle, erdrückende Erschöpfungsgefühle. Hochgradiger sozialer Rückzug, mittelschwere Ein- und Durchschlafstörungen. Antrieb und Psychomotorik deutlich reduziert, innere Unruhe. Er könne sich deutlich von Selbst- oder Fremdgefährdung distanzieren. Dem Beschwerdeführer seien aktuell keine Tätigkeiten seiner Ausbildung und Erfahrung entsprechend, aufgrund des Verlaufes, der angegebenen Beschwerden, der objektiven und semiobjektiven Befunde, zumutbar. Ein Rückfallrisiko sei enorm hoch.

7.1.5 Im polydisziplinären Gutachten der D. \_\_\_ AG vom 3. September 2021 (IV-Nr. 75.1; Fachrichtungen Innere Medizin, Dermatologie, Rheumatologie und Psychiatrie) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Dermatologischer- und allgemeininternistischerseits werde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Vonseiten des rheumatologischen Fachgebietes wirkten sich eine axiale und periphere Spondylarthritis, ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom sowie eine MTP1-Arthrose beidseits auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sei die Krankheitsaktivität als moderat einzustufen gewesen. Die zervikalen Schmerzen hätten klinisch und radiologisch bei degenerativen Veränderungen auf Höhe C5 bis C7 nachvollzogen werden können. Es hätten sich aber keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik gezeigt. Bezogen auf das Lumbovertebralsyndrom werde von einer muskulären Ätiologie der Schmerzen ausgegangen. Die MTP1-Arthrose beidseits sei als primär zu bezeichnen. Vonseiten des psychiatrischen Fachgebietes werde von einer psychischen Reaktionsbildung auf die körperlichen Beeinträchtigungen im Sinne einer Anpassungsstörung mit der vorwiegenden Beeinträchtigung anderer Gefühle ausgegangen. Das vom Versicherten postulierte Beschwerdeausmass sei psychiatrischerseits nicht vollumfänglich nachvollziehbar. Von dermatologischer und allgemeininternistischer Seite sei der Versicherte uneingeschränkt 100 % arbeitsfähig (100%-Pensum, 100 % Rendement). Von psychiatrischer Seite sei vor dem Hintergrund der geringen psychischen Beeinträchtigung nur die Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Er sei zu einer Präsenz von 8.5 Stunden mit einer 20%igen Leistungseinschränkung befähigt, sodass sich eine Arbeitsfähigkeit von 80 % ergebe (100%-Pensum, 80 % Rendement). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gelte diese Angabe seit dem Juni 2019 (Aufnahme der psychiatrischen Behandlung). Vonseiten des rheumatologischen Fachgebietes sei die bisherige Tätigkeit überwiegend wahrscheinlich seit dem Februar 2020 nicht mehr zumutbar. Eine angepasste wechselbelastende leichte Tätigkeit sei dem Versicherten mit einer Präsenz von 8.5 Stunden mit einer Leistungseinschränkung von 20 % aufgrund regelmässig einzuhaltender Pausen zumutbar. Somit ergebe sich eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 80 % (100%-Pensum, 80 % Rendement). Diese Angabe gelte wahrscheinlich seit Mai 2019. Die retrospektive Beurteilung sei allerdings nicht hinreichend auf Basis des existierenden Aktenmaterials möglich und werde daher mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit

gutachterlich beurteilt. Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergäben sich von rheumatologischer und psychiatrischer Seite. Die zusätzlichen psychischen Einschränkungen führten zu keiner ausgeprägteren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, da den psychischen und rheumatologischen Einschränkungen im Rahmen des erhöhten Pausenbedarfs gleichermassen Rechnung getragen werde.

7.1.6 In seiner Stellungnahme vom 21. Oktober 2021 (IV-Nr. 78, S. 17) führte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, im psychiatrischen Teilgutachten der D.\_\_\_\_ AG sei der Krankheitswert der psychischen Störungen nicht erkannt bzw. die Schwere der Symptomatik heruntergespielt, bzw. verharmlost worden und es sei dem Beschwerdeführer mehr zugemutet worden, als er in der Lage wäre. Die Diagnose einer Anpassungsstörung solle gemäss ICD-10 und DSM-IV nach längerem Fortbestehen, spätestens nach sechs Monaten, in eine depressive Episode überführt werden. Laut dem psychiatrischen Gutachter bestehe aktuell (am 15. Juni 2021) seit 2019 eine anhaltende Anpassungsstörung. Eine darüberhinausgehende psychische Beeinträchtigung sei nicht evident. Insofern sei die Diagnose Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen fehl am Platz. Sodann sei die rezidivierende Natur des hier diagnostizierten depressiven Leidens aufgrund der anamnestischen Angaben auch rückblickend mit genügender Sicherheit belegt, auch wenn die früheren Episoden nie fachärztlich behandelt worden seien oder zur Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Eine rezidivierende Störung wie der Name preisgebe, verschwinde nicht. Diese könne remittieren oder verschiedene Schweregrade zwischen leicht, mittel oder schwer einnehmen, aber die Störung bleibe ein Leben lang erhalten, wie in dem Fall des Beschwerdeführers. Es seien zahlreiche biologische und psychosoziale Einflussfaktoren im Spiel, die bei Entstehung einer Depression eine Rolle spielten. Der Beschwerdeführer weise mehrere solche Risikofaktoren auf. Auch genetisch bestehe eine Auffälligkeit für eine depressive Störung. Ein Bruder leide unter Depressionen. Die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers sprächen eine deutliche Sprache, dass er ein schwer traumatisierter Mensch sei und schwer misshandelt worden sei, was die Basis für die spätere depressive Entwicklung bilde. Insofern sei nicht nachvollziehbar, warum der Gutachter diese Tatsache ignoriere, welche eine Grundlage für spätere depressive Störungen bei dem Patienten bilde. In der ICD-10 könne man unter diagnostischen Leitlinien für schwere depressive Episoden (ICD-10 F32.2) lesen, es sei möglich, dass besonders agitierte oder gehemmte Patienten viele Symptome nicht in allen Einzelheiten beschreiben wollten oder könnten. In solchen Fällen sei eine zusammenfassende Einschätzung als schwere Episode dennoch gerechtfertigt. Dies zeige, dass die Stellung einer psychiatrischen Diagnose nicht immer einfach sei und neben der beschriebenen Psychopathologie schlussendlich die Gesamteinschätzung des Patienten durch den Psychiater wichtiger sei als das Vorliegen oder Fehlen einzelner psychopathologischer Befunde. In Anbetracht der bisherigen Erfahrungen mit dem Beschwerdeführer, der oben beschriebenen Symptomatik, sowie der Persönlichkeitsstruktur, sei eher von einer Langzeittherapie auszugehen, wobei die therapeutischen Fortschritte nur in kleinen Schritten zu erreichen seien. Der Beschwerdeführer sei derzeit nicht leistungsfähig und gering belastbar. Bereits kleinere Anforderungen führten zu einer Überforderung und einer damit verbundenen Verschlechterung der psychischen Verfassung. Diese Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit beruhten vor allem darauf, dass in geringen Belastungssituationen mit psychischen Dekompensationen mit verstärkt depressiven Symptomen zu rechnen sei. Weiterhin sei festzuhalten, dass die Anzahl und Intensität von depressiven Symptomen erneut

zugenommen hätten (drei Hauptsymptome: gedrückte, depressive Stimmung, Interessensverlust und Freudlosigkeit und Antriebsmangel sowie fünf Zusatzsymptome: Suizidalität, vermindertes Selbstvertrauen, Schlafstörungen, verminderte Konzentration und pessimistische Zukunftsperspektive, verminderter Appetit), so dass die aktuelle Diagnose laute: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2). Heute betrage die Arbeitsfähigkeit generell für alle Arbeitstätigkeiten aus psychiatrischer Sicht höchstens 20 %. Dies sei begründet in der verringerten affektiven Steuerungsfähigkeit und Impulskontrolle, einer depressiven Apathie mit Energiemangel und Konzentrationsstörungen. Durch die somatischen Beschwerden erhöhe sich die Einschränkung jedoch noch relevant.

7.1.7 Mit Aktennotiz vom 2. Juni 2022 (IV-Nr. 86) führte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt Anästhesiologie FMH, RAD, aus, im Einwand der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 16. November 2021 werde unter Berufung auf das Schreiben des behandelnden Psychiaters, Dr. med. E.\_\_\_\_, insbesondere beanstandet, dass der Gutachter eine Anpassungsstörung feststelle, die seit 2019 bestehe. Dies widerspreche gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers den ICD-10-Diagnosekriterien, wonach während maximal sechs Monaten von einer Anpassungsstörung ausgegangen werden könne. Dazu sei zu bemerken, dass es sich bei dieser sechs-Monatsfrist um keine absolute Zahl handle. Gemäss ICD-10 hielten die Symptome meist nicht länger als sechs Monate an. Daraus gehe hervor, dass es eben durchaus in Einzelfällen Anpassungsstörungen geben könne, die nach sechs Monaten nicht beendet seien bzw. nicht in eine andere Diagnose zu überführen seien. Die vom Gutachter gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung mit der vorwiegenden Beeinträchtigung anderer Gefühle widerspreche dem ICD-10 somit nicht. Unter Punkt 6 lege der psychiatrische Gutachter ab S. 15 ausführlich und unter Einbezug der Akten seine diagnostischen Überlegungen dar. Diese seien nachvollziehbar, schlüssig und begründet. Insbesondere werde auch ausführlich dargelegt, weshalb die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht plausibel erscheine.

8. Da die Beschwerdegegnerin die angefochtene Verfügung vom 14. Juni 2022 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der D.\_\_\_\_ AG vom 3. September 2021 (IV-Nr. 75.1; Fachrichtungen: Dermatologie, Rheumatologie, Innere Medizin und Psychiatrie) abstützt, ist nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen.

8.1

8.1.1 Im dermatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 75.3) wurde festgehalten, beim Beschwerdeführer bestehe seit nahezu 25 Jahren in mehr oder v.a. wenig starker Ausprägung eine Dermatoze, die sich vom klinischen Bild und aus dem einzig in den Akten vorhandenen dermatologischen Bericht aus der dermatologischen Klinik im J.\_\_\_\_ von 1997 am ehesten als Ekzemerkrankung einordnen lasse, wobei aufgrund des klinischen Bildes differenzialdiagnostisch auch eine Psoriasis in Erwägung gezogen werden könne. In den letzten Jahren habe sich dieses psoriasiforme Ekzem lediglich im Bereich beider Unterschenkel tibial in mässiger Ausprägung gezeigt. Bei einer konsequenten Behandlung mit einem antientzündlichem Externum wäre dies sogar komplett kontrolliert in einem abgeheilten Zustand zu erwarten. Die Ekzemerkrankung sei im Herbst 1997 vorübergehend exazerbiert gewesen und habe zur Arbeitsunfähigkeit geführt. Ansonsten habe es aber im Weiteren diesbezüglich keinerlei Einschränkungen die Arbeitsfähigkeit betreffend gegeben. Aufgrund dieser Ausführungen ist es nachvollziehbar, dass der dermatologische Gutachter aus rein dermatologischer Sicht auch aktuell eine volle Arbeitsfähigkeit attestierte. Aus

dermatologisch gutachterlicher Sicht sei eine Beurteilung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen schwierig. Fachfremd sei aber zu bemerken, dass aufgrund der psychischen Konstitution eine Einschränkung bezüglich Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen vorliegen dürfte.

Auf das dermatologische Teilgutachten, welches 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), kann somit abgestellt werden.

8.1.2 Im rheumatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 75.5) wurde ausgeführt, aufgrund der dermatologischen und rheumatologischen Begutachtung lasse sich keine

Psoriasisarthritis gemäss den Caspar-Kriterien diagnostizieren und die Beschwerden könnten vor allem aufgrund der postentzündlichen Veränderungen der ISG bds und aktenkundigen Sakroiliitis sowie im 2019 sonografisch nachgewiesenen Synovitis radiocarpal rechts als eine Axiale und periphere Spondyloarthritis postuliert werden. Differentialdiagnostisch sei eine Psoriasisarthritis sine Psoriasis nicht ausgeschlossen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sei die Krankheitsaktivität als moderat einzustufen gewesen, radiologische postentzündliche Veränderungen im Bereich der Hände und Füsse seien nicht vorhanden gewesen. Die cervikalen Schmerzen hätten klinisch und auch radiologisch bei degenerativen Veränderungen auf Höhe C5-C7 nachvollzogen werden können, es hätten sich keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik gezeigt. Das chronische Lumbovertebralsyndrom sei klinisch mit Bewegungseinschränkungen auffällig gewesen, dabei ohne Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Radiologisch seien im aktuellen CT der LWS keine strukturellen Veränderungen als Korrelat für die Beschwerden vorhanden gewesen und es könne daher von einer muskulären Aetiologie der Schmerzen ausgegangen werden. Die MTP I Arthrose bds. sei als primär zu bezeichnen gewesen und könne nach Kellgreen und Lawrence als Grad 3 eingestuft werden. Der Versicherte habe seine Beschwerden in allen Lebenslagen als gleich stark angegeben. Im Rahmen der klinischen Untersuchung hätten sich positive Waddell-Zeichen als Ausdruck von Verdeutlichungstendenzen gezeigt. Inkonsistenzen hätten sich bei der klinischen Untersuchung ergeben, mit deutlichen Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule im Bereich der LWS ohne organisches, respektive radiologisches Korrelat. Ein Teil der Beschwerden vor allem cervical sei nachvollziehbar gewesen, bei radiologisch nachweisbaren degenerativen Veränderungen, jedoch sei das ausgeprägte Ausmass der angegebenen Beschwerden und Funktionseinschränkungen in der klinischen Untersuchung lumbal nicht plausibel nachvollziehbar gewesen. Es bestünden zudem inkonsistent der stark erhöhte Leidensdruck sowie die Schmerzintensität und das wenig in Anspruch genommene Therapieangebot sowie die analgetische Therapie, welche in Reserve mit Ibuprofen durchgeführt werde und aktuell sei ein tiefer Medikamentenspiegel nachweisbar gewesen, sodass von keiner regelmässigen Einnahme, wie vom Exploranden angegeben, auszugehen sei. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen vermag sodann das gutachterlich attestierte Zumutbarkeitsprofil sowie die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Aus rheumatologischer Sicht bestünden Einschränkungen der Grob- und Feinmotorik, langes Laufen, vor allem auf unebenem Gelände sowie schwere manuelle Tätigkeiten seien als ungünstig anzusehen. Das Heben und Tragen von Lasten sei mit max. 5 ■ 10 kg zumutbar. Langes Sitzen von mehr als 4 Stunden/Tag am Stück sei zu vermeiden, zudem

langes Stehen von mehr als 2 Stunden/Tag, ebenso repetitive Arbeiten über Kopf sowie häufige Bückbewegungen und Rumpfrotationen. Zwangshaltungen über dem Kopf seien zu vermeiden, zudem Arbeiten in vorgeneigter Haltung sowie kniend, kauend und gebückt. Arbeiten in Kälte und Nässe seien als ungünstig anzusehen. In der angestammten Tätigkeit als Chauffeur bestehe aus rheumatologischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit mehr. Dies begründe sich aufgrund der degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS und LWS sowie MTP I Arthrose, wodurch sich relevante Funktionseinschränkungen ergäben. Das Arbeitsprofil als Chauffeur sei als ungünstig anzusehen, mit langem Sitzen, Stossen und Tragen schwerer Lasten und nicht ergonomischer Haltung der HWS, so dass eine Verschlechterungszunahme überwiegend wahrscheinlich sei. In einer dem Funktionsprofil angepassten Tätigkeit sei eine Präsenzzeit von 8.5 Stunden möglich. Jedoch bestehe eine Leistungseinbusse von 20 % aufgrund regelmässig einzuhaltender Pausen. Bei dem Versicherten bestehe in der angestammten Tätigkeit als Chauffeur seit Mai 2019 keine Arbeitsfähigkeit mehr. Dies sei aufgrund der psychiatrischen Diagnosen begründet, worauf sich auch die ausgestellten Arbeitsunfähigkeitszeugnisse bezögen. Rheumatologischerseits seien keinerlei Arbeitsfähigkeitszeugnisse attestiert worden, eine Einschätzung aus diesem Fachgebiet sei fehlend. Aufgrund der Befunde und aktuellen Untersuchungsergebnisse sei überwiegend wahrscheinlich von einer 80%igen Tätigkeit (gemeint wohl: Arbeitsfähigkeit) in einer Verweistätigkeit seit Mai 2019 auszugehen. Diese Ausführungen sind nachvollziehbar und überzeugend.

Zusammenfassend kann auf das schlüssige rheumatologische Teilgutachten, welches den in E. II. 8.1.1 hiervor genannten rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten entspricht (vgl. AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160), ebenfalls abgestellt werden.

8.1.3 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 75.2) wurden folgende Befunde erhoben: Kopf- und Halsbereich: Enoral unauffällig. Keine vergrösserte Schilddrüse palpabel, keine pathologischen Lymphknoten. Unauffällige Palpation beider Karotiden, ohne nachweisbare Strömungsgeräusche. Keine gestauten Jugularvenen, kein hepatojugulärer Reflux. Haut/Nägel: Normale Durchblutung der Haut und aller einsehbaren Schleimhäute. Kein Ikterus, keine Zyanose. Keine Spider naevi, kein Palmarerythem, keine Lackzunge. Herz-/Kreislaufsystem: Regelmässige, tachykarde Herzaktionen mit einer Frequenz von 65/min. Reine Herztöne, kein Nachweis von vitientypischen Geräuschen. Der Blutdruck betrug links 132/85 mmHg. Keine peripheren Ödeme zum Untersuchungszeitpunkt. Alle peripheren Pulse gut palpabel. Keine Varikosis. Atmung: Unauffällige und seitengleiche Perkussion und Auskultation der Lunge, ohne Nachweis von feuchten Rasselgeräuschen. Gestützt auf diese Befunderhebung kommt der internistische Gutachter in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass auf allgemeininternistischen Fachgebiet keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beständen. Der Versicherte könne 8.5 Stunden anwesend sein. Es bestehe keine Leistungseinbusse.

Das internistische Gutachten entspricht ebenfalls den in E. II. 8.1.1 hiervor genannten rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten, weshalb darauf abgestellt werden kann.

#### 8.1.4

8.1.4.1 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 75.4) führte der Gutachter aus, anamnestisch habe der Versicherte einen ausreichend strukturierten Tagesablauf geschildert und geäussert, dass er die Ehefrau zur Arbeit bringe und wieder abhole, mit dem Hund

Gassi gehe, sporadisch Hausarbeiten ausführe. Der AMDP-konforme Untersuchungsbefund sei bis auf eine vordergründig subdepressive Stimmung bei Nachfragen nach dem psychischen Befinden und einer nahezu zu vermutenden Affektinkontinenz in diesem Zusammenhang und einer vordergründig innerlichen Anspannung bei derartigen Themen bezogen auf die objektiven Kriterien regelrecht gewesen. Subjektiv seien neben den aufgeführten Symptomen und Ängsten bezogen auf die finanzielle Zukunft über fraglich beginnende Panikattacken und fraglich hypnagoge Halluzinationen berichtet worden, wobei es sich eher um intermittierende Albträume handeln dürfte, sowie lebensmüde Gedanken. In der Gegenübertragung sei diskrepant zu dem vom Versicherten geäußerten Beschwerdeausmass keine namhafte psychische Beeinträchtigung aufspürbar gewesen. Sodann führte der psychiatrische Gutachter hinsichtlich der Vorakten aus, im psychiatrischen Fachbericht von Dr. med. C. \_\_\_ vom 19. Februar 2020 würden Symptome einer Anpassungsstörung plausibel beschrieben. Ebenfalls werde plausibel dargelegt, dass der Schweregrad einer depressiven Episode nicht erreicht werde. Schlussendlich ergebe der Bericht von Dr. med. C. \_\_\_ Hinweise auf eine Anpassungsstörung mit der vorwiegenden Beeinträchtigung anderer Gefühle. Bezüglich der Berichte des behandelnden Psychiaters, Dr. med. E. \_\_\_, hielt der Gutachter fest, der Behandler beschreibe zwar einen ausgeprägteren Schweregrad. Dieser stehe aber im Widerspruch zu den aktuellen anamnestischen Angaben des Versicherten, welcher auffallend vage bleibe bei Nachfragen nach Beeinträchtigungen, scheinbar im Gegensatz zum Antwortverhalten beim Behandler und bei der Vorbegutachtung und im Gegensatz zum Antwortverhalten auf sonstige Fragen. Zudem werde die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung in keiner Weise begründet. Es würden lediglich potenziell traumatisierende Ereignisse in der Kindheit und Jugend in Übereinstimmung mit den anamnestischen Angaben des Versicherten erwähnt. Die Ausbildung einer Traumafolgestörung werde allerdings daraus nicht plausibel, ebenso wenig anamnestisch. So negiere der Versicherte sämtliche Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wie Intrusionen, Flashbacks, Triggerreize, traumabezogenes Vermeidungsverhalten, Hyperarousal, allgemeines Misstrauen gegenüber anderen Menschen. Auch werde aus der soziobiografischen Anamnese deutlich, dass dem Versicherten eine regelrechte berufliche Integration trotz aller Schwierigkeiten gelungen sei, ebenso wie eine Umschulung und er langjährig am letzten Arbeitsplatz habe tätig sein können. Des Weiteren könnten aus dem Bericht von Dr. med. E. \_\_\_ vom 12. Februar 2021 weder eine mittelgradige noch schwere depressive Beeinträchtigung noch psychotische Symptome nachvollzogen werden. Die aktenkundig erwähnten akustischen Halluzinationen würden vom Versicherten weder aktuell noch retrospektiv bestätigt. Plausibel werde lediglich eine psychische Reaktionsbildung als Folge der schmerzbedingten Einschränkungen des Versicherten und der aus der Arbeitsunfähigkeit resultierenden psychosozialen Probleme.

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen vermag sodann die gutachterliche Diagnosestellung zu überzeugen: Nach Würdigung der anamnestischen Angaben des Versicherten, der aktenkundigen Berichte sowie der hier erhobenen Untersuchungsbefunde ergebe sich, dass beim Versicherten affektive Beeinträchtigungen in Form von phasenweiser Herabgestimmtheit, phasenweisen Ängsten bezogen auf die gesundheitliche und existenzielle Zukunft sowie eine erhöhte Reizbarkeit bestünden. Deutlich werde, dass es überwiegend wahrscheinlich im Jahre 2019 bedingt durch zunehmende körperliche Beeinträchtigungen zu einer psychischen Reaktionsbildung in Form einer Anpassungsstörung mit der vorwiegenden Beeinträchtigung anderer Gefühle gekommen

sei, welche auch durch die als kränkend erlebte Kündigung des Arbeitsplatzes und die enttäuschten Erwartungen bezogen auf von dem Versicherten als rechtmässig erlebten Versorgungsansprüche unterhalten worden seien. Das vom Versicherten postulierte und aktenkundig dargelegte Störungsausmass sei nicht vollumfänglich nachvollziehbar. So beschreibe er einen ausreichend aktiven Tagesablauf, nehme die Medikation überwiegend wahrscheinlich nicht ein, was einem namhaften Leidensdruck entgegenstehe. Auch sei in der Gegenübertragung keine namhafte psychische Beeinträchtigung aufspürbar. Auffallend sei das vage Antwortverhalten bei expliziten Nachfragen nach psychischen Beeinträchtigungen und sogar bei Vorgabe allfälliger Beeinträchtigungsmöglichkeiten. Weiterhin auffallend sei das Verhalten des Versicherten im Rahmen der Exploration insofern, dass er sofort bei Nachfrage nach allfälligen psychischen Beeinträchtigungen eine leidende Gestik demonstriere, im Gegensatz dazu bei den Berichten über belastende soziobiografische Ereignisse kein derartiges Verhalten zeige und auch nicht bei sonstigen Themen. Durchgehend sei in der Gegenübertragung keine namhafte psychische Beeinträchtigung aufspürbar. Vielmehr wirke das Verhalten vordergründig demonstrativ. Insgesamt lasse sich nur eine mässige psychische Beeinträchtigung unter Zugrundelegung dieser Aspekte objektivieren. Weiter gehe aus den Angaben des Beschwerdeführers und den Vorakten hervor, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2000 eine Umschulung absolviert habe, da er aufgrund einer Psoriasis im Gastgewerbe als Pizzameister nicht habe weiterarbeiten können. Er sei Lkw-Chauffeur geworden und habe bis zum Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im Jahre 2019 in diesem Beruf gearbeitet, am letzten Arbeitsplatz langjährig. Der Versicherte berichte eine zunehmende Schmerzsymptomatik seit etwa fünf Jahren und diesbezügliche Einschränkungen bei der Arbeit als Lkw-Chauffeur, bei welcher er auch habe be- und entladen müssen. Aktuell befinde er sich seit 2019 in psychiatrischer Behandlung. Aus der soziobiografischen Anamnese werde deutlich, dass der Versicherte während seiner Kindheit und Jugend keine sichere emotionale Beziehung haben können, somit kein ausreichendes Selbstwertgefühl aufbauen können und eine von selbstunsicheren Zügen geprägte Persönlichkeit entwickelt habe, ohne dass das Ausmass einer Persönlichkeitsakzentuierung oder -störung erreicht werde. Auf dieser Basis bestehe eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Reaktionsbildungen bisher überwiegend wahrscheinlich jeweils im Sinne von Anpassungsstörungen. Aktuell bestehe seit 2019 eine anhaltende Anpassungsstörung. Eine darüber hinausgehende psychische Beeinträchtigung sei nicht evident.

8.1.4.2 Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen hielt der psychiatrische Gutachter zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sodann fest, bedingt durch die noch geringe psychische Beeinträchtigung resultierend aus der Anpassungsstörung sei der Versicherte derzeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfes in seiner Leistungsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit 20 % eingeschränkt. Somit ist des Weiteren zu prüfen, ob diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung zu überzeugen vermag.

Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die

klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

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

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

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

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

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

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

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

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

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

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 8.1.4.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass es sich bei der diagnostizierten Anpassungsstörung um eine leichte Ausprägung der Symptomatik handelt.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, der Versicherte habe sich laut seinen Angaben vor 17 Jahren in erfolgreicher psychotherapeutischer Behandlung befunden, laut aktenkundigen Berichten im Jahre 2007. Weiterhin sei eine Behandlung im Jahre 2015 vorübergehend erfolgt. Erneut werde der Versicherte seit Juni 2019 kontinuierlich fachärztlich behandelt. Es seien verschiedene antidepressive Medikationen laut aktenkundigen Berichten mit Citalopram, Venlafaxin, Brintellix, Duloxetin und Abilify erfolgt. Aktuell werde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Medikation nicht eingenommen. Im Laborbefund vom 28. Mai 2021 sei der Spiegel des Aripiprazol mit 13 pg/l signifikant erniedrigt gewesen (Referenz 100-350 pg/l). Der Spiegel des Metaboliten Dehydroaripiprazol sei nicht messbar. Somit sei davon auszugehen, dass lediglich eine Mitteleinnahme zum Zwecke der Begutachtung erfolgt sei und überwiegend wahrscheinlich keine regelmässige Einnahme erfolge. Dazu passend sei kein Spiegel des Duloxetin und des Trazodon messbar gewesen, sodass diese Substanzen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht eingenommen würden. Fraglich sei, inwieweit früher eine ausreichende Medikamentencompliance überhaupt vorhanden gewesen sei. Die Therapiefrequenz sei ausreichend. Aus psychiatrischer Sicht wäre die

Einnahme einer antidepressiven Medikation sinnvoll, könnte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die noch bestehenden Einschränkungen des Versicherten bessern. Gestützt auf diese gutachterlichen Ausführungen ist nicht von einer Behandlungsresistenz auszugehen. Zu einer allfälligen Eingliederungsresistenz werden im Gutachten keine Angaben gemacht.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Wie dem Gutachten diesbezüglich zu entnehmen ist, kann der aus rheumatologischer Sicht bestehenden verminderten Belastbarkeit keine zusätzliche ressourcenhemmende Wirkung beigemessen werden (vgl. IV-Nr. 75.1, Ziff. 4.9).

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter fest, der Versicherte sei bezüglich der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Wissensanwendung und Durchhaltefähigkeit bedingt durch die Anpassungsstörung leicht beeinträchtigt. Er sei ausreichend urteils- und kritikfähig, zur Anpassung an Regeln und Routinen bei entsprechender Motivation in der Lage, sei in Teams integrierbar, sei zu dyadischen Beziehungen befähigt, sei mobil und verkehrsfähig, könne sich ausreichend selbst versorgen. Die Fähigkeit zur Proaktivität und Spontanaktivitäten sei leicht eingeschränkt. Des Weiteren ist den Angaben des Beschwerdeführers zu entnehmen, er lebe mit seiner Ehefrau in einer Viereinhalb-Zimmer-Mietwohnung. Er benutze sein Auto für kürzere Strecken. Die Töchter lebten separat in der Nähe. Es bestehe ein guter Kontakt. Zuletzt sei er im März eine Woche in [...] gewesen, sei mit dem Flugzeug gereist. Er stehe zwischen 05:00 und 06:00 Uhr morgens auf. Er mache sich parat, gehe mit seinem kleinen Hund, wenn er Lust habe, nach draussen. Anschliessend sehe er fern, versuche, das Mittagessen zuzubereiten, wenn ihm dies nicht gelinge, mache dies die Ehefrau. Danach esse er zusammen mit der Ehefrau. Diese sei bis etwa 17:00 Uhr da. Dann fahre er sie wieder zur Arbeit wie morgens auch und hole sie etwa um 22:00 Uhr ab. Zwischendurch

schaue der Versicherte fern, gehe zwischen 24:00 und 01:00 Uhr zu Bett. Hausarbeiten erledige er, wenn er Lust habe. Somit sind gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen und die Angaben des Beschwerdeführers sowohl im persönlichen als auch im sozialen Bereich des Beschwerdeführers Ressourcen vorhanden.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich ist auf das vorgehend unter der Kategorie «funktioneller Schweregrad» Gesagte zu verweisen. Gestützt darauf ist das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus somit zu verneinen.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führt der Gutachter aus, die psychiatrische Behandlung in der angemessenen Frequenz sollte weitergeführt werden. Weiterhin sei eine Besserung der geringen Beeinträchtigung des Versicherten unter der Voraussetzung einer Einnahme einer antidepressiven Medikation, beispielsweise Duloxetin, möglich. Die Compliance sollte allerdings im Fall des Versicherten überwacht werden, vorher sollte dieser auch zur Medikamenteneinnahme motiviert werden. Im Lichte dieser Ausführungen ist nicht von einem ausgeprägten Leidensdruck auszugehen.

8.1.4.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 8.1.4.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag auch die gutachterliche Einschätzung einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit zu überzeugen.

8.1.4.4 Auf das beweismässige psychiatrische Teilgutachten der D. \_\_\_ AG kann somit abgestellt werden. Den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermögen sodann weder die diesem entgegenstehenden Stellungnahmen und Arztberichte des behandelnden Psychiaters des Beschwerdeführers noch die Rügen des Beschwerdeführers zu vermindern. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers und des behandelnden Psychiaters, Dr. med. E. \_\_\_, begründet der psychiatrische Gutachter die von ihm gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung durchaus nachvollziehbar. Der Gutachter führte diesbezüglich aus, es werde deutlich, dass es überwiegend wahrscheinlich im Jahre 2019 bedingt durch zunehmende körperliche Beeinträchtigungen zu einer psychischen Reaktionsbildung in Form einer Anpassungsstörung mit der vorwiegenden Beeinträchtigung anderer Gefühle gekommen sei, welche auch durch die als kränkend erlebte Kündigung des Arbeitsplatzes und die enttäuschten Erwartungen bezogen auf von dem Versicherten als rechtmässig erlebten Versorgungsansprüche unterhalten worden seien. Dass sich der Gutachter hierbei

zusätzlich auf die Befunderhebung aus dem Fachbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2020 (IV-Nr. 28) stützt, ist ebenfalls nicht zu beanstanden. So können Symptome einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43) gemäss der Definition aus dem ICD-10 innerhalb eines Monats nach dem fraglichen Ereignis ■ vorliegend allenfalls der Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Mai 2019 (letzter Arbeitstag gemäss Arbeitgeberfragebogen: 17. Mai 2019; vgl. IV-Nr. 25) ■ auftreten, weshalb die damaligen Befunderhebungen von Dr. med. C.\_\_\_\_ durchaus von Belang sind. Dr. med. E.\_\_\_\_ ist zwar insofern Recht zu geben, dass eine Anpassungsstörung für gewöhnlich nicht länger als sechs Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen andauert. Dauert diese ■ wie vom psychiatrischen Gutachter angenommen ■ länger, wäre als Diagnose grundsätzlich eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (vgl. ICD-10 F43.21) zu stellen, wobei diese Diagnose die Dauer von zwei Jahren nicht überschreiten darf. Wie vorgehend festgehalten, war der letzte Arbeitstag des Beschwerdeführers der 17. Mai 2019, womit ■ ausgehend von einer innerhalb eines Monats aufgetretenen Anpassungsstörung ■ die Diagnose einer Anpassungsstörung im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung am 15. Juni 2021 (IV-Nr. 75.4, S. 1) noch zulässig war. Zwar diagnostizierte der psychiatrische Gutachter nicht eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), sondern eine Anpassungsstörung mit der vorwiegenden Beeinträchtigung anderer Gefühle (ICD-10 F43.23). Dies vermag den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens aber nicht wesentlich zu vermindern. Entscheidend ist vielmehr, dass gemäss den schlüssigen Ausführungen des psychiatrischen Gutachters die Kriterien einer Anpassungsstörung vorlagen bzw. im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung am 15. Juni 2021 noch vorlagen. Hinzukommt, dass die vorerwähnte diagnostische Unterscheidung in dem seit 1. Januar 2022 gültigen ICD-11 nicht mehr gemacht wird. So bleibt die Anpassungsstörung zwar bestehen (ICD-11: 6B43), aber ihre Kriterien wurden präzisiert und die früheren Unterdiagnosen (u.a. F43.21: «längere depressive Reaktion») wurden in der ICD-11 aufgegeben. Dementsprechend ist der Umstand, dass der Gutachter vorliegend anstatt der Diagnose ICD-10 F43.21 die Diagnose F43.23 gestellt hat unter dem neuen ICD-11 nicht mehr von Relevanz.

Sodann begründete der psychiatrische Gutachter ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ■ nachvollziehbar, dass die von Dr. med. E.\_\_\_\_ gestellte die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgrund von dessen Berichten nicht nachvollziehbar ist. So würden lediglich potenziell traumatisierende Ereignisse in der Kindheit und Jugend in Übereinstimmung mit den anamnestischen Angaben des Versicherten erwähnt. Die Ausbildung einer Traumafolgestörung werde allerdings daraus nicht plausibel, ebenso wenig anamnestisch. So negiere der Versicherte sämtliche Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wie Intrusionen, Flashbacks, Triggerreize, traumabezogenes Vermeidungsverhalten, Hyperarousal, allgemeines Misstrauen gegenüber anderen Menschen. Wie der psychiatrische Gutachter zudem zu Recht festgehalten hat, können die im Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2021 erwähnten psychotischen Symptome nicht nachvollzogen werden, zumal Dr. med. E.\_\_\_\_ selbst das Vorliegen von psychotischen Symptomen in seinen Berichten vom 4. September 2020 (IV-Nr. 44) und 21. Oktober 2021 (IV-Nr. 78, S. 17) wiederum ausdrücklich verneint hat.

Des Weiteren brachte Dr. med. E.\_\_\_\_ gegen die gutachterliche Beurteilung vor, es sei möglich, dass besonders agitierte oder gehemmte Patienten viele Symptome nicht in allen

Einzelheiten beschreiben wollten oder könnten. In solchen Fällen sei eine zusammenfassende Einschätzung als schwere Episode dennoch gerechtfertigt. Daraus kann aber nicht ohne Weiteres der Schluss gezogen werden, die vom Beschwerdeführer spärlich genannten Symptome sprächen für eine schwere depressive Episode. So wurde im psychiatrischen Gutachten in nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass in der Gegenübertragung keine namhafte psychische Beeinträchtigung aufspürbar sei. Vielmehr wirke das Verhalten vordergründig demonstrativ. Auffallend sei das vage Antwortverhalten bei expliziten Nachfragen nach psychischen Beeinträchtigungen und sogar bei Vorgabe allfälliger Beeinträchtigungsmöglichkeiten. Weiterhin auffallend sei das Verhalten des Versicherten im Rahmen der Exploration insofern, dass er sofort bei Nachfrage nach allfälligen psychischen Beeinträchtigungen eine leidende Gestik demonstriere, im Gegensatz dazu bei den Berichten über belastende soziobiografische Ereignisse kein derartiges Verhalten zeige und auch nicht bei sonstigen Themen (vgl. IV-Nr. 75.4, Ziff. 7.3). Ebenso kann aus dem Umstand, dass sowohl im psychiatrischen als auch im rheumatologischen Teilgutachten gestützt auf eine durchgeführte Blutuntersuchung eine fehlende Medikamenteneinnahme festgestellt wurde, nicht geschlossen werden, dass beim Beschwerdeführer eine schwere depressive Episode vorliege. Dem Beschwerdeführer ist zwar insofern recht zu geben, dass gemäss medizinischer Lehrmeinung die Non-Compliance-Rate bei Patienten mit Depressionen in der Praxis hoch ist und eine Depression als Risikofaktor für schlechte Compliance gilt. Wie vorgehend dargelegt wurde, liess sich in der Begutachtung eine depressive Episode nicht nachweisen, weshalb auch die gutachterliche Schlussfolgerung nachvollziehbar ist, dass die schlechte Medikamentencompliance des Beschwerdeführers ebenfalls gegen das Vorliegen einer depressiven Episode spricht.

Sodann führen die in den Teilgutachten offenbar vom Beschwerdeführer gemachten unterschiedlichen Angaben ■ im psychiatrischen Gutachten gab er an, um 5 ■ 6 Uhr aufzustehen, in den anderen Teilgutachten um 7 Uhr; im psychiatrischen Teilgutachten wird ein Bruder mit psychischen Problemen erwähnt, im internistischen und rheumatologischen Teilgutachten zwei Brüder ■ nicht dazu, dass das Gutachten insgesamt nicht beweismässig wäre. Zum einen ist zu berücksichtigen, dass die Übersetzung anlässlich der Begutachtung durch einen Dolmetscher erfolgte, was gewisse unterschiedliche Angaben erklären könnte. Zum anderen ist festzuhalten, dass diese Unterschiede in den Angaben nicht von einer solchen Relevanz sind, als dass sie zu einer unterschiedlichen Beurteilung in den jeweiligen Teilgutachten führen könnten.

Des Weiteren erscheint die vom psychiatrischen Gutachter gezogene Schlussfolgerung, wonach der Beschwerdeführer über einen ausreichend strukturierten Tagesablauf verfüge, gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers durchaus nachvollziehbar (vgl. E. II. 8.1.4.2 hiervor). Auch wenn der Beschwerdeführer angibt, ausserhalb der Familie keine Kontakte zu pflegen, kann der von ihm beschriebene Tagesablauf zusammen mit dem geschilderten Kontakt zu seiner Frau und zu seinen Kindern als genügend strukturiert bezeichnet werden. Daran vermag der Umstand, dass der rheumatologische Gutachter «geordnete Tagesstruktur: nicht vorhanden» vermerkte, nichts zu ändern. So fiel es in den Fachbereich des psychiatrischen Gutachters, den Tagesablauf des Beschwerdeführers abzuklären und gestützt darauf die psychiatrisch relevanten Schlussfolgerungen zu ziehen. Dies hat der psychiatrische Gutachter denn auch in einleuchtender Weise gemacht.

Sodann werden sowohl im rheumatologischen als auch im psychiatrischen Teilgutachten übereinstimmend Verdeutlichungstendenzen und ein demonstratives Verhalten erwähnt (vgl. IV-75.5, S. 18 und 75.4, S. 21). Die vom Beschwerdeführer dagegen vorgebrachten Argumente vermögen diese Feststellungen, die konkret beschrieben und begründet werden, nicht zu erschüttern. Ebenso kann in der Äusserung des dermatologischen Gutachters, dass aufgrund der psychischen Konstitution des Beschwerdeführers eine Einschränkung bezüglich Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen vorliegen dürfte, kein entscheidender Widerspruch zum psychiatrischen Teilgutachten gesehen werden. Zum einen handelt es sich hier um fachfremde Äusserungen und zum anderen ergaben sich aus psychiatrischer Sicht tatsächlich Einschränkungen, welche eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % auch in angepassten Tätigkeiten begründen.

8.1.5 Gestützt auf die beweismässigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der Gutachter zu überzeugen, wonach dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der Einschränkungen auf dem rheumatologischen und psychiatrischen Fachgebiet eine angepasste wechselbelastende leichte Tätigkeit mit einer Präsenz von 8.5 Stunden mit einer Leistungseinschränkung von 20 % aufgrund regelmässig einzuhaltender Pausen zumutbar sei.

Im Übrigen ist die vom Beschwerdeführer vorgebrachte Rüge, dass der RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_ als Facharzt für Anästhesiologie nicht über die erforderliche fachspezifische Kompetenz verfüge, um zu den Einwänden gegen das vorliegende Gutachten rechtsgenügend Stellung zu nehmen, angesichts des Beweiswerts des Gutachtens nicht weiter von Belang. Der RAD-Arzt ist zwar mangels entsprechender Spezialisierung nicht ohne weiteres qualifiziert, selbst eine beweismässige psychiatrische Begutachtung durchzuführen. Er vermag aber den Beweiswert eines Gutachtens zu beurteilen, wobei seine Aussage für das Gericht selbstverständlich nicht bindend ist.

## **E. 6**

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers könne vorliegend nicht von einem zweifelsfrei eruierten Sachverhalt ausgegangen werden. Der psychiatrische Gutachter stelle die Diagnose einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.3), welche gemäss seiner Beurteilung bereits seit 2019 bestehe. Wie Dr. med. E. \_\_\_ in seinem Bericht festhalte, widerspreche dies jedoch den ICD-Diagnosekriterien, wonach während maximal sechs Monaten von einer Anpassungsstörung ausgegangen werden könne. Dauere die Störung weiter, sei die Diagnose anzupassen. Zudem setze sich der psychiatrische Gutachter in keiner Weise mit den Diagnosekriterien auseinander, sondern mache lediglich die Anmerkung, dass das frühere Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ vom 19. Februar 2020 (Fachbericht zuhanden der Krankentaggeldversicherung, IV-Nr. 28, vgl. E. I. 2 hiervor) Hinweise auf eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle gebe. Das Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ sei im Untersuchungszeitpunkt über ein Jahr alt. Eine Diagnose gestützt auf ein derart veraltetes psychiatrisches Gutachten berücksichtige nicht sämtliche Umstände. So habe auch der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) in seinem Bericht vom 13. Januar 2021 festgehalten, dass darauf nicht abgestellt werden könne. Sodann verwerfe der Gutachter die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung des behandelnden Psychiaters mit dem Hinweis, diese werde in keiner Weise begründet. Jedoch belege Dr. med. E. \_\_\_ seine Diagnosen u.a. in Ziff. 2.2 des Berichts vom 12. Februar 2021. Dr. med. E. \_\_\_ stelle zudem die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, ggw. schwergradige Episode mit psychotischen Symptomen. Der Gutachter

äussere sich aber zu keinem einzigen dieser Punkte. Der Gutachter berücksichtige zudem die vergangenen depressiven Phasen der Jahre 2007, 2015 und 2018 nicht, obwohl diese klar aus den Akten hervorgingen und auch der Beschwerdeführer diese im Rahmen der Anamnese erwähnt habe (vgl. psychiatrisches Teilgutachten S. 9). Des Weiteren sei es nach Angaben von Dr. med. E. \_\_\_ überhaupt nicht nachvollziehbar, weshalb der Gutachter die Risikofaktoren und die belastende Kindheit des Beschwerdeführers vollkommen ignoriere. Auch hier lasse der Gutachter wesentliche Aspekte ausser Acht, die zwingend in die Beurteilung hätten einfliessen müssen. In diesem Zusammenhang sei auf folgende Diskrepanz in den verschiedenen Teilgutachten hinzuweisen: In zwei anderen Teilgutachten werde erwähnt, dass zwei Brüder und die Mutter des Beschwerdeführers an psychischen Problemen litten bzw. gelitten hätten (vgl. Gutachten Allg. Innere Medizin, S. 10. und Gutachten Rheumatologie, S. 9). Gemäss psychiatrischem Teilgutachten solle dies jedoch «nur» ein Bruder sein (vgl. S. 12). Diese Unstimmigkeit sei im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung nicht bereinigt worden. Bei seiner Beurteilung lasse der Gutachter zudem ausser Acht, dass Patienten in solchen Situationen viele Symptome nicht in allen Einzelheiten beschreiben wollten oder könnten (vgl. dazu Bericht Dr. med. E. \_\_\_ vom 21. Oktober 2021 mit Verweis auf ICD-10 Leitlinien für schwere depressive Episoden). Ebenfalls nicht nachvollziehbar sei die gutachterliche Einschätzung, wonach beim Beschwerdeführer ein ausreichend strukturierter Tagesablauf bestehe. Er selber halte auf Seite 7 fest, dass der Beschwerdeführer wenig aktiv sei, er die Gesellschaft anderer Menschen nicht ertragen könne, er ausserhalb der Familie keine sozialen Kontakte mehr unterhalte, er zu nichts Lust habe, er immer traurig sei usw. Auch die anderen Gutachter hätten erkannt, dass beim Beschwerdeführer nicht im Entferntesten von einem geordneten Tagesablauf gesprochen werden könne. Beispielsweise sei dem rheumatologischen Gutachten Folgendes zu entnehmen (vgl. S. 19): «Geordnete Tagesstruktur: nicht vorhanden», «Hobbies, private Interessen und Aktivitäten: keine, «lebt eher zurückgezogen». Auch die Erhebungen zum Tagesablauf des Beschwerdeführers unterschieden sich im psychiatrischen Teilgutachten erheblich von den übrigen Gutachten; Gemäss dem psychiatrischen Gutachten solle der Beschwerdeführer jeweils um 5 oder 6 Uhr morgens aufstehen. In den übrigen Gutachten sei immer von 7 Uhr die Rede. Keine dieser Diskrepanzen sei im interdisziplinären Teil behandelt worden. Sodann schliesse der psychiatrische Gutachter aus der Tatsache, dass der Medikamentenspiegel tiefer liege, als bei einer regelmässigen Einnahme der betreffenden Substanzen zu erwarten wäre, darauf, dass der Leidensdruck beim Beschwerdeführer nicht hinreichend hoch sei und er zudem die Medikamente nur eingenommen habe, weil er mit einer Spiegelung habe rechnen müssen. Obwohl die Resultate bei der Untersuchung vom 15. Juni 2021 bereits vorgelegen hätten (Medikamentenspiegel datiere vom 26. Mai 2021), habe der Gutachter den Beschwerdeführer nicht auf diese Unstimmigkeit angesprochen. Dies sei insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Non-Compliance-Rate bei Patienten mit Depressionen in der Praxis sehr hoch sei und eine Depression als Risikofaktor für schlechte Compliance gelte (vgl. DiMatteo/Lepper/Croghan, Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment, in; Arch Intern Med. 2000), nicht nach vollziehbar. Der Medikamentenspiegel alleine genüge nicht, um die Diagnose einer depressiven Störung des seit Jahren behandelnden Arztes in Frage zu stellen. Des Weiteren unterstelle der psychiatrische Teilgutachter dem Beschwerdeführer implizit ein aggravatorisches Verhalten. Jedoch werde von verschiedenen Seiten berichtet, dass der Beschwerdeführer immer glaubhaft arbeitswillig gewesen sei. Wiedereingliederungsversuche seien aufgrund

der psychiatrischen Beeinträchtigung gescheitert (vgl. Bericht Dr. med. F. \_\_\_ vom 13. Oktober 2021). Auch im dermatologischen Gutachten werde darauf hingewiesen, dass aufgrund der psychischen Konstitution des Beschwerdeführers eine Einschränkung bezüglich Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen vorliegen dürfte (vgl. dermatologisches Gutachten, S. 10). Auch diese Unstimmigkeit seien in der Gesamtbeurteilung nicht thematisiert worden. Schliesslich sei darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer ganz klar an rheumatischen Beschwerden leide. Im rheumatologischen Teilgutachten werde ihm deshalb eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100 % attestiert, in angepasster Tätigkeit immerhin eine solche von 20 %. Obwohl hier Einschränkungen nachweisbar seien und wohl seit längerer Zeit bestünden, habe der Beschwerdeführer diese nie in den Vordergrund gestellt. Würde es dem Beschwerdeführer darum gehen, Beschwerden schlimmer darzustellen als sie seien, würde er dies wohl (auch) in diesem Bereich tun. Dies sei jedoch nicht der Fall. Sodann verfüge der RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_ als Facharzt für Anästhesiologie nicht über die erforderliche fachspezifische Kompetenz, um zu den Einwänden gegen das vorliegende Gutachten rechtsgenügend Stellung zu nehmen. Es gelinge ihm vor diesem Hintergrund nicht, die gerügten Mängel am Gutachten zu bereinigen. Dazu wären Rückfragen an die Gutachter nötig gewesen. Die Beschwerdegegnerin habe darauf verzichtet, womit sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt habe. Schliesslich sei beim Invalideneinkommen aufgrund des eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils, den sprachlichen Problemen und dem Umstand, dass der Beschwerdeführer noch keine verwertbare Berufsausbildung abgeschlossen habe, ein Abzug vorzunehmen. Zudem könne die depressive Symptomatik zu vermehrten, nicht kalkulierbaren Abwesenheiten führen, was ebenfalls zu einem leidensbedingten Abzug führen müsse (Urteil des Bundesgerichts 8C\_179/2018 vom 22. Mai 2018 E. 4.2). Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Abklärungen im Anschluss an die Neuanschuldung des Beschwerdeführers hätten ergeben, dass sich seine gesundheitliche Situation im Vergleich zum Zeitpunkt der Verfügung vom 11. September 2000 verschlechtert habe. Seit Mai 2019 sei er in seiner bisherigen Tätigkeit als Lastwagenchauffeur eingeschränkt. Für eine den gesundheitlichen Beeinträchtigungen angepasste Tätigkeit bestehe seit Mai 2019 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (100%-Pensum mit einer Leistungseinschränkung von 20 %). Ein Anspruch auf berufliche Massnahmen werde mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit abgewiesen. Bei einem Invaliditätsgrad von 24 % bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Ein Abzug vom anhand der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) ermittelten Invalideneinkommen lasse sich nicht rechtfertigen. Sodann vermöchten die vorgebrachten Einwände gegen das Gutachten der D. \_\_\_ AG vom 3. September 2021 samt Bericht von Dr. med. E. \_\_\_ vom 21. Oktober 2021 keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung zu erwecken. Insbesondere vermöge auch das psychiatrische Teilgutachten zu überzeugen. Dr. H. \_\_\_ habe seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unter Beachtung der massgebenden Standardindikatoren von BGE 141 V 281 (E. 4.1.3) vorgenommen. Er lege nachvollziehbar dar, weshalb die von Dr. E. \_\_\_ gestellten Diagnosen, Posttraumatische Belastungsstörung und rezidivierende depressive Störung, nicht nachvollziehbar begründet seien (s. psychiatrisches Teilgutachten S. 18). Nach Würdigung der anamnestischen Angaben, der aktenkundigen Berichte sowie der erhobenen Untersuchungsbefunde komme Dr. H. \_\_\_ zum überzeugenden Schluss, dass affektive Beeinträchtigungen in Form von phasenweiser Herabgestimmtheit, phasenweisen Ängsten bezogen auf die gesundheitliche und existenzielle Zukunft und eine erhöhte Reizbarkeit bestünden (s. Gutachten S. 19). Wie

Dr. med. C.\_\_\_\_ (s. psychiatrisch-psychotherapeutischer Fachbericht vom 19. Februar 2020 an die B.\_\_\_\_) habe auch Dr. H.\_\_\_\_ keine schwere psychische Störung feststellen können. Des Weiteren werde den gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits mit einer Leistungseinschränkung von 20 % umfassend Rechnung getragen. Ein leidensbedingter Abzug würde zu einer unzulässigen doppelten Anrechnung derselben Gesichtspunkte führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_805/2015 vom 22. März 2017 E. 3.1 mit Hinweis). Zudem seien dem Beschwerdeführer noch leichte wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar (s. Gutachten, Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung, S. 5). Solche Tätigkeiten seien auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in genügender Zahl verbreitet. Den geltend gemachten mangelnden Sprachkenntnissen sowie der fehlenden noch verwertbaren Berufsausbildung werde bereits bei der Wahl des Kompetenzniveaus 1 Rechnung getragen. Diese Aspekte seien deshalb nicht abzugsrelevant (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_549/2019 vom 26. November 2019 E. 7.7). Da dem Beschwerdeführer eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit mit gesundheitlich bedingt eingeschränkter Leistungsfähigkeit im Umfang von 20 % möglich sei, rechtfertige sich auch kein Abzug unter dem Titel Beschäftigungsgrad (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_203/2019 vom 18. Juli 2019 E. 5.3 mit Hinweisen). Ebenso wenig falle ein Abzug wegen nicht vorhersehbaren Absenzen in Betracht. Aufgrund der geringen psychischen Beeinträchtigung sei nicht mit schwer kalkulierbaren Abwesenheiten zu rechnen. 7. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente mit Verfügung vom 14. Juni 2022 zu Recht verneint hat. 7.1 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren grundsätzlich – 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 Rentenabweisungsverfügung – vorliegend am 11. September 2000 – bestanden hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_413/2009 vom 11. September 2009 E. 4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 14. 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). Da die Rentenabweisung mit Verfügung vom 11. September 2000 nicht aufgrund einer umfassenden Beurteilung der medizinischen Akten erfolgte, sondern aufgrund dessen, dass der Beschwerdeführer seine Umschulung zum Lastwagenchauffeur erfolgreich abschloss und damit als erfolgreich eingegliedert galt, kann vorliegend ein Sachverhaltsvergleich unterbleiben. Vielmehr ist die Neuanmeldung vom 3. Februar 2020 wie eine Erstanmeldung zu behandeln. Bezüglich der vorerwähnten strittigen Frage sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang: 7.1.1 Im Bericht des I.\_\_\_\_, Rheumatologie, vom 5. August 2019 (IV-Nr. 24, S. 8) wurden unter anderem eine Psoriasisarthritis, ED 2014, und ein Verdacht auf eine schwere Depression bei Überforderungssituation durch komplexe Mehrfacherkrankung diagnostiziert. Anlässlich der aktuellen Kontrolle seien die klinischen Befunde durch eine Bildgebung in den anamnestisch am meisten betroffenen Hand- und Fingergelenken sowie Kniegelenken ergänzt worden. Dabei hätten sich mit Ausnahme eines leichten Ergusses radiokarpal rechts keine Anhaltspunkte für entzündliche Veränderungen der Hand-, Finger- oder Kniegelenke gefunden. Laborchemisch hätten sich keine Auffälligkeiten gefunden. Das leicht erhöhte CRP werde im Rahmen des zum Zeitpunkt der Erstkonsultation bestehenden Harnwegsinfektes interpretiert. Somit ergebe sich aus rheumatologischer Sicht aktuell weder klinisch, noch laborchemisch oder radiologisch Anhalt für ein florides entzündliches Geschehen im Rahmen der vorbekannten

Psoriasisarthritis. Angesichts der schweren depressiven Symptomatik sei es schwierig, die Beschwerden des Beschwerdeführers weiter zu plausibilisieren, eine funktionelle Komponente im Rahmen der Depression sei durchaus wahrscheinlich. Vor diesem Hintergrund werde aktuell keine Indikation für eine weitere Therapieeskalation i.R. der Psoriasisarthritis gesehen, nachdem Methotrexat und Infliximab bereits im Frühjahr 2019 wegen Wirkungslosigkeit beendet worden seien.

7.1.2 Dr. med. C.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem psychiatrischen Fachbericht zuhanden der Taggeldversicherung B.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2020 (IV-Nr. 28) eine anhaltende affektive (ängstlich-depressive) Störung (F34.8) bei Psoriasis und akzentuierten Persönlichkeitszügen. Die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode gemäss ICD-10 F3 seien aktuell nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer selbst habe zwar manche der gemäss ICD-10 relevanten Symptome genannt. Bei ihm bestünden objektiv aber keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere, bzw. in ausreichender Länge, um eine eigenständige depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Es fehlten die Kriterien tatsächliche schwere Antriebshemmung bzw. dauerhafte Hemmung der Psychomotorik und wesentliche Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit bzw. ausgeprägte Affektstarre. Sodann seien im Fall des Beschwerdeführers auch keine Störungen gemäss Kategorie F45 (somatoforme Störungen, inkl. Somatisierungsstörung F45.0 / F45.1 bzw. anhaltende Schmerzstörung F45.4) zu begründen. Allgemein gelte nämlich, dass das Charakteristikum einer somatoformen Störung in der wiederholten Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar seien, bestünden. Ein solches Verhalten werde vom Beschwerdeführer anlässlich der aktuellen Untersuchung nicht dargestellt. Die akzentuierten (narzisstisch, histrionisch) Persönlichkeitszüge (Z73.1) des Beschwerdeführers stellten Varianten der Norm i. S. von Eigenheiten der Person dar, die von sich aus alleine keinen Krankheitswert besässen. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus (im Vergleich zu vor Eintritt der Gesundheitsschädigung im 06/2019) durch den Beschwerdeführer sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen (Beruf/ Erwerb, Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten) weit überwiegend durch seine Selbsteinschätzung zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser rein subjektiven Defizite sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht zumutbar und tatsächlich möglich (vgl. Aktivitäten des täglichen Lebens, Mitarbeit im Haushalt, soziale Kontakte). Aus psychiatrischer Sicht sei ab 11. Februar 2020 für angepasste Tätigkeiten aufgrund einer eingeschränkten Belastbarkeit eine Einschränkung der Leistung von 15 % (von 100 %) anzunehmen. Für die angestammte Tätigkeit als Chauffeur sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen, bis verkehrsmedizinische und/oder verkehrspsychologische Beurteilungen das Gegenteil bestätigten. Insbesondere bei sozialen Belastungen, die auch unabhängig vom Arbeitsplatz auftraten (bspw. familiäre Konflikte, finanzielle Sorgen, Konflikte mit Behörden), bestehe das Risiko rezidivierender Erregungszustände. Bei der Anpassung stünden allfällige somatisch begründbare Defizite wesentlich im Vordergrund. Das Arbeitsklima sollte zudem so konfliktarm wie möglich und auf Unterstützung und Förderung ausgelegt sein. Der Beschwerdeführer könne von einer stringenten, wohlwollenden Führung am Arbeitsplatz bei weitgehender Autonomie in der Gestaltung der Tätigkeit profitieren. Seine Defizite in der Emotionsregulation (Reizbarkeit, Impulsivität, Erregungszustände) und seine akzentuierten Persönlichkeitszüge sollten toleriert werden.

7.1.3 Mit Stellungnahme vom 4. September 2020 (IV-Nr. 44) führte der behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers, Dr. med. E.\_\_\_\_, aus, er sei mit

der Feststellung bezüglich Diagnose und Arbeitsfähigkeit im Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ nicht einverstanden. Der Beschwerdeführer befinde sich seit 2019 bei ihm, Dr. med. E.\_\_\_\_, in fachärztlichen Behandlung. In der Regel benötige man einen längeren Zeitraum, damit ein objektives Urteil möglich sei. Demnach könne diese kurze und wohl einseitige Beobachtung durch Dr. med. C.\_\_\_\_ nicht im gleichen Mass aussagekräftig sein, wie die jahrelange fachärztliche Beobachtung. Der Verlauf deute darauf hin, dass sich die depressive Störung mittlerweile in eine eigenständige affektive Störung mit einer sich verselbstständigten Dynamik entwickelt habe und nicht in einem direkten sozialen Kontext angesiedelt sei. Der Krankheitsverlauf und der aktuelle Zustand des Beschwerdeführers hätten die Diagnosen einer mittel-schwergradigen rezidivierenden depressiven Störung, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehe, bestätigt. Es seien zahlreiche biologische und psychosoziale Einflussfaktoren im Spiel, die bei Entstehung einer Depression eine Rolle spielten. Die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers sei geprägt durch frühe Verantwortungsübernahme und hohes Pflichtbewusstsein gegenüber der Familie, chronische Unterordnung der eigenen Bedürfnisse, übermässig aufopferndes Verhalten sowie wenig Raum zur Selbstentfaltung und Selbstfürsorge. Weitere Risikofaktoren für eine Depression seien Ereignisse oder Lebenslagen, die den sozialen Status bedrohten, v.a. geringer Verdienst und/oder auf finanzielle Hilfe von dritten Personen abhängig zu werden. Damit sei beim Beschwerdeführer bei geringen Belastungssituationen die weitere depressive Episode vorprogrammiert. Aus psychiatrischer Sicht könne anhand des Therapieverlaufs in der Praxis, den vorliegenden Unterlagen und den Schilderungen des Beschwerdeführers seit Beginn der Behandlung eine Zustandsverschlechterung attestiert werden. Weiterhin sei festzuhalten, dass die Anzahl und Intensität von depressiven Symptomen erneut zugenommen hätten (drei Hauptsymptome: gedrückte, depressive Stimmung, Interessensverlust und Freudlosigkeit und Antriebsmangel) sowie fünf Zusatzsymptomen (Suizidalität, vermindertes Selbstvertrauen, Schlafstörungen, verminderte Konzentration und pessimistische Zukunftsperspektive, verminderter Appetit), so dass die aktuelle Diagnose laute: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2). Der Beschwerdeführer sei nach wie vor sowohl in angestammter, als auch angepasster Tätigkeit arbeitsunfähig. Dies sei begründet in der verringerten affektiven Steuerungsfähigkeit, einer depressiven Apathie mit Energiemangel und Konzentrationsstörungen. Aus psychiatrischer Sicht seien massive Einschränkungen im Bereich der Stressbelastbarkeit und affektiven Belastbarkeit, des Antriebs und des zeitlichen Durchhaltevermögens und der kognitiven Präsenz vorhanden, die sich auf alle beruflichen Tätigkeiten leistungsmindernd auswirkten. Aus psychiatrischer Sicht sei dem Beschwerdeführer zum aktuellen Zeitpunkt nicht mal eine Tätigkeit im geschützten Rahmen zumutbar.

7.1.4 Im Arztbericht vom 12. Februar 2021 (IV-Nr. 60) stellte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnosen: - Rez. Depressive Störung, ggf. schwergradige Episode mit psychotischen Symptomen (ICD 10 F 33.31) seit 2007 bei · Deprivation in der Kindheit und Jugendzeit - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD10: F43.1), mittelschwerer Ausprägungsgrad. Es bestünden sequentielle frühe Traumata durch emotionale Vernachlässigung, invalidisierendes Umfeld und häusliche physische Gewalt und Zeuge sein von Gewalt in Kindheit und Jugend in der Herkunftsfamilie, viele Wechsel der Bezugspersonen, verschiedene Heimaufenthalte. Im Erwachsenenalter Retraumatisierung (Razzia 2007 und Verhaftung, beinahe Unfälle während der Arbeit). Bei erheblicher Traumananamnese habe ein klinisches Bild aus vor allem Ängsten, Hyperarousal,

Vermeidung von Erinnerungen, Durchschlafstörung, Reizbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten bestanden. Der Verlauf sei durch Schwankungen bzw. immer wieder auftretende Krisen gekennzeichnet. In geringen Belastungssituationen sei mit psychischen Dekompensationen, mit verstärkt depressiven Symptomen zu rechnen. Der Verlauf der Behandlung sei gesamthaft durch eine weitgehende Fixierung der Beschwerden im Sinne einer Chronifizierung der depressiven Symptomatik, durch Gehemmtheit und Passivität sowie eine resignative Grundhaltung und einen resultierenden sozialen Rückzug gekennzeichnet. Er leide unter Interessensverlust, starker Trauer. Zudem habe er starke Existenzängste, da das Geld knapp sei. Die Administration sei sehr aufwändig und belastend. Seine Motivation sei reduziert und er habe Mühe mit der Tagesstruktur. Trotz diesem schwierigen und chronischen Verlauf und den belastenden Rahmenbedingungen habe bis jetzt durch adäquate Massnahmen einer anhaltenden Verschlechterung entgegengewirkt werden können. Eine Erhöhung der Belastbarkeit habe jedoch nicht erreicht werden können. Subjektiv und objektiv bestünden schwergradige Konzentrations- und Merkfähigkeitsprobleme. Das formale Denken sei schwergradig eingeengt, teilweise verlangsamt, grübelnd, haftend und kreisend auf Kränkungerleben mit Autonomieverlust, sozialem Abstieg und Vertrauensverlust, sowie inhaltlich auf die Sorge um die gesundheitlichen und psychischen Beschwerden und den eigenen Leistungsabfall fokussiert. Keine Zwänge, kein wahnhaftes Erleben, keine Ich-Störungen, er klagte Stimmen zu hören, welche ihn daran hinderten, eine Tätigkeit auszuüben, generalisierte sowie phobische Ängste mit gelegentlichen Panikattacken. Stimmung mittel-schwergradig depressiv, leidend, traurig, besorgt, affektlabil, verzweifelt. Gelegentlich beklage er Reizbarkeit, wolle mit niemanden reden, er sehe keinen Ausweg, er sei in einem Tunnel ohne Licht. Schwergradige Störungen der Vitalgefühle, Insuffizienzgefühle, Zukunftsängste, Schuldgefühle, erdrückende Erschöpfungsgefühle. Hochgradiger sozialer Rückzug, mittelschwere Ein- und Durchschlafstörungen. Antrieb und Psychomotorik deutlich reduziert, innere Unruhe. Er könne sich deutlich von Selbst- oder Fremdgefährdung distanzieren. Dem Beschwerdeführer seien aktuell keine Tätigkeiten seiner Ausbildung und Erfahrung entsprechend, aufgrund des Verlaufes, der angegebenen Beschwerden, der objektiven und semiobjektiven Befunde, zumutbar. Ein Rückfallrisiko sei enorm hoch. 7.1.5 Im polydisziplinären Gutachten der D.\_\_\_\_ AG vom 3. September 2021 (IV-Nr. 75.1; Fachrichtungen Innere Medizin, Dermatologie, Rheumatologie und Psychiatrie) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Anpassungsstörung mit der vorwiegenden Beeinträchtigung anderer Gefühle (ICD-10: F43.3 [recte: F43.23]) 2. Axiale und periphere Spondyloarthritis (ICD-10: M45.08) - HLA-B27, Rheumafaktor, ACPA und ANA negativ - CT-LWS 07/2021 Ankylose ISG bds - Radiologisch 10/2015 Sakroiliitis bds - Methotrexat 10/2018 – 03/2019 stopp bei fehlendem Therapieansprechen - Infliximab 11/2018 – 03/2019 stopp bei fehlender Wirkung - DD: Psoriasisarthritis sine Psoriasis 3. Chronisches Cervikoverbrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M 54.82) - Radiologisch 05/2021 mehrsegmentale degenerative Veränderungen mit Segmentdegenerationen C5-Th1 4. MTP I Arthrose bds (ICD-10: M19.07) - Grad III nach Kellgreen und Lawrence Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chronisches Lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10:M 54.86) - CT-LWS 07/2021 ohne Diskopathien, keine Neurokompression 2. V.a. Psoriasisformes Ekzem, tibial links 3. Adipositas Grad I nach WHO (ICD-10: E66.00) - BMI 30.5 kg/m<sup>2</sup> Dermatologischer- und allgemeininternistischerseits werde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Vonseiten des rheumatologischen Fachgebietes wirkten

sich eine axiale und periphere Spondylarthritis, ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom sowie eine MTP1-Arthrose beidseits auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sei die Krankheitsaktivität als moderat einzustufen gewesen. Die zervikalen Schmerzen hätten klinisch und radiologisch bei degenerativen Veränderungen auf Höhe C5 bis C7 nachvollzogen werden können. Es hätten sich aber keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik gezeigt. Bezogen auf das Lumbovertebralsyndrom werde von einer muskulären Ätiologie der Schmerzen ausgegangen. Die MTP1-Arthrose beidseits sei als primär zu bezeichnen. Vonseiten des psychiatrischen Fachgebietes werde von einer psychischen Reaktionsbildung auf die körperlichen Beeinträchtigungen im Sinne einer Anpassungsstörung mit der vorwiegenden Beeinträchtigung anderer Gefühle ausgegangen. Das vom Versicherten postulierte Beschwerdeausmass sei psychiatrischerseits nicht vollumfänglich nachvollziehbar. Von dermatologischer und allgemeininternistischer Seite sei der Versicherte uneingeschränkt 100 % arbeitsfähig (100%-Pensum, 100 % Rendement). Von psychiatrischer Seite sei vor dem Hintergrund der geringen psychischen Beeinträchtigung nur die Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Er sei zu einer Präsenz von 8.5 Stunden mit einer 20%igen Leistungseinschränkung befähigt, sodass sich eine Arbeitsfähigkeit von 80 % ergebe (100%-Pensum, 80 % Rendement). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gelte diese Angabe seit dem Juni 2019 (Aufnahme der psychiatrischen Behandlung). Vonseiten des rheumatologischen Fachgebietes sei die bisherige Tätigkeit überwiegend wahrscheinlich seit dem Februar 2020 nicht mehr zumutbar. Eine angepasste wechselbelastende leichte Tätigkeit sei dem Versicherten mit einer Präsenz von 8.5 Stunden mit einer Leistungseinschränkung von 20 % aufgrund regelmässig einzuhaltender Pausen zumutbar. Somit ergebe sich eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 80 % (100%-Pensum, 80 % Rendement). Diese Angabe gelte wahrscheinlich seit Mai 2019. Die retrospektive Beurteilung sei allerdings nicht hinreichend auf Basis des existierenden Aktenmaterials möglich und werde daher mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gutachterlich beurteilt. Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergäben sich von rheumatologischer und psychiatrischer Seite. Die zusätzlichen psychischen Einschränkungen führten zu keiner ausgeprägteren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, da den psychischen und rheumatologischen Einschränkungen im Rahmen des erhöhten Pausenbedarfs gleichermassen Rechnung getragen werde.

7.1.6 In seiner Stellungnahme vom 21. Oktober 2021 (IV-Nr. 78, S. 17) führte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, im psychiatrischen Teilgutachten der D.\_\_\_\_ AG sei der Krankheitswert der psychischen Störungen nicht erkannt bzw. die Schwere der Symptomatik heruntergespielt, bzw. verharmlost worden und es sei dem Beschwerdeführer mehr zugemutet worden, als er in der Lage wäre. Die Diagnose einer Anpassungsstörung solle gemäss ICD-10 und DSM-IV nach längerem Fortbestehen, spätestens nach sechs Monaten, in eine depressive Episode überführt werden. Laut dem psychiatrischen Gutachter bestehe aktuell (am 15. Juni 2021) seit 2019 eine anhaltende Anpassungsstörung. Eine darüberhinausgehende psychische Beeinträchtigung sei nicht evident. Insofern sei die Diagnose Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen fehl am Platz. Sodann sei die rezidivierende Natur des hier diagnostizierten depressiven Leidens aufgrund der anamnestischen Angaben auch rückblickend mit genügender Sicherheit belegt, auch wenn die früheren Episoden nie fachärztlich behandelt worden seien oder zur Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Eine rezidivierende Störung wie der Name preisgebe, verschwinde nicht. Diese könne remittieren oder verschiedene Schweregrade zwischen

leicht, mittel oder schwer einnehmen, aber die Störung bleibe ein Leben lang erhalten, wie in dem Fall des Beschwerdeführers. Es seien zahlreiche biologische und psychosoziale Einflussfaktoren im Spiel, die bei Entstehung einer Depression eine Rolle spielten. Der Beschwerdeführer weise mehrere solche Risikofaktoren auf. Auch genetisch bestehe eine Auffälligkeit für eine depressive Störung. Ein Bruder leide unter Depressionen. Die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers sprächen eine deutliche Sprache, dass er ein schwer traumatisierter Mensch sei und schwer misshandelt worden sei, was die Basis für die spätere depressive Entwicklung bilde. Insofern sei nicht nachvollziehbar, warum der Gutachter diese Tatsache ignoriere, welche eine Grundlage für spätere depressive Störungen bei dem Patienten bilde. In der ICD-10 könne man unter diagnostischen Leitlinien für schwere depressive Episoden (ICD-10 F32.2) lesen, es sei möglich, dass besonders agitierte oder gehemmte Patienten viele Symptome nicht in allen Einzelheiten beschreiben wollten oder könnten. In solchen Fällen sei eine zusammenfassende Einschätzung als schwere Episode dennoch gerechtfertigt. Dies zeige, dass die Stellung einer psychiatrischen Diagnose nicht immer einfach sei und neben der beschriebenen Psychopathologie schlussendlich die Gesamteinschätzung des Patienten durch den Psychiater wichtiger sei als das Vorliegen oder Fehlen einzelner psychopathologischer Befunde. In Anbetracht der bisherigen Erfahrungen mit dem Beschwerdeführer, der oben beschriebenen Symptomatik, sowie der Persönlichkeitsstruktur, sei eher von einer Langzeittherapie auszugehen, wobei die therapeutischen Fortschritte nur in kleinen Schritten zu erreichen seien. Der Beschwerdeführer sei derzeit nicht leistungsfähig und gering belastbar. Bereits kleinere Anforderungen führten zu einer Überforderung und einer damit verbundenen Verschlechterung der psychischen Verfassung. Diese Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit beruhten vor allem darauf, dass in geringen Belastungssituationen mit psychischen Dekompensationen mit verstärkt depressiven Symptomen zu rechnen sei. Weiterhin sei festzuhalten, dass die Anzahl und Intensität von depressiven Symptomen erneut zugenommen hätten (drei Hauptsymptome: gedrückte, depressive Stimmung, Interessensverlust und Freudlosigkeit und Antriebsmangel sowie fünf Zusatzsymptome: Suizidalität, vermindertes Selbstvertrauen, Schlafstörungen, verminderte Konzentration und pessimistische Zukunftsperspektive, verminderter Appetit), so dass die aktuelle Diagnose laute: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2). Heute betrage die Arbeitsfähigkeit generell für alle Arbeitstätigkeiten aus psychiatrischer Sicht höchstens 20 %. Dies sei begründet in der verringerten affektiven Steuerungsfähigkeit und Impulskontrolle, einer depressiven Apathie mit Energiemangel und Konzentrationsstörungen. Durch die somatischen Beschwerden erhöhe sich die Einschränkung jedoch noch relevant. 7.1.7 Mit Aktennotiz vom 2. Juni 2022 (IV-Nr. 86) führte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt Anästhesiologie FMH, RAD, aus, im Einwand der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 16. November 2021 werde unter Berufung auf das Schreiben des behandelnden Psychiaters, Dr. med. E.\_\_\_\_, insbesondere beanstandet, dass der Gutachter eine Anpassungsstörung feststelle, die seit 2019 bestehe. Dies widerspreche gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers den ICD-10-Diagnosekriterien, wonach während maximal sechs Monaten von einer Anpassungsstörung ausgegangen werden könne. Dazu sei zu bemerken, dass es sich bei dieser sechs-Monatsfrist um keine absolute Zahl handle. Gemäss ICD-10 hielten die Symptome meist nicht länger als sechs Monate an. Daraus gehe hervor, dass es eben durchaus in Einzelfällen Anpassungsstörungen geben könne, die nach sechs Monaten nicht beendet seien bzw. nicht in eine andere Diagnose zu überführen seien. Die vom Gutachter

gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung mit der vorwiegenden Beeinträchtigung anderer Gefühle widerspreche dem ICD-10 somit nicht. Unter Punkt 6 lege der psychiatrische Gutachter ab S. 15 ausführlich und unter Einbezug der Akten seine diagnostischen Überlegungen dar. Diese seien nachvollziehbar, schlüssig und begründet. Insbesondere werde auch ausführlich dargelegt, weshalb die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht plausibel erscheine. 8. Da die Beschwerdegegnerin die angefochtene Verfügung vom 14. Juni 2022 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der D.\_\_\_\_ AG vom 3. September 2021 (IV-Nr. 75.1; Fachrichtungen: Dermatologie, Rheumatologie, Innere Medizin und Psychiatrie) abstützt, ist nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen. 8.1 8.1.1 Im dermatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 75.3) wurde festgehalten, beim Beschwerdeführer bestehe seit nahezu 25 Jahren in mehr oder v.a. wenig starker Ausprägung eine Dermatose, die sich vom klinischen Bild und aus dem einzig in den Akten vorhandenen dermatologischen Bericht aus der dermatologischen Klinik im J.\_\_\_\_ von 1997 am ehesten als Ekzemerkrankung einordnen lasse, wobei aufgrund des klinischen Bildes differenzialdiagnostisch auch eine Psoriasis in Erwägung gezogen werden könne. In den letzten Jahren habe sich dieses psoriasisforme Ekzem lediglich im Bereich beider Unterschenkel tibial in mässiger Ausprägung gezeigt. Bei einer konsequenten Behandlung mit einem antientzündlichem Externum wäre dies sogar komplett kontrolliert in einem abgeheilten Zustand zu erwarten. Die Ekzemerkrankung sei im Herbst 1997 vorübergehend exazerbiert gewesen und habe zur Arbeitsunfähigkeit geführt. Ansonsten habe es aber im Weiteren diesbezüglich keinerlei Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit betreffend gegeben. Aufgrund dieser Ausführungen ist es nachvollziehbar, dass der dermatologische Gutachter aus rein dermatologischer Sicht auch aktuell eine volle Arbeitsfähigkeit attestierte. Aus dermatologisch gutachterlicher Sicht sei eine Beurteilung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen schwierig. Fachfremd sei aber zu bemerken, dass aufgrund der psychischen Konstitution eine Einschränkung bezüglich Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen vorliegen dürfte. Auf das dermatologische Teilgutachten, welches 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), kann somit abgestellt werden. 8.1.2 Im rheumatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 75.5) wurde ausgeführt, aufgrund der dermatologischen und rheumatologischen Begutachtung lasse sich keine Psoriasisarthritis gemäss den Caspar-Kriterien diagnostizieren und die Beschwerden könnten vor allem aufgrund der postentzündlichen Veränderungen der ISG bds und aktenkundigen Sakroiliitis sowie im 2019 sonografisch nachgewiesenen Synovitis radiocarpal rechts als eine Axiale und periphere Spondyloarthritis postuliert werden. Differentialdiagnostisch sei eine Psoriasisarthritis sine Psoriasis nicht ausgeschlossen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sei die Krankheitsaktivität als moderat einzustufen gewesen, radiologische postentzündliche Veränderungen im Bereich der Hände und Füsse seien nicht vorhanden gewesen. Die cervikalen Schmerzen hätten klinisch und auch radiologisch bei degenerativen Veränderungen auf Höhe C5-C7 nachvollzogen werden können, es hätten sich keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik gezeigt. Das chronische Lumbovertebralsyndrom sei klinisch mit Bewegungseinschränkungen auffällig gewesen, dabei ohne Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Radiologisch seien im aktuellen CT der LWS keine strukturellen Veränderungen als Korrelat für die

Beschwerden vorhanden gewesen und es könne daher von einer muskulären Aetiologie der Schmerzen ausgegangen werden. Die MTP I Arthrose bds. sei als primär zu bezeichnen gewesen und könne nach Kellgren und Lawrence als Grad 3 eingestuft werden. Der Versicherte habe seine Beschwerden in allen Lebenslagen als gleich stark angegeben. Im Rahmen der klinischen Untersuchung hätten sich positive Waddell-Zeichen als Ausdruck von Verdeutlichungstendenzen gezeigt. Inkonsistenzen hätten sich bei der klinischen Untersuchung ergeben, mit deutlichen Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule im Bereich der LWS ohne organisches, respektive radiologisches Korrelat. Ein Teil der Beschwerden vor allem cervical sei nachvollziehbar gewesen, bei radiologisch nachweisbaren degenerativen Veränderungen, jedoch sei das ausgeprägte Ausmass der angegebenen Beschwerden und Funktionseinschränkungen in der klinischen Untersuchung lumbal nicht plausibel nachvollziehbar gewesen. Es bestünde zudem inkonsistent der stark erhöhte Leidensdruck sowie die Schmerzintensität und das wenig in Anspruch genommene Therapieangebot sowie die analgetische Therapie, welche in Reserve mit Ibuprofen durchgeführt werde und aktuell sei ein tiefer Medikamentenspiegel nachweisbar gewesen, sodass von keiner regelmässigen Einnahme, wie vom Exploranden angegeben, auszugehen sei. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen vermag sodann das gutachterlich attestierte Zumutbarkeitsprofil sowie die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Aus rheumatologischer Sicht bestünden Einschränkungen der Grob- und Feinmotorik, langes Laufen, vor allem auf unebenem Gelände sowie schwere manuelle Tätigkeiten seien als ungünstig anzusehen. Das Heben und Tragen von Lasten sei mit max. 5 – 10 kg zumutbar. Langes Sitzen von mehr als 4 Stunden/Tag am Stück sei zu vermeiden, zudem langes Stehen von mehr als 2 Stunden/Tag, ebenso repetitive Arbeiten über Kopf sowie häufige Bückbewegungen und Rumpfrotationen. Zwangshaltungen über dem Kopf seien zu vermeiden, zudem Arbeiten in vorgeneigter Haltung sowie kniend, kauern und gebückt. Arbeiten in Kälte und Nässe seien als ungünstig anzusehen. In der angestammten Tätigkeit als Chauffeur bestehe aus rheumatologischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit mehr. Dies begründe sich aufgrund der degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS und LWS sowie MTP I Arthrose, wodurch sich relevante Funktionseinschränkungen ergäben. Das Arbeitsprofil als Chauffeur sei als ungünstig anzusehen, mit langem Sitzen, Stossen und Tragen schwerer Lasten und nicht ergonomischer Haltung der HWS, so dass eine Verschlechterungszunahme überwiegend wahrscheinlich sei. In einer dem Funktionsprofil angepassten Tätigkeit sei eine Präsenzzeit von 8.5 Stunden möglich. Jedoch bestehe eine Leistungseinbusse von 20 % aufgrund regelmässig einzuhaltender Pausen. Bei dem Versicherten bestehe in der angestammten Tätigkeit als Chauffeur seit Mai 2019 keine Arbeitsfähigkeit mehr. Dies sei aufgrund der psychiatrischen Diagnosen begründet, worauf sich auch die ausgestellten Arbeitsunfähigkeitszeugnisse bezögen. Rheumatologischerseits seien keinerlei Arbeitsfähigkeitszeugnisse attestiert worden, eine Einschätzung aus diesem Fachgebiet sei fehlend. Aufgrund der Befunde und aktuellen Untersuchungsergebnisse sei überwiegend wahrscheinlich von einer 80%igen Tätigkeit (gemeint wohl: Arbeitsfähigkeit) in einer Verweistätigkeit seit Mai 2019 auszugehen. Diese Ausführungen sind nachvollziehbar und überzeugend. Zusammenfassend kann auf das schlüssige rheumatologische Teilgutachten, welches den in E. II. 8.1.1 hiervor genannten rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten entspricht (vgl. AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160), ebenfalls abgestellt werden. 8.1.3 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 75.2) wurden folgende Befunde erhoben: Kopf- und Halsbereich: Enoral unauffällig. Keine vergrösserte Schilddrüse palpabel, keine pathologischen Lymphknoten.

Unauffällige Palpation beider Karotiden, ohne nachweisbare Strömungsgeräusche. Keine gestauten Jugularvenen, kein hepatojugulärer Reflux. Haut/Nägel: Normale Durchblutung der Haut und aller einsehbaren Schleimhäute. Kein Ikterus, keine Zyanose. Keine Spider naevi, kein Palmarerythem, keine Lackzunge. Herz-/Kreislaufsystem: Regelmässige, tachykarde Herzaktionen mit einer Frequenz von 65/min. Reine Herztöne, kein Nachweis von vitientypischen Geräuschen. Der Blutdruck betrug links 132/85 mmHg. Keine peripheren Ödeme zum Untersuchungszeitpunkt. Alle peripheren Pulse gut palpabel. Keine Varikosis. Atmung: Unauffällige und seitengleiche Perkussion und Auskultation der Lunge, ohne Nachweis von feuchten Rasselgeräuschen. Gestützt auf diese Befunderhebung kommt der internistische Gutachter in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass auf allgemeininternistischen Fachgebiet keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden. Der Versicherte könne 8.5 Stunden anwesend sein. Es bestehe keine Leistungseinbusse. Das internistische Gutachten entspricht ebenfalls den in E. II. 8.1.1 hiervor genannten rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten, weshalb darauf abgestellt werden kann. 8.1.4 8.1.4.1 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 75.4) führte der Gutachter aus, anamnestisch habe der Versicherte einen ausreichend strukturierten Tagesablauf geschildert und geäussert, dass er die Ehefrau zur Arbeit bringe und wieder abhole, mit dem Hund Gassi gehe, sporadisch Hausarbeiten ausführe. Der AMDP-konforme Untersuchungsbefund sei bis auf eine vordergründig subdepressive Stimmung bei Nachfragen nach dem psychischen Befinden und einer nahezu zu vermutenden Affektinkontinenz in diesem Zusammenhang und einer vordergründig innerlichen Anspannung bei derartigen Themen bezogen auf die objektiven Kriterien regelrecht gewesen. Subjektiv seien neben den aufgeführten Symptomen und Ängsten bezogen auf die finanzielle Zukunft über fraglich beginnende Panikattacken und fraglich hypnagoge Halluzinationen berichtet worden, wobei es sich eher um intermittierende Alpträume handeln dürfte, sowie lebensmüde Gedanken. In der Gegenübertragung sei diskrepant zu dem vom Versicherten geäusserten Beschwerdeausmass keine namhafte psychische Beeinträchtigung aufspürbar gewesen. Sodann führte der psychiatrische Gutachter hinsichtlich der Vorakten aus, im psychiatrischen Fachbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2020 würden Symptome einer Anpassungsstörung plausibel beschrieben. Ebenfalls werde plausibel dargelegt, dass der Schweregrad einer depressiven Episode nicht erreicht werde. Schlussendlich ergebe der Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_ Hinweise auf eine Anpassungsstörung mit der vorwiegenden Beeinträchtigung anderer Gefühle. Bezüglich der Berichte des behandelnden Psychiaters, Dr. med. E.\_\_\_\_, hielt der Gutachter fest, der Behandler beschreibe zwar einen ausgeprägteren Schweregrad. Dieser stehe aber im Widerspruch zu den aktuellen anamnestischen Angaben des Versicherten, welcher auffallend vage bleibe bei Nachfragen nach Beeinträchtigungen, scheinbar im Gegensatz zum Antwortverhalten beim Behandler und bei der Vorbegutachtung und im Gegensatz zum Antwortverhalten auf sonstige Fragen. Zudem werde die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung in keiner Weise begründet. Es würden lediglich potenziell traumatisierende Ereignisse in der Kindheit und Jugend in Übereinstimmung mit den anamnestischen Angaben des Versicherten erwähnt. Die Ausbildung einer Traumafolgestörung werde allerdings daraus nicht plausibel, ebenso wenig anamnestisch. So negiere der Versicherte sämtliche Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wie Intrusionen, Flashbacks, Triggerreize, traumabezogenes Vermeidungsverhalten, Hyperarousal, allgemeines Misstrauen gegenüber anderen Menschen. Auch werde aus der soziobiografischen Anamnese deutlich, dass dem Versicherten eine regelrechte berufliche

Integration trotz aller Schwierigkeiten gelungen sei, ebenso wie eine Umschulung und er langjährig am letzten Arbeitsplatz habe tätig sein können. Des Weiteren könnten aus dem Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2021 weder eine mittelgradige noch schwere depressive Beeinträchtigung noch psychotische Symptome nachvollzogen werden. Die aktenkundig erwähnten akustischen Halluzinationen würden vom Versicherten weder aktuell noch retrospektiv bestätigt. Plausibel werde lediglich eine psychische Reaktionsbildung als Folge der schmerzbedingten Einschränkungen des Versicherten und der aus der Arbeitsunfähigkeit resultierenden psychosozialen Probleme. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen vermag sodann die gutachterliche Diagnosestellung zu überzeugen: Nach Würdigung der anamnestischen Angaben des Versicherten, der aktenkundigen Berichte sowie der hier erhobenen Untersuchungsbefunde ergebe sich, dass beim Versicherten affektive Beeinträchtigungen in Form von phasenweiser Herabgestimmtheit, phasenweisen Ängsten bezogen auf die gesundheitliche und existenzielle Zukunft sowie eine erhöhte Reizbarkeit bestünden. Deutlich werde, dass es überwiegend wahrscheinlich im Jahre 2019 bedingt durch zunehmende körperliche Beeinträchtigungen zu einer psychischen Reaktionsbildung in Form einer Anpassungsstörung mit der vorwiegenden Beeinträchtigung anderer Gefühle gekommen sei, welche auch durch die als kränkend erlebte Kündigung des Arbeitsplatzes und die enttäuschten Erwartungen bezogen auf von dem Versicherten als rechtmässig erlebten Versorgungsansprüche unterhalten worden seien. Das vom Versicherten postulierte und aktenkundig dargelegte Störungsausmass sei nicht vollumfänglich nachvollziehbar. So beschreibe er einen ausreichend aktiven Tagesablauf, nehme die Medikation überwiegend wahrscheinlich nicht ein, was einem namhaften Leidensdruck entgegenstehe. Auch sei in der Gegenübertragung keine namhafte psychische Beeinträchtigung aufspürbar. Auffallend sei das vage Antwortverhalten bei expliziten Nachfragen nach psychischen Beeinträchtigungen und sogar bei Vorgabe allfälliger Beeinträchtigungsmöglichkeiten. Weiterhin auffallend sei das Verhalten des Versicherten im Rahmen der Exploration insofern, dass er sofort bei Nachfrage nach allfälligen psychischen Beeinträchtigungen eine leidende Gestik demonstriere, im Gegensatz dazu bei den Berichten über belastende soziobiografische Ereignisse kein derartiges Verhalten zeige und auch nicht bei sonstigen Themen. Durchgehend sei in der Gegenübertragung keine namhafte psychische Beeinträchtigung aufspürbar. Vielmehr wirke das Verhalten vordergründig demonstrativ. Insgesamt lasse sich nur eine mässige psychische Beeinträchtigung unter Zugrundelegung dieser Aspekte objektivieren. Weiter gehe aus den Angaben des Beschwerdeführers und den Vorakten hervor, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2000 eine Umschulung absolviert habe, da er aufgrund einer Psoriasis im Gastgewerbe als Pizzameister nicht habe weiterarbeiten können. Er sei Lkw-Chauffeur geworden und habe bis zum Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im Jahre 2019 in diesem Beruf gearbeitet, am letzten Arbeitsplatz langjährig. Der Versicherte berichte eine zunehmende Schmerzsymptomatik seit etwa fünf Jahren und diesbezügliche Einschränkungen bei der Arbeit als Lkw-Chauffeur, bei welcher er auch habe be- und entladen müssen. Aktuell befinde er sich seit 2019 in psychiatrischer Behandlung. Aus der soziobiografischen Anamnese werde deutlich, dass der Versicherte während seiner Kindheit und Jugend keine sichere emotionale Beziehung habe erleben können, somit kein ausreichendes Selbstwertgefühl habe aufbauen können und eine von selbstunsicheren Zügen geprägte Persönlichkeit entwickelt habe, ohne dass das Ausmass einer Persönlichkeitsakzentuierung oder-störung erreicht werde. Auf dieser Basis bestehe eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Reaktionsbildungen bisher überwiegend

wahrscheinlich jeweils im Sinne von Anpassungsstörungen. Aktuell bestehe seit 2019 eine anhaltende Anpassungsstörung. Eine darüber hinausgehende psychische Beeinträchtigung sei nicht evident. 8.1.4.2 Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen hielt der psychiatrische Gutachter zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sodann fest, bedingt durch die noch geringe psychische Beeinträchtigung resultierend aus der Anpassungsstörung sei der Versicherte derzeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfes in seiner Leistungsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit 20 % eingeschränkt. Somit ist des Weiteren zu prüfen, ob diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung zu überzeugen vermag. Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 8.1.4.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass es sich bei der diagnostizierten Anpassungsstörung um eine leichte Ausprägung der Symptomatik handelt. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, der Versicherte habe sich laut seinen Angaben vor 17 Jahren in erfolgreicher psychotherapeutischer Behandlung befunden, laut aktenkundigen Berichten im Jahre 2007. Weiterhin sei eine Behandlung im Jahre 2015 vorübergehend erfolgt. Erneut werde der Versicherte seit Juni 2019 kontinuierlich fachärztlich behandelt. Es seien verschiedene antidepressive Medikationen laut aktenkundigen Berichten mit Citalopram, Venlafaxin, Brintellix, Duloxetin und Abilify erfolgt. Aktuell werde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Medikation nicht eingenommen. Im Laborbefund vom 28. Mai 2021 sei der Spiegel des Aripiprazol mit 13 pg/1 signifikant erniedrigt gewesen (Referenz 100-350 pg/1). Der Spiegel des Metaboliten Dehydroaripiprazol sei nicht messbar. Somit sei davon auszugehen, dass lediglich eine Mitteleinnahme zum

Zwecke der Begutachtung erfolgt sei und überwiegend wahrscheinlich keine regelmässige Einnahme erfolge. Dazu passend sei kein Spiegel des Duloxetin und des Trazodon messbar gewesen, sodass diese Substanzen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht eingenommen würden. Fraglich sei, inwieweit früher eine ausreichende Medikamentencompliance überhaupt vorhanden gewesen sei. Die Therapiefrequenz sei ausreichend. Aus psychiatrischer Sicht wäre die Einnahme einer antidepressiven Medikation sinnvoll, könnte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die noch bestehenden Einschränkungen des Versicherten bessern. Gestützt auf diese gutachterlichen Ausführungen ist nicht von einer Behandlungsresistenz auszugehen. Zu einer allfälligen Eingliederungsresistenz werden im Gutachten keine Angaben gemacht. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Wie dem Gutachten diesbezüglich zu entnehmen ist, kann der aus rheumatologischer Sicht bestehenden verminderten Belastbarkeit keine zusätzliche ressourcenhemmende Wirkung beigemessen werden (vgl. IV-Nr. 75.1, Ziff. 4.9). Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter fest, der Versicherte sei bezüglich der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Wissensanwendung und Durchhaltefähigkeit bedingt durch die Anpassungsstörung leicht beeinträchtigt. Er sei ausreichend urteils- und kritikfähig, zur Anpassung an Regeln und Routinen bei entsprechender Motivation in der Lage, sei in Teams integrierbar, sei zu dyadischen Beziehungen befähigt, sei mobil und verkehrsfähig, könne sich ausreichend selbst versorgen. Die Fähigkeit zur Proaktivität und Spontanaktivitäten sei leicht eingeschränkt. Des Weiteren ist den Angaben des Beschwerdeführers zu entnehmen, er lebe mit seiner Ehefrau in einer Viereinhalb-Zimmer-Mietwohnung. Er benutze sein Auto für kürzere Strecken. Die Töchter lebten separat in der Nähe. Es bestehe ein guter Kontakt. Zuletzt sei er im März eine Woche in [...] gewesen, sei mit dem Flugzeug gereist. Er stehe zwischen 05:00 und 06:00 Uhr morgens auf. Er mache sich parat, gehe mit seinem kleinen Hund, wenn er Lust habe, nach draussen. Anschliessend sehe er fern, versuche, das

Mittagessen zuzubereiten, wenn ihm dies nicht gelinge, mache dies die Ehefrau. Danach esse er zusammen mit der Ehefrau. Diese sei bis etwa 17:00 Uhr da. Dann fahre er sie wieder zur Arbeit wie morgens auch und hole sie etwa um 22:00 Uhr ab. Zwischendurch schaue der Versicherte fern, gehe zwischen 24:00 und 01:00 Uhr zu Bett. Hausarbeiten erledige er, wenn er Lust habe. Somit sind gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen und die Angaben des Beschwerdeführers sowohl im persönlichen als auch im sozialen Bereich des Beschwerdeführers Ressourcen vorhanden. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich ist auf das vorgehend unter der Kategorie «funktioneller Schweregrad» Gesagte zu verweisen. Gestützt darauf ist das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus somit zu verneinen. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führt der Gutachter aus, die psychiatrische Behandlung in der angemessenen Frequenz sollte weitergeführt werden. Weiterhin sei eine Besserung der geringen Beeinträchtigung des Versicherten unter der Voraussetzung einer Einnahme einer antidepressiven Medikation, beispielsweise Duloxetin, möglich. Die Compliance sollte allerdings im Fall des Versicherten überwacht werden, vorher sollte dieser auch zur Medikamenteneinnahme motiviert werden. Im Lichte dieser Ausführungen ist nicht von einem ausgeprägten Leidensdruck auszugehen. 8.1.4.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 8.1.4.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag auch die gutachterliche Einschätzung einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit zu überzeugen. 8.1.4.4 Auf das beweismässige psychiatrische Teilgutachten der D.\_\_\_\_ AG kann somit abgestellt werden. Den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermögen sodann weder die diesem entgegenstehenden Stellungnahmen und Arztberichte des behandelnden Psychiaters des Beschwerdeführers noch die Rügen des Beschwerdeführers zu vermindern. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers und des behandelnden Psychiaters, Dr. med. E.\_\_\_\_, begründet der psychiatrische Gutachter die von ihm gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung durchaus nachvollziehbar. Der Gutachter führte diesbezüglich aus, es werde deutlich, dass es überwiegend wahrscheinlich im Jahre 2019 bedingt durch zunehmende körperliche Beeinträchtigungen zu einer psychischen Reaktionsbildung in Form einer Anpassungsstörung mit der vorwiegenden Beeinträchtigung anderer Gefühle gekommen sei, welche auch durch die als kränkend erlebte Kündigung des Arbeitsplatzes und die enttäuschten Erwartungen bezogen auf von dem Versicherten als rechtmässig

erlebten Versorgungsansprüche unterhalten worden seien. Dass sich der Gutachter hierbei zusätzlich auf die Befunderhebung aus dem Fachbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2020 (IV-Nr. 28) stützt, ist ebenfalls nicht zu beanstanden. So können Symptome einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43) gemäss der Definition aus dem ICD-10 innerhalb eines Monats nach dem fraglichen Ereignis – vorliegend allenfalls der Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Mai 2019 (letzter Arbeitstag gemäss Arbeitgeberfragebogen: 17. Mai 2019; vgl. IV-Nr. 25) – auftreten, weshalb die damaligen Befunderhebungen von Dr. med. C.\_\_\_\_ durchaus von Belang sind. Dr. med. E.\_\_\_\_ ist zwar insofern Recht zu geben, dass eine Anpassungsstörung für gewöhnlich nicht länger als sechs Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen andauert. Dauert diese – wie vom psychiatrischen Gutachter angenommen – länger, wäre als Diagnose grundsätzlich eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (vgl. ICD-10 F43.21) zu stellen, wobei diese Diagnose die Dauer von zwei Jahren nicht überschreiten darf. Wie vorgehend festgehalten, war der letzte Arbeitstag des Beschwerdeführers der 17. Mai 2019, womit – ausgehend von einer innerhalb eines Monats aufgetretenen Anpassungsstörung – die Diagnose einer Anpassungsstörung im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung am 15. Juni 2021 (IV-Nr. 75.4, S. 1) noch zulässig war. Zwar diagnostizierte der psychiatrische Gutachter nicht eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), sondern eine Anpassungsstörung mit der vorwiegenden Beeinträchtigung anderer Gefühle (ICD-10 F43.23). Dies vermag den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens aber nicht wesentlich zu vermindern. Entscheidend ist vielmehr, dass gemäss den schlüssigen Ausführungen des psychiatrischen Gutachters die Kriterien einer Anpassungsstörung vorlagen bzw. im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung am 15. Juni 2021 noch vorlagen. Hinzukommt, dass die vorerwähnte diagnostische Unterscheidung in dem seit 1. Januar 2022 gültigen ICD-11 nicht mehr gemacht wird. So bleibt die Anpassungsstörung zwar bestehen (ICD-11: 6B43), aber ihre Kriterien wurden präzisiert und die früheren Unterdiagnosen (u.a. F43.21: «längere depressive Reaktion») wurden in der ICD-11 aufgegeben. Dementsprechend ist der Umstand, dass der Gutachter vorliegend anstatt der Diagnose ICD-10 F43.21 die Diagnose F43.23 gestellt hat unter dem neuen ICD-11 nicht mehr von Relevanz. Sodann begründete der psychiatrische Gutachter – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – nachvollziehbar, dass die von Dr. med. E.\_\_\_\_ gestellte die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgrund von dessen Berichten nicht nachvollziehbar ist. So würden lediglich potenziell traumatisierende Ereignisse in der Kindheit und Jugend in Übereinstimmung mit den anamnesticen Angaben des Versicherten erwähnt. Die Ausbildung einer Traumafolgestörung werde allerdings daraus nicht plausibel, ebenso wenig anamnestic. So negiere der Versicherte sämtliche Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wie Intrusionen, Flashbacks, Triggerreize, traumabezogenes Vermeidungsverhalten, Hyperarousal, allgemeines Misstrauen gegenüber anderen Menschen. Wie der psychiatrische Gutachter zudem zu Recht festgehalten hat, können die im Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2021 erwähnten psychotischen Symptome nicht nachvollzogen werden, zumal Dr. med. E.\_\_\_\_ selbst das Vorliegen von psychotischen Symptomen in seinen Berichten vom 4. September 2020 (IV-Nr. 44) und 21. Oktober 2021 (IV-Nr. 78, S. 17) wiederum ausdrücklich verneint hat. Des Weiteren brachte Dr. med. E.\_\_\_\_ gegen die gutachterliche Beurteilung vor, es sei möglich, dass besonders agitierte oder gehemmte Patienten viele Symptome nicht in allen Einzelheiten beschreiben wollten oder könnten. In solchen Fällen sei eine zusammenfassende Einschätzung als schwere Episode dennoch gerechtfertigt. Daraus kann

aber nicht ohne Weiteres der Schluss gezogen werden, die vom Beschwerdeführer spärlich genannten Symptome sprächen für eine schwere depressive Episode. So wurde im psychiatrischen Gutachten in nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass in der Gegenübertragung keine namhafte psychische Beeinträchtigung aufspürbar sei. Vielmehr wirke das Verhalten vordergründig demonstrativ. Auffallend sei das vage Antwortverhalten bei expliziten Nachfragen nach psychischen Beeinträchtigungen und sogar bei Vorgabe allfälliger Beeinträchtigungsmöglichkeiten. Weiterhin auffallend sei das Verhalten des Versicherten im Rahmen der Exploration insofern, dass er sofort bei Nachfrage nach allfälligen psychischen Beeinträchtigungen eine leidende Gestik demonstriere, im Gegensatz dazu bei den Berichten über belastende soziobiografische Ereignisse kein derartiges Verhalten zeige und auch nicht bei sonstigen Themen (vgl. IV-Nr. 75.4, Ziff. 7.3). Ebenso kann aus dem Umstand, dass sowohl im psychiatrischen als auch im rheumatologischen Teilgutachten gestützt auf eine durchgeführte Blutuntersuchung eine fehlende Medikamenteneinnahme festgestellt wurde, nicht geschlossen werden, dass beim Beschwerdeführer eine schwere depressive Episode vorliege. Dem Beschwerdeführer ist zwar insofern recht zu geben, dass gemäss medizinischer Lehrmeinung die Non-Compliance-Rate bei Patienten mit Depressionen in der Praxis hoch ist und eine Depression als Risikofaktor für schlechte Compliance gilt. Wie vorgehend dargelegt wurde, liess sich in der Begutachtung eine depressive Episode nicht nachweisen, weshalb auch die gutachterliche Schlussfolgerung nachvollziehbar ist, dass die schlechte Medikamentencompliance des Beschwerdeführers ebenfalls gegen das Vorliegen einer depressiven Episode spricht. Sodann führen die in den Teilgutachten offenbar vom Beschwerdeführer gemachten unterschiedlichen Angaben – im psychiatrischen Gutachten gab er an, um 5 – 6 Uhr aufzustehen, in den anderen Teilgutachten um 7 Uhr; im psychiatrischen Teilgutachten wird ein Bruder mit psychischen Problemen erwähnt, im internistischen und rheumatologischen Teilgutachten zwei Brüder – nicht dazu, dass das Gutachten insgesamt nicht beweiswertig wäre. Zum einen ist zu berücksichtigen, dass die Übersetzung anlässlich der Begutachtung durch einen Dolmetscher erfolgte, was gewisse unterschiedliche Angaben erklären könnte. Zum anderen ist festzuhalten, dass diese Unterschiede in den Angaben nicht von einer solchen Relevanz sind, als dass sie zu einer unterschiedlichen Beurteilung in den jeweiligen Teilgutachten führen könnten. Des Weiteren erscheint die vom psychiatrischen Gutachter gezogene Schlussfolgerung, wonach der Beschwerdeführer über einen ausreichend strukturierten Tagesablauf verfüge, gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers durchaus nachvollziehbar (vgl. E. II. 8.1.4.2 hiervor). Auch wenn der Beschwerdeführer angibt, ausserhalb der Familie keine Kontakte zu pflegen, kann der von ihm beschriebene Tagesablauf zusammen mit dem geschilderten Kontakt zu seiner Frau und zu seinen Kindern als genügend strukturiert bezeichnet werden. Daran vermag der Umstand, dass der rheumatologische Gutachter «geordnete Tagesstruktur: nicht vorhanden» vermerkte, nichts zu ändern. So fiel es in den Fachbereich des psychiatrischen Gutachters, den Tagesablauf des Beschwerdeführers abzuklären und gestützt darauf die psychiatrisch relevanten Schlussfolgerungen zu ziehen. Dies hat der psychiatrische Gutachter denn auch in einleuchtender Weise gemacht. Sodann werden sowohl im rheumatologischen als auch im psychiatrischen Teilgutachten übereinstimmend Verdeutlichungstendenzen und ein demonstratives Verhalten erwähnt (vgl. IV-75.5, S. 18 und 75.4, S. 21). Die vom Beschwerdeführer dagegen vorgebrachten Argumente vermögen diese Feststellungen, die konkret beschrieben und begründet werden, nicht zu erschüttern. Ebenso kann in der Äusserung des dermatologischen Gutachters, dass aufgrund der

psychischen Konstitution des Beschwerdeführers eine Einschränkung bezüglich Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen vorliegen dürfte, kein entscheidender Widerspruch zum psychiatrischen Teilgutachten gesehen werden. Zum einen handelt es sich hier um fachfremde Äusserungen und zum anderen ergaben sich aus psychiatrischer Sicht tatsächlich Einschränkungen, welche eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % auch in angepassten Tätigkeiten begründen. 8.1.5 Gestützt auf die beweismässigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der Gutachter zu überzeugen, wonach dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der Einschränkungen auf dem rheumatologischen und psychiatrischen Fachgebiet eine angepasste wechselbelastende leichte Tätigkeit mit einer Präsenz von 8.5 Stunden mit einer Leistungseinschränkung von 20 % aufgrund regelmässig einzuhaltender Pausen zumutbar sei. Im Übrigen ist die vom Beschwerdeführer vorgebrachte Rüge, dass der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ als Facharzt für Anästhesiologie nicht über die erforderliche fachspezifische Kompetenz verfüge, um zu den Einwänden gegen das vorliegende Gutachten rechtsgenügend Stellung zu nehmen, angesichts des Beweiswerts des Gutachtens nicht weiter von Belang. Der RAD-Arzt ist zwar mangels entsprechender Spezialisierung nicht ohne weiteres qualifiziert, selbst eine beweismässige psychiatrische Begutachtung durchzuführen. Er vermag aber den Beweiswert eines Gutachtens zu beurteilen, wobei seine Aussage für das Gericht selbstverständlich nicht bindend ist.

## **E. 9**

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

9.1.1 Der Beschwerdeführer ist unbestrittenermassen seit Mai 2019 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt und hat sich am 3. Februar 2020 zum Bezug von Rentenleistungen angemeldet. Somit könnte ein allfälliger Rentenanspruch in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. August 2020 entstehen, 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 14. Juni 2022 angewandten Validen- und Invalideneinkommen werden vom Beschwerdeführer ■ mit Ausnahme eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohns (s. E. II. 9.3 hiernach) ■ nicht bestritten und sind denn auch nicht zu beanstanden. Da der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit bei der Firma K.\_\_\_\_ AG aus gesundheitlichen Gründen verloren hat, hat die Beschwerdegegnerin beim Valideneinkommen zurecht auf den dort zuletzt erzielten Lohn abgestellt. Da es dem Beschwerdeführer sodann möglich ist, eine angepasste Tätigkeit zu 80 % auszuüben, er aber bislang keiner Tätigkeit im zumutbaren Ausmass nachgeht, hat

die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen zurecht aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt. Der hierbei angewandte Tabellenlohn TA1\_triage\_skill\_level, 2018, Total, Niveau 1/Männer, ist ebenfalls nicht zu beanstanden.

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 rechtfertigt sich aufgrund des Umstandes, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem Pensum von 80 % tätig sein kann, kein Abzug. So verdienen Männer in den Jahren 2012 bis 2018 in einem Pensum von 75 ■ 89 % gemäss der Tabelle des Bundesamtes für Statistik T18 (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) sogar mehr als Männer in einem Vollzeitpensum. Wie sodann die Beschwerdegegnerin zu Recht ausgeführt hat, wird den vom Beschwerdeführer geltend gemachten mangelnden Sprachkenntnissen sowie der fehlenden noch verwertbaren Berufsausbildung bereits bei der Wahl des Kompetenzniveaus 1 Rechnung getragen. Diese Aspekte sind deshalb nicht abzugsrelevant (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_549/2019 vom 26. November 2019 E. 7.7). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist aufgrund der gutachterlich festgestellten verhältnismässig geringen psychischen Einschränkungen auch nicht mit vermehrten und nicht kalkulierbaren Absenzen zu rechnen. Des Weiteren wird im polydisziplinären Gutachten der D. \_\_\_ AG vom 3. September 2021 folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: Aus rheumatologischer bestünden Einschränkungen der Grob- und Feinmotorik, langes Laufen, vor allem auf unebenem Gelände sowie schwere manuelle Tätigkeiten seien als ungünstig anzusehen. Das Heben und Tragen von Lasten sei mit max. 5 ■ 10 kg zumutbar. Langes Sitzen von mehr als 4 Stunden/Tag am Stück sei zu vermeiden, zudem langes Stehen von mehr als 2 Stunden/Tag, ebenso repetitive Arbeiten über Kopf sowie häufige Bückbewegungen und Rumpfrotationen. Zwangshaltungen über dem Kopf seien zu vermeiden, zudem Arbeiten in vorgeneigter Haltung sowie kniend, kauern und gebückt. Arbeiten in Kälte und Nässe seien als ungünstig anzusehen. Aus

psychiatrischer Sicht sei eine spezielle angepasste Tätigkeit nicht notwendig. Zwar 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). Jedoch bestehen aus rheumatologischer Sicht die vorgenannten zusätzlichen erheblichen Einschränkungen, welchen alleine durch die Wahl des Kompetenzniveaus nicht genügend Rechnung getragen wird, zumal die Einschränkung von 20 % alleine aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs festgelegt wurde. Demnach rechtfertigt sich ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug von 10 %. Dieser ergibt aber ebenfalls kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (Valideneinkommen: CHF 72'670.00; Invalideneinkommen: CHF 49'609.20; IV-Grad: 32 %), weshalb die Verneinung des Rentenanspruchs durch die Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden ist.

10. Schliesslich wird die Verneinung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen vom Beschwerdeführer nicht separat gerügt und ist denn auch nicht zu beanstanden. Hierbei kann auf die Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung verwiesen werden. So sieht sich der Beschwerdeführer als nicht mehr arbeitsfähig, obwohl aus versicherungsmedizinischer Sicht für angepasste Tätigkeiten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Gegenüber den Gutachtern gab er an, er könne wegen den Schmerzen nicht arbeiten. Auch eine Arbeitstätigkeit leichter Art sei ihm nicht möglich (s. Teilgutachten, Allgemeine Innere Medizin, S. 9; Teilgutachten Psychiatrie, S. 10; Teilgutachten Rheumatologie, S. 7). Fehlt es wie vorliegend aus invaliditätsfremden Gründen an einem Eingliederungswillen, so entfällt ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_726/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.3 mit Hinweisen).

11. Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

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

Demnach wird erkannt:

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

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.



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 rechtfertigt sich aufgrund des Umstandes, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem Pensum von 80 % tätig sein kann, kein Abzug. So verdienten Männer in den Jahren 2012 bis 2018 in einem Pensum von 75 – 89 % gemäss der Tabelle des Bundesamtes für Statistik T18 (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) sogar mehr als Männer in einem Vollzeitpensum. Wie sodann die Beschwerdegegnerin zu Recht ausgeführt hat, wird den vom Beschwerdeführer geltend gemachten mangelnden Sprachkenntnissen sowie der fehlenden noch verwertbaren Berufsausbildung bereits bei der Wahl des Kompetenzniveaus 1 Rechnung getragen. Diese Aspekte sind deshalb nicht abzugsrelevant (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_549/2019 vom 26. November 2019 E. 7.7). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist aufgrund der gutachterlich festgestellten verhältnismässig geringen psychischen Einschränkungen auch nicht mit vermehrten und nicht kalkulierbaren Absenzen zu rechnen. Des Weiteren wird im polydisziplinären Gutachten der D.\_\_\_\_ AG vom 3. September 2021 folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: Aus rheumatologischer bestünden Einschränkungen der Grob- und Feinmotorik, langes Laufen, vor allem auf unebenem Gelände sowie schwere manuelle Tätigkeiten seien als ungünstig anzusehen. Das Heben und Tragen von Lasten sei mit max. 5 – 10 kg zumutbar. Langes Sitzen von mehr als 4 Stunden/Tag am Stück sei zu vermeiden, zudem langes Stehen von mehr als 2 Stunden/Tag, ebenso repetitive Arbeiten über Kopf sowie häufige Bückbewegungen und Rumpfrotationen. Zwangshaltungen über dem Kopf seien zu vermeiden, zudem Arbeiten in vorgeneigter Haltung sowie kniend, kauern und gebückt. Arbeiten in Kälte und Nässe seien als ungünstig anzusehen. Aus psychiatrischer Sicht sei eine spezielle angepasste Tätigkeit nicht notwendig. Zwar 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). Jedoch bestehen aus rheumatologischer Sicht die vorgenannten zusätzlichen erheblichen Einschränkungen, welchen alleine durch die Wahl des Kompetenzniveaus nicht genügend Rechnung getragen wird, zumal die Einschränkung von 20 % alleine aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs festgelegt wurde. Demnach rechtfertigt sich ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug von 10 %. Dieser ergibt aber ebenfalls kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (Valideneinkommen: CHF 72'670.00; Invalideneinkommen: CHF 49'609.20; IV-Grad: 32 %), weshalb die Verneinung des Rentenanspruchs durch die Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden ist. 10. Schliesslich wird die Verneinung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen vom Beschwerdeführer nicht separat gerügt und ist denn auch nicht zu beanstanden. Hierbei kann auf die Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung verwiesen werden. So sieht sich der Beschwerdeführer als nicht mehr arbeitsfähig, obwohl aus versicherungsmedizinischer Sicht für angepasste Tätigkeiten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Gegenüber den Gutachtern gab er an, er könne wegen

den Schmerzen nicht arbeiten. Auch eine Arbeitstätigkeit leichter Art sei ihm nicht möglich (s. Teilgutachten, Allgemeine Innere Medizin, S. 9; Teilgutachten Psychiatrie, S. 10; Teilgutachten Rheumatologie, S. 7). Fehlt es wie vorliegend aus invaliditätsfremden Gründen an einem Eingliederungswillen, so entfällt ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_726/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.3 mit Hinweisen). 11. Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. 11.1 Bei diesem Verfahrensausgang 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 der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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