

SO_GERICHTE VSBES.2022.220 vom 28. September 2022

SO Obergericht, 2022-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.220

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.220 du 28 septembre 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.220 del 28 settembre 2022

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. September 2022 sei aufzuheben.

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer sämtliche Leistungen nach IVG nach Massgabe eines noch zu bestimmenden IV-Grades, mindestens jedoch in Höhe eines IV-Grades von 48 %, auszurichten.

E. 3

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, weitere (medizinische) Abklärungen zu initiieren.

E. 4

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 9. Januar 2023 (A.S. 32) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 4. Die durch die Vertreterin des Beschwerdeführers am 24. Januar 2023 eingereichte Kostennote (IV-Nr. 34 f.) geht mit Verfügung vom 25. Januar 2023 zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin (IV-Nr. 36). 5. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Es ist auf die Beschwerde einzutreten. 1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: 28. September 2022) eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109). 1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG). 2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den

Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.). 3. Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 194 E. 3.b S. 194 f.). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160). 4. Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und 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 hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

5. Es ist zunächst auf die Rechtsschriften der Parteien einzugehen: 5.1 Gemäss den Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 28. September 2022 (A.S. 1 ff.) sei der Beschwerdeführer in seiner langjährigen Tätigkeit als Lagerist für die Arbeitgeberin B.____ erkrankt. Mit seiner Anmeldung vom 11. Januar 2021 habe er Leistungen der Invalidenversicherung beantragt. Er sei anschliessend vorübergehend durch die Eingliederungsfachperson unterstützt und betreut worden. Aufgrund seines Gesundheitszustandes seien die Bemühungen der Eingliederung frühzeitig abgeschlossen worden. Das Arbeitsverhältnis sei in der Zwischenzeit aufgelöst worden. Um die Gesundheit umfassend abzuklären, sei der Beschwerdeführer polydisziplinär begutachtet worden. Das medizinische Gutachten sei mit Datum vom 27. November 2021 erstattet

worden. Die Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Lagerist seit September 2020 nicht mehr zumutbar sei. In einer angepassten Tätigkeit, leicht bis mittelschwer, wechselbelastend auf Arbeitshöhe, keine ungünstigen Körperhaltungen, mit der Möglichkeit, sich gelegentlich hinzusetzen, bestehe seit spätestens November 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Es sei dem Beschwerdeführer somit weiterhin möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Entsprechend bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Es wurde ein IV-Grad von 31 % errechnet.

5.2 Der Beschwerdeführer lässt in seiner Beschwerdeschrift vom 27. Oktober 2022 (A.S. 7 ff.) betreffend das Gutachten der Gutachterstelle D.____ ganz grundsätzlich kritisieren, dass er bloss von zwei Gutachtern untersucht worden sei, obwohl eine polydisziplinäre Begutachtung angeordnet worden sei. Hierbei hätten die beiden Gutachter den Beschwerdeführer jeweils in Personalunion in den Disziplinen Neurologie und Psychiatrie bzw. Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin begutachtet. Dies könne offensichtlich nicht Sinn und Zweck einer polydisziplinären Begutachtung sein, da sich so auch bloss zwei Personen ein Bild über den Beschwerdeführer machten und nicht vier, womit auch nicht der gleiche Grad an Objektivität sichergestellt werden könne. Dass es den Gutachtern offensichtlich an der notwendigen Seriosität fehle, zeige sich denn auch daran, dass Prof. Dr. med. habil. F.____ versucht habe, die Kosten für die Blutuntersuchung – obwohl es sich um eine IV-Begutachtung handle und damit die Kosten hierfür von der Beschwerdegegnerin getragen würden – mit der Krankenkasse des Beschwerdeführers abzurechnen. Prof. Dr. med. habil. F.____ habe offenbar für eine Blutuntersuchung zweimal einkassieren wollen. Eine solche Vorgehensweise sei schlicht verwerflich. Bereits aufgrund des soeben Ausgeführten verbiete es sich vorliegend, auf das Gutachten abzustellen. Dieser Einwand sei bereits mit Eingabe vom 10. Februar 2022 festgestellt und gerügt worden. Dass dieser Verfahrensmangel bereits anlässlich der Untersuchung am 15. November 2021 und 25. November 2021 hätte gerügt werden müssen, gehe nicht an. Der vorherige Rechtsanwalt sei erst am 11. Januar 2022 mandatiert worden, und dass ein solcher Verfahrensfehler bereits von einem juristischen Laien, vom Beschwerdeführer, hätte erkannt und gerügt werden sollen, sei absolut unverhältnismässig und rechtsmissbräuchlich. Es könne sodann nicht sein, dass ein Laie aufgrund überspannter Formerfordernisse scheitere. Diesbezüglich habe der Beschwerdeführer einen Anwalt mandatiert. Damit habe der Beschwerdeführer nach dem Grundsatz von Treu und Glauben alles in seinem Ermessen getan, um seine verfahrensrechtlichen Einwendungen geltend zu machen. Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer habe den Verfahrensfehler zum frühestmöglichen Zeitpunkt, nämlich mit Eingabe vom 10. Februar 2022, als die eingeforderten IV-Akten eingetroffen seien, geltend gemacht. Dieser Einwand sei somit rechtzeitig gerügt worden. Aber auch inhaltlich sei das Gutachten nicht überzeugend. Zunächst verhalte es sich so, dass im psychiatrischen Gutachten auf S. 20 festgehalten werde, in der polydisziplinären Konferenzbesprechung vom 26. November 2021 habe keine Diskrepanz bestanden zwischen der subjektiven Schmerzwahrnehmung des Beschwerdeführers und den somatischen Befunden. Mit anderen Worten ausgedrückt bedeute dies, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen somatisch nachvollziehbar seien. Dem psychiatrischen Gutachten könne denn auch auf S. 14 entnommen werden, dass der Beschwerdeführer schmerzgeplagt unruhig gewirkt habe und häufig die Position habe wechseln müssen. Prof. Dr. med. habil. F.____ gehe mit keiner Silbe darauf ein, weshalb schlussendlich trotzdem keine Schmerzverarbeitungsstörung und keine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren vorliegen solle. Sodann sei in

keiner Weise nachvollziehbar, weshalb die Gutachter bloss auf eine 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit kämen. Wie der Beschwerdeführer den Gutachtern mitgeteilt habe, könne er nicht mehr Fahrrad- oder Motorradfahren und sei auch in den Haushaltstätigkeiten erheblich eingeschränkt. Offensichtlich hätten die Gutachter – obwohl die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen offensichtlich mit den somatischen Befunden korrelierten – diese Schmerzen bei der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht hinreichend berücksichtigt. Diesen Anschein erwecke denn auch das neurologische Teilgutachten. Obwohl der Gutachter keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit gestellt habe, führe er auf S. 23 eine lange Liste an Massnahmen auf, die den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessern könnten. Dies sei schlicht widersprüchlich. Ebenfalls sei davon auszugehen, dass der neurologische Gutachter die Diagnose der Meralgia paraesthetica bei der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht berücksichtigt habe, da diese unbehandelt sei. So halte dieser unter Punkt 7.4 explizit fest: «Die Meralgia paraesthetica ist unbehandelt und gewinnt keinen Bezug zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten.». Diese Vorgehensweise sei jedoch schlicht falsch. Es komme nicht darauf an, ob ein Gesundheitsschaden behandelt sei oder nicht, sondern welche Auswirkungen dieser auf die Arbeitsfähigkeit habe, auch wenn dieser unbehandelt sei. Erst in einem nächsten Schritt wäre dann zu prüfen, ob eine Behandlung eine Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit mit sich bringen würde. Das neurologische Gutachten sei damit unvollständig. Im Weiteren sei anhand des rheumatologischen Gutachtens davon auszugehen, dass im Zeitpunkt der Begutachtung offensichtlich überhaupt noch keine zuverlässige Angabe über die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers habe gemacht werden können bzw. seien, bevor dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit überhaupt zumutbar wäre, weitere rehabilitative Massnahmen umzusetzen. So halte der rheumatologische Gutachter auf S. 29 f. fest, dass die rheumatologische Untersuchung anhaltende muskuläre Defizite dokumentiert habe, die die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers glaubhaft einschränkten. Das bisherige Vorgehen müsse daher als unzureichend bezeichnet werden. Mehr verspreche sich der Gutachter von einem stationären Setting. Unter Punkt 8.2 und 8.3 des Gutachtens halte der rheumatologische Gutachter sodann fest, dass die Behandlung der rheumatologischen Diagnosen die Aufrechterhaltung der attestierten Arbeitsfähigkeit erlaube. Mit einer Verbesserung sei nicht zu rechnen. Der Beschwerdeführer benötige aktive rehabilitative Massnahmen. Der Gutachter empfehle abermals ein stationäres Setting. Hierbei widerspreche er sich dann aber gleich selbst, wenn er ausführe, dass hiernach nicht mehr mit einer Leistungsminderung zu rechnen sei, wenn er zuvor selbst festgehalten habe, dass mit keiner Verbesserung mehr zu rechnen sei. In diesem Punkt sei das Gutachten damit nicht nachvollziehbar. Im Weiteren empfehle der rheumatologische Gutachter nach stattgehabtem stationärem Setting die Evaluation der Belastbarkeit des Beschwerdeführers mittels EFL. Bereits die Ärzte des Spitals G.____ hätten angesichts des chronifizierten Verlaufs der Schmerzproblematik und der damit einhergehenden Komplexität betreffend die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eine Abklärung mittels EFL empfohlen. Es bedürfe also im Falle des Beschwerdeführers offensichtlich noch weiterer Abklärungen, bevor überhaupt abschliessend über den Leistungsanspruch geurteilt werden könne. Zusammenfassend sei das Gutachten weder schlüssig noch nachvollziehbar bzw. sei anhand des Gutachtens davon auszugehen, dass bevor überhaupt abschliessend eine Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers vorgenommen werden könne, zunächst rehabilitative Massnahmen umgesetzt werden müssten. Bereits zum jetzigen

Zeitpunkt von einer bestehenden 80%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen, verbiete sich jedoch auch nach Massgabe des Gutachtens. Zusammenfassend gelte es an dieser Stelle festzuhalten, dass zur Beurteilung der aktuellen Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers offensichtlich nicht auf das Gutachten der Gutachterstelle D.____ abgestellt werden könne. Das habe umso mehr zu gelten, als dass die Abklärungen in keinsten Weise fachgerecht gemacht worden seien. Diesbezüglich könne den der Beschwerdegegnerin zugestellten Erlebnisberichten der Abklärungen des Beschwerdeführers Folgendes entnommen werden: Bei Dr. med. H.____ seien die Untersuchungsutensilien alle zusammen unsterilisiert in einer Schüssel deponiert gewesen. Ein Abtasten des Rückens oder entsprechende Untersuchungen hätten gar nicht stattgefunden, obwohl der Beschwerdeführer entsprechende Schmerzen kundgetan habe. Die körperliche Untersuchung habe 30 Minuten gedauert. Ebenfalls sei die Untersuchung bei Prof. Dr. med. habil. F.____ in keinsten Weise fachgerecht erfolgt. Diese habe in einer 3-Zimmerwohnung stattgefunden. Vorhandene ärztliche Berichte und Dokumente seien von Prof. Dr. med. habil. F.____ falsch wiedergegeben worden, u.a. profane und kaum falsch zu erhebende Tatsachen, welche Hand des Beschwerdeführers dominant sei. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei durch das Gutachten offenbar nicht abschliessend und widersprüchlich beurteilt worden, sondern es seien zunächst rehabilitative Massnahmen, insbesondere ein stationärer Aufenthalt, in die Wege zu leiten. Erst hiernach könne abschliessend über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers befunden werden. Hieran ändere klarerweise auch die RAD-Stellungnahme vom 15. Februar 2022 nichts. So sei der RAD am Intake-Gespräch am 2. Februar 2021 abwesend gewesen und habe den Beschwerdeführer kein einziges Mal persönlich untersuchen bzw. kennenlernen können. Der RAD wiederhole einfach, was die Gutachter ausführten, und sage, dass diese Aussagen nachvollziehbar seien, ohne dies zu hinterfragen. Dass dem nicht so sei, sei in den vorstehenden Ziffern eingehend dargelegt worden. Auf diese Ungereimtheiten gehe der RAD aber mit keiner Silbe ein. Das gleiche gelte für den vom Beschwerdeführer verfassten Bericht. Insbesondere äussere sich der RAD mit keiner Silbe zu der Tatsache, dass der Gesundheitszustand eben offensichtlich nicht abgeklärt worden sei und der rheumatologische Gutachter weitere Abklärungen (EFL) vorgeschlagen habe. Ebenfalls fraglich sei, ob die Wechselwirkung zwischen den psychischen Leiden und den Rückenschmerzen berücksichtigt worden sei, in sämtlichen Gutachten sei die Wechselwirkung kein einziges Mal angesprochen, noch erläutert worden. Doch genau das wäre der Zweck eines interdisziplinären Gutachtens gewesen; dieser Zweck sei vorliegend deutlich verfehlt worden. Auch wenn dem in den vorstehenden Ziffern Ausgeführten zu Unrecht nicht gefolgt und davon ausgegangen werden sollte, dass bereits zum jetzigen Zeitpunkt abschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers entschieden werden könne, erweise sich die Verfügung vom 28. September 2022 als nicht korrekt. Diesbezüglich gelte es zunächst, den von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Einkommensvergleich zu kritisieren. Die Beschwerdegegnerin habe das Invalideneinkommen nicht korrekt festgesetzt. In Bezug auf das Valideneinkommen könne den Akten entnommen werden, dass die Beschwerdegegnerin dieses nach dem erhobenen Einwand korrigiert habe. Das Valideneinkommen lasse sich auf CHF 75'423.00 beziffern. Die Beschwerdegegnerin habe das Invalideneinkommen jedoch nicht korrekt festgesetzt. Vom Invalideneinkommen sei zwingend ein leidensbedingter Abzug zu gewähren, welchen die Beschwerdegegnerin vorliegend zu Unrecht verneine. Mit dem Leidensabzug sollten Nachteile ausgeglichen werden, welche die versicherte Person bei der statistischen

Erhebung des Invalideneinkommens erleide. Die Höhe dieses Abzuges sei sodann unter Berücksichtigung der gesamten Umstände (persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie z.B. Alter oder Nationalität) festzulegen. Ein Abzug solle erfolgen, wenn Anhaltspunkte dafür bestünden, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten könne. Die Rechtsprechung bezeichne dabei einen leidensbedingten Abzug von 10 % für einen Versicherten, der leichte Hilfsarbeiten ohne weitere Einschränkungen noch halbtags verrichten könne, als angemessen. Dies sei somit als Mindestabzug zu verstehen, der maximale Abzug dürfe gemäss Rechtsprechung 25 % erreichen. Entscheidend seien jeweils die konkreten Umstände (vgl. zum Ganzen BGE 134 V 322, 126 V 75; Urteil EVG I 38/96 vom 27. März 1996). Im Falle des Beschwerdeführers sei der höchstmögliche Abzug von 25 % klar gerechtfertigt. Diesbezüglich verhalte es sich so, dass rechtsprechungsgemäss bereits der Umstand, dass eine versicherte Person auf eine wechselbelastende Tätigkeit angewiesen sei, zu einem Abzug von 10 % führe. Denn hierdurch sei der Beschwerdeführer auch in einer leichten Hilfstätigkeit zusätzlich eingeschränkt. Beim Beschwerdeführer sei sodann auch das fortgeschrittene Alter zu berücksichtigen. Im Weiteren gelte es auch zu beachten, dass der Beschwerdeführer jahrzehntelang Schwerstarbeit bei derselben Arbeitgeberin verrichtet habe, was nunmehr unbestrittenermassen nicht mehr zumutbar sei und die Einarbeitungszeit in eine dem Leiden angepasste leichte Tätigkeit damit erschwert werde. Schliesslich gelte es auch den Umstand, dass nur noch Teilzeitarbeit zumutbar wäre, zu berücksichtigen. Im Sinne des Gesagten resultiere ein Invalideneinkommen von maximal CHF 39'193.00. Selbst wenn man dieses Invalideneinkommen dem von der Beschwerdegegnerin zu tief festgelegten Valideneinkommen von CHF 75'423.00 gegenüberstelle, resultiere damit ein IV-Grad von 48 % und der Beschwerdeführer habe damit mindestens Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Zusammenfassend verbiete es sich im Sinne des in den vorstehenden Ziffern Ausgeführten, gestützt auf die von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Abklärungen den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers abschliessend zu verneinen. Sollte wider Erwarten nicht auf das in den vorstehenden Ziffern Ausgeführte abgestellt werden, wäre zu konstatieren, dass bei im Übrigen derart mangelhaften Abklärungen des medizinischen Sachverhaltes seitens der Beschwerdegegnerin der Fall nicht ohne weitere objektive externe Begutachtung des Beschwerdeführers bzw. weitere Abklärungen im Rahmen einer EFL erledigt werden könne. Nach Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG hätten die Verwaltung und das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauere so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruches erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit bestehe (Urteil des Bundesgerichts 8C_73/2011 vom 1. April 2011 E. 4.1). Es wäre entsprechend an der Beschwerdegegnerin gelegen, die medizinische Situation in der Gesamtheit fachgerecht bzw. rechtsgenügend abzuklären. Da das Gutachten der Gutachterstelle D.____ aber als unvollständig zu qualifizieren sei, sei die Beschwerdegegnerin dieser Pflicht keineswegs nachgekommen. Es könne jedoch nicht angehen, dass ein ungenügend abgeklärter Sachverhalt zu Lasten des Beschwerdeführers ausgelegt werde. Entsprechend wäre – sollte das angerufene Gericht wider Erwarten nicht auf das in den vorstehenden Ziffern Ausgeführte abstellen – der Sachverhalt entweder mittels einer gerichtlichen Expertise zu klären oder die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen. Wobei es nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung primär Sache des Gerichts sei, bei sachverhaltlichen Unschärfen den Sachverhalt mittels einer gerichtlichen

Expertise zu klären (BGE 137 V 210). Entsprechend werde der Beweisantrag gestellt, soweit die Angelegenheit nicht zu weiteren Abklärungen in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werde, es sei seitens des Gerichts eine Begutachtung des Beschwerdeführers zu initiieren. Vorgeschlagen werde eine solche bei der Gutachterstelle I.____. 6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 28. September 2022 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat. Für diese Beurteilung sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang: 6.1 Im Sprechstundenbericht vom 6. Juni 2019 (IV-Nr. 16 S. 24 ff.) hielt Dr. med. J.____, Chefarzt, Wirbelsäulenmedizin und Chirurgie, Spital G.____, betreffend die Erstvorstellung des Beschwerdeführers vom 6. Juni 2019 folgende Diagnosen fest: «Fortgeschrittene Segmentdegeneration LWK4/5 mit Spondylarthrose und leichtem Drehgleiten, Fehlstellung in der Koronarebene und dynamischer Antelithese in Inklination (Röntgen 6. Juni 2019, MRT 27. Mai 2019)». Die beklagten Rückenschmerzen basierten auf der Degeneration des Segmentes LWK4/5. Es zeige sich hier ein leichtes Drehgleiten in der ap-Röntgenaufnahme sowie eine leichte Gefügestörung in den Funktionsaufnahmen. Sensomotorische Defizite seien nicht zu verzeichnen, so dass eine operative Intervention weder kurz- noch mittelfristig erforderlich sein werde. Die Kribbelmissempfindungen und das Brennen in den Oberschenkeln würden am ehesten im Rahmen einer Meralgia paraesthetica bei abdomineller Adipositas gewertet, da die korrespondierenden Nervenwurzeln L2 – L4 beidseits bei der klinischen Untersuchung unauffällig imponierten. Ebenfalls unabhängig von den Veränderungen an der LWS seien die beklagten Steissbeinbeschwerden beim Sitzen bspw. auf dem Fahrrad oder Motorrad. Momentan laufe noch die installierte antiphlogistische Stosstherapie mit Spiricort und Aulin. Es sollte zunächst dieser Effekt abgewartet werden. Zum gezielten Training sei eine Physiotherapieverordnung ausgestellt worden. Sollten sich die Beschwerden nicht ausreichend lindern lassen, würde als nächstes eine gezielte Infiltration epidural LWK4/5 und der Facetten 4/5 beidseits durchzuführen empfohlen. Am 13. November 2020 wurde sodann eine Infiltration der Facettengelenke LWK4/5 und LWK5/SWK1 beidseits durchgeführt (vgl. IV-Nr. 16 S. 17 f.) und ein sehr guter Effekt der Intervention beschrieben. 6.2 Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, hielt im «Arzt-Kurzbericht für Diagnose und Arbeitsunfähigkeit» vom 18. November 2020 (IV-Nr. 2 S. 17) fest, es bestünden beim Beschwerdeführer eine Discushernie und eine abgenützte LWS. Vom 9. September bis sicher 30. November 2020 sei er zu 100 % arbeitsunfähig. Das Ende der Arbeitsunfähigkeit sei noch nicht sicher bestimmbar, da nach einer Firmen-Umstrukturierung noch schwerere Arbeit zu tätigen sei. 6.3 Im «ambulanten Bericht» vom 11. Januar 2021 stellte Dr. med. L.____, Leitender Arzt Schmerzklinik, Spital G.____, folgende Hauptdiagnosen (IV-Nr. 16 S. 11 ff.): 1. Chronische lumbovertbrale Schmerzen mit faszettogener Komponente bei fortgeschrittener Segmentdegeneration LWK4/5 mit Spondylarthrose Unveränderte Darstellung ohne progrediente Gefügestörung in den Funktionsaufnahmen (Röntgen LWS, 22. Oktober 2020) 2. Dekonditionierte paravertbrale Muskulatur Erstdiagnose 12. Januar 2020 Die genannten Beschwerden würden nach klinischer Untersuchung als chronische lumbovertbrale Schmerzen mit faszettogener Komponente, bei dekonditioniertem Beschwerdeführer beschrieben. Es werde ihm die Durchführung folgender Therapien empfohlen: Physiotherapie mit Dry Needling, rumpfstabilisierende Massnahmen; TENS Aufklärung und Testung im Verlauf der Woche; Tramal ret. Stopp und Aulin Pause dafür Beginn mit Arcoxia 30 mg 1-0-1, Tramal Tr. weiter i.R. und eine diagnostische Facettgelenksblockade im Sinne einer Ramus med.

Blockade L3, L4 und L5, wenn positiv dann eine FPN (Funktionelle Perkutane Neurotomie) entsprechender Nerven. Der Beschwerdeführer lehne aufgrund schlechter Erfahrungen eine Intervention im Moment ab und würde es lieber zuerst konservativ versuchen mittels adaptierter Schmerzmedikation, TENS und Physiotherapie.

6.4 Dr. med. K. ___ hielt im Bericht vom 17. Mai 2021 (IV-Nr. 16 S. 1 f.) fest, der Beschwerdeführer sei wegen des schmerzhaften LWS-Leidens mittlerweile jeden Monat in hausärztlicher Kontrolle. Als Mitarbeiter bei der Firma B. ___ im Lager und Spedition sei er vom 20. Mai 2019 bis 12. Juni 2019 wegen der LWS (MRI 27. Mai 2019), vom 9. September 2020 bis 31. Dezember 2020 wegen der LWS und vom 1. Januar 2021 bis 31. Mai 2021 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Seit September 2020 sei er wegen der therapieresistenten Schmerzen arbeitsunfähig. Der Beschwerdeführer sei seit 20 Jahren bei der Firma B. ___ angestellt. Nun sei personell umstrukturiert und ihm die Kündigung in Aussicht gestellt worden. Da mit alternativen Methoden keine Verbesserung festzustellen sei, sei eine Rückkehr an den Arbeitsplatz vorerst aus medizinischen Gründen nicht denkbar. Ein Belastungstest / Arbeitsversuch durch die Beschwerdegegnerin sei gut vorstellbar. Der Beschwerdeführer wäre arbeitswillig und kooperativ, allerdings frustriert durch die Haltung seines langjährigen Arbeitgebers. Er habe im Lager und in der Spedition gearbeitet und dabei auch schwere Teile einpacken müssen. Um die Arbeit zu erleichtern, seien diverse Arbeitsplätze von ihm und seinen Kollegen ergonomisch eingerichtet worden. Der Beschwerdeführer sei dann bei der Umstrukturierung in den Keller umgeteilt worden und habe dort schwere Teile einpacken müssen. Der Beschwerdeführer sei ein «mechanischer Allrounder», arbeitswillig, nicht begehrlisch. Die körperlichen Beschwerden verunmöglichten ihm jedoch eine Rückkehr an den Arbeitsplatz. Er sei bereits zuhause LWS-mässig überfordert z.B. beim Einräumen des Kühlschranks oder leicht vorübergebückten Tätigkeiten.

6.5 Im Arztbericht vom 20. Mai 2021 (IV-Nr. 17 S. 2 ff.) hielt Dr. med. L. ___ fest, die ambulante Behandlung habe am 22. Januar 2021 begonnen. Vorher sei der Beschwerdeführer vom 6. Juni 2019 bis 15. Dezember 2020 durch Dr. med. J. ___ behandelt worden. Aktuell fänden keine Behandlungen statt. Der Beschwerdeführer mache Physiotherapie bzw. MTT. Eine Arbeitsunfähigkeit sei durch sie nicht attestiert worden. Die Hauptbeschwerden seien ein Brennen in den Oberschenkeln sowie tief lumbale Rückenschmerzen vor allem beim aufrechten Stehen, Zähneputzen, Kochen, Staubsaugen oder beim Lagewechsel. Abstrahlende Schmerzen in die Beine würden verneint. Die Kraft und das Gefühl in den unteren Extremitäten seien regelhaft. Der Beschwerdeführer verneine, in letzter Zeit ein Trauma erlitten zu haben. Die Beschwerden würden im Prinzip unverändert als tiefsitzende, mechanisch reproduzierbare Lumbago bei Lagewechsel empfunden, die sich wie ein starker Muskelkater / Messerstich anfühlten und bis in die Schulterblätter nach oben ausstrahlten. Laufen werde als gut empfunden. Das Stehen an einer Stelle oder gebückte Haltungen würden als schmerzhaft empfunden. Die Schmerzen seien in der Nacht und in Ruhe eher besser, wobei er auch z.T. nachts durch den Schmerz geweckt werde. Warmes Duschen helfe ein wenig gegen die Rückenschmerzen und entspanne ihn. Der Beschwerdeführer sei nicht wetterfühlig. Der Schmerz sei beim Laufen etwa bei 3/10 und gehe bei Bewegung zum Teil sogar bis auf 8/10. Morgens habe er Mühe, in Gang zu kommen, sobald er sich aber etwa 15 Minuten bewegt habe, würden die Schmerzen besser. Er sei im Alltag deutlich eingeschränkt, sodass er aufgrund der Schmerzen nicht mehr arbeiten könne und auch Mühe beim Haushalten habe. In letzter Zeit hätten die Schmerzen wieder zugenommen. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: «Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit facettogener Komponente bei

fortgeschrittener Segmentdegeneration mit Spondylarthrose PM LWK4/5; Progrediente Gefügestörung in den Funktionsaufnahmen vom 22. Oktober 2020; deconditionierte paravertebrale Muskulatur». Seit September 2020 bestehe keine Arbeitstätigkeit mehr. Bis dahin habe der Beschwerdeführer zu 100 % als Logistiker gearbeitet. Um eine mögliche Arbeitsfähigkeit bei chronischen Schmerzen beurteilen zu können, müssten Beobachtungen und nicht-schmerzbezogene medizinische Daten herangezogen werden, welche nicht auf den subjektiven Angaben des Patienten respektive der behandelnden Ärzte / Therapeuten beruhten. Zusätzlich müssten gegebenenfalls Fakten herangezogen werden, die dem Schmerzzentrum als Spezialklinik nicht vorlägen. Für eine solche Beurteilung eigne sich die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit, z.B. am M. ___ in [...]. Es sei eine depressive Entwicklung zu vermuten.

6.6 Dr. med. C. ___, Praktische Ärztin und Fachärztin Arbeitsmedizin, RAD, hielt in ihrer Aktennotiz vom 17. August 2021 (IV-Nr. 18) fest, aus Sicht des RAD sei die Eingliederung zum aktuellen Zeitpunkt aufgrund der massiven Schmerzproblematik nicht zielführend. Hier müsse zunächst die medizinische Situation eingehend abgeklärt werden, bzw. in wie weit hier eine Belastbarkeit möglich sei. Wie die Schmerzspezialisten selbst schrieben, müssten weitere, der Schmerzlinik nicht vorliegende Daten zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit herangezogen werden. Die Schmerzlinik könne ebenfalls nicht zur Arbeitsfähigkeit Stellung nehmen. Der Hausarzt beschreibe ergänzend diverse Phobien des Beschwerdeführers (Platzangst im MRI, Spritzenphobie). Zudem ein langjähriges schweres Schmerzleiden mit Gefühlsstörungen, ohne dass der Beschwerdeführer offensichtlich ärztliche Behandlung in Anspruch genommen habe. Der RAD empfehle daher zunächst die polydisziplinäre Begutachtung (Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie, Allgemeine Innere Medizin), bevor weitere Massnahmen evaluiert werden könnten.

6.7 Im polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle D. ___ vom 27. November 2021 (internistisch, rheumatologisch, neurologisch, psychiatrisch; IV-Nrn. 26.1 – 26.8) wiesen Dr. med. H. ___, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, und Prof. Dr. med. habil. F. ___, FMH Neurologie und FMH Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus (IV-Nr. 26.2 S. 7): – ICD-10 M54.9: Unspezifische lumbale Rückenschmerzen bei – ungenügender Rumpfstabilisation – Fehlhaltung und Rundrücken der Wirbelsäule – Segmentdegeneration L4/5 – ohne neurologische Symptomatik
Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien: – ICD-10 G57.1: Meralgia paraesthetica beidseits – ICD-10 R52: Chronische Schmerzen bei einer Störung des Stütz- und Bewegungsapparates – ICD-10 F40.2: Leichte spezifische Phobie – Adipositas Grad [I] (BMI 33 kg/m²) – Beginnende Fingerarthrosen bei – Tendenz zur Bandlaxizität Die allgemein-internistischen Diagnosen beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei somit vollschichtig möglich. Diese sei dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht nicht zumutbar; 0 % Arbeitsfähigkeit / 100 % Arbeitsunfähigkeit. Diese Einschätzung gelte seit September 2020. Eine aus rheumatologischer Sicht angepasste Tätigkeit sei körperlich leicht bis mittelschwer, am besten wechselbelastend auf Arbeitshöhe und verzichte auf ergonomisch ungünstige Körperhaltungen und gehäufte Tätigkeiten in der Höhe. Bei ausschliesslich stehenden Tätigkeiten müsse die Möglichkeit bestehen, sich gelegentlich hinsetzen zu können. Eine so angepasste Tätigkeit sei vollzeitig möglich. Aufgrund der Chronifizierung könne von einem vermehrten Pausenbedarf ausgegangen werden, was maximal eine Leistungsminderung 20 % begründe. Insofern könne bezogen auf ein 100%-Pensum mindestens von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ausgegangen werden. Dabei könne davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer

seit September 2020 abgesehen von kurzen Arbeitsunfähigkeiten wie nach der Infiltration im November 2020 eine angepasste Tätigkeit immer mit einem Pensum 80 % hätte realisieren können. Aus neurologischer gutachterlicher Sicht ohne Bewertung von Störungen des Stütz- und Bewegungsapparates (s. rheumatologisches Gutachten) liege kein begründbarer Gesundheitsschaden seit Antragstellung anhaltend vor. Der Beschwerdeführer könne aus rein neurologischer Sicht in zuletzt ausgeübter und in somatisch adaptierter Tätigkeit in einem 100%-Pensum bei 100%iger Leistung (42,5 Wochenstunden) arbeiten. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aus neurologischer Sicht zu keinem Zeitpunkt eingeschränkt gewesen. Aus psychiatrischer gutachterlicher Sicht liege kein psychiatrisch begründbarer Gesundheitsschaden seit Antragstellung anhaltend vor. Der Beschwerdeführer könne aus rein psychiatrischer Sicht in zuletzt ausgeübter und in somatisch adaptierter Tätigkeit in einem 100%-Pensum bei 100%iger Leistung (42,5 Wochenstunden) arbeiten. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aus psychiatrischer Sicht zu keinem Zeitpunkt eingeschränkt gewesen. Die Gesamt-Arbeitsunfähigkeit werde ausschliesslich durch die rheumatologischen Fähigkeitseinschränkungen determiniert. 6.8 Med. pract. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für Neurologie, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 15. Februar 2022 (IV-Nr. 37 S. 2 f.) fest, gesamthaft sei das polydisziplinäre Gutachten ausführlich, umfassend in den Zusatzuntersuchungen und nachvollziehbar in den Schlussfolgerungen. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne auf das Gutachten abgestützt werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei von keiner relevanten Verbesserung der aktuellen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Es seien die im Gutachten genannten Therapieoptionen (aktive Therapie im multimodalen stationären Setting) nur in Zusammenarbeit mit den Behandlern zu evaluieren. Eine EFL-Untersuchung sei bei vorliegendem umfassendem Gutachten aktuell nicht zielführend. Der Beschwerdeführer sei dauerhaft zu 0 % arbeitsfähig als Lagerist seit September 2020. In einer angepassten Tätigkeit sei er dauerhaft zu 80 % arbeitsfähig seit September 2020. 7. Da die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung vom 28. September 2022 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf das von ihr eingeholte polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle D.____ vom 27. November 2021 abgestellt hat, ist vorab auf die Kritik des Beschwerdeführers einzugehen, wonach es nicht Sinn und Zweck einer polydisziplinären Begutachtung sein könne, dass der Beschwerdeführer lediglich von zwei Gutachtern untersucht werde (A.S. 10). So hätten sich lediglich zwei Personen ein Bild über den Beschwerdeführer machen können und nicht vier. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 7. Oktober 2021 (IV-Nr. 23) u.a. über die beiden Gutachterpersonen (Dr. med. H.____ und Prof. Dr. med. habil. F.____) in Kenntnis gesetzt wurde. Ihm wurde zugleich die Möglichkeit eingeräumt, gegen eine oder mehrere Gutachtenspersonen innert Frist triftige Gründe einzureichen. Dieses Vorgehen erweist sich als korrekt (vgl. Rz 2077.8 und 2077.9 Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI] sowie Art. 44 ATSG) und ist nicht zu beanstanden. Da der Beschwerdeführer innert Frist keine Ablehnungsgründe gegen die zu begutachtenden Sachverständigen geltend gemacht hat – jedenfalls sind solche in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert – durfte die Beschwerdegegnerin das Gutachten wie geplant in Auftrag geben. Selbst wenn auf diese Rüge hätte eingetreten werden können, wäre diese – wie nachfolgend darzulegen ist – abzuweisen gewesen: Zur Anzahl der an einem polydisziplinären Gutachten mitwirkenden Experten äusserte sich das Bundesgericht mit Urteil 8C_150/2022 vom 7. November 2022 E. 6.2.2, dahingehend, dass sich weder aus

BGE 137 V 210 noch aus den Vorgaben des BSV oder der Muster-Vereinbarung zwischen dem BSV und der Gutachterstelle xy oder aus deren Anhang 1, «Kriterien für die Durchführung von polydisziplinären medizinischen Gutachten zur Beurteilung von Leistungsansprüchen der IV» ergebe, dass bei polydisziplinären Gutachten zwingend mindestens drei Fachärzte beteiligt sein müssten. Die Bezeichnung «polydisziplinär» nimmt Bezug auf die Fachrichtungen («Disziplinen») und nicht die Anzahl Gutachter. Daraus erhellt, dass der Beschwerdeführer bei der durch die Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären Begutachtung keinen Anspruch auf mehr als zwei Gutachterpersonen hat. Die beiden Gutachterpersonen Dr. med. H. ___ und Prof. Dr. med. habil. F. ___ verfügen über die notwendigen Facharztstitel der Allgemeinen Inneren Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie und sind somit fachlich durchaus geeignet und in der Lage, die entsprechenden Begutachtungen durchzuführen bzw. vorzunehmen. Aus der an Prof. Dr. med. habil. F. ___ geübten Kritik, wonach es diesem an der notwendigen Seriosität fehle, da er versucht habe die Kosten für die Blutuntersuchung auch mit der Krankenkasse abzurechnen (A.S. 11), vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Einerseits ist ein solcher Vorgang gestützt auf die vorliegenden Akten nicht nachvollziehbar. Andererseits liesse sich aus diesem Verhalten kein Ausstands- oder Befangenheitsgrund ableiten. Die durch den Beschwerdeführer im Rahmen der ergänzenden Einwandbegründung vom 10. Februar 2022 (IV-Nr. 35) eingereichten «Erfahrungsberichte» anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. H. ___ vom 15. November 2021 und Prof. Dr. med. habil. F. ___ vom 25. November 2021 (S. 16 ff.) wurden der Beschwerdegegnerin erst ungefähr 2.5 Monate nach dem erstatteten polydisziplinären Gutachten vom 27. November 2021 zugestellt. Soweit damit eine Voreingenommenheit geltend gemacht werden soll, lässt sich dieses Vorgehen mit dem Grundsatz von Treu und Glauben nicht vereinbaren. In diesem Sinn hielt das Bundesgericht im Urteil 9C_87/2011 vom 1. September 2011 fest, Ausstands- und Befangenheitsgründe seien umgehend geltend zu machen, d.h. grundsätzlich sobald der Betroffene Kenntnis von den entsprechenden Tatsachen erhalte. Es verstosse gegen Treu und Glauben, Einwände erst im Rechtsmittelverfahren vorzubringen, wenn der Mangel schon vorher hätte festgestellt und gerügt werden können (E. 4.2). Demnach hätten die diesbezüglichen gegen das Gutachten gerichteten Vorbringen der Beschwerdegegnerin bereits zu einem weitaus früheren Zeitpunkt mitgeteilt werden müssen. Selbst wenn davon auszugehen wäre, dass die Erfahrungsberichte der Beschwerdegegnerin zeitnah zum Gutachten und damit fristgerecht zugegangen wären, liessen sich aus diesen keine Ausstands- oder Befangenheitsgründe der Gutachterpersonen ableiten. So lässt sich bspw. aus der beanstandeten Dauer der körperlichen Untersuchung bei Dr. med. H. ___ von 30 Minuten (A.S. 15) kein Rückschluss auf die Qualität des Gutachtens ziehen. Massgeblich ist vielmehr, ob das Gutachten inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. dazu Urteil des Bundesgericht 9C_190/2019 vom 14. Mai 2019 E. 3.1). Da es in den übrigen Akten keine Hinweise darauf gibt, dass die Begutachtungen nicht vorschriftsgemäss durchgeführt worden sind, ist auf die entsprechenden Beanstandungen des Beschwerdeführers nicht weiter einzugehen. 8. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle D. ___ beweismässig ist. Das Gutachten erfüllt die Beweisanforderungen aus Rechtsprechung und Lehre (vgl. E. II. 3 hiervor). So ist dieses für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden, leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und ist in seinen Schlussfolgerungen begründet. 8.1 Im

allgemein-internistischen Teilgutachten vom 27. November 2021 (IV-Nr. 26.4) hielt Dr. med. H. ___ fest, die allgemein-internistische Untersuchung habe keine relevanten pathologischen Befunde ergeben (S. 15). Diese Einschätzung ist nachvollziehbar, da bei der Erhebung des allgemein-internistischen Status mit Ausnahme des errechneten BMI von 32.9 kg/m² lediglich unauffällige Befunde festgestellt wurden (S. 16). Aufgrund dieses BMI überzeugt die durch den Gutachter diagnostizierte «Adipositas Grad I (33 kg/m²)». Da der Beschwerdeführer keine Anstrengungsapnoe angegeben habe und kardiopulmonal beschwerdefrei und kompensiert gewesen sei (S. 17), vermag im Weiteren einzuleuchten, dass dieser Diagnose kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde. Der Gutachter hielt weiter fest, die metabolische Situation (Blutzucker und Lipide) sei nicht bekannt, aber sicher kontrollbedürftig. Da diese laut dem Experten jedoch kein relevantes allgemein-internistisches Leiden zu begründen vermöge (S. 16), erscheint plausibel, dass im Rahmen des Gutachtens auf eine entsprechende Abklärung verzichtet wurde. Die zeitlich vor dem internistischen Teilgutachten verfassten medizinischen Berichte widersprechen den Ausführungen und Einschätzungen im Gutachten nicht. So wurde bereits im Sprechstundenbericht vom 6. Juni 2019 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) auf eine abdominelle Adipositas hingewiesen, welche im Rahmen des internistisch-allgemeinen Teilgutachtens gestützt auf einen BMI von 33 kg/m² bestätigt wurde. Folglich wird der Beweiswert des internistischen Teilgutachtens durch die übrigen medizinischen Akten nicht geschmälert.

8.2 Im rheumatologischen Teilgutachten vom 27. November 2021 (IV-Nr. 26.3) hielt Dr. med. H. ___ zusammenfassend fest, es müsse von unspezifischen, vor allem lumbalen Rückenschmerzen bei ungenügender Rumpfstabilisation, Fehlhaltung, vermehrter Rundrückenbildung und Segmentdegeneration L4/5 gesprochen werden. Daher wies er als Hauptdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit «unspezifische lumbale Rückenschmerzen» aus (S. 26). Diese gutachterliche Beurteilung und Diagnosestellung erweist sich gestützt auf die anlässlich des rheumatologischen Status erhobenen Befunde und der durchgeführten Untersuchungen als schlüssig. Demnach bestehe u.a. eine Druckdolenz der Etagen L5/S1 und L4/5, eine ausgeprägte Druckdolenz der muskulären Insertionen am Sakrum, nicht jedoch der paralumbalen Muskulatur und auch nicht am Beckenkamm. Der Beschwerdeführer habe seinen Oberkörper bei der Exploration aus der Rückenlage nicht in die Höhe bringen können, was in Bauchlage gelungen sei. Aus dem Vierfüßlerstand habe er seine Knie etwas von der Liege abheben können, wobei sich die Lordose verstärkt habe. Bei einem altersabhängigen Soll von gut 30 Wiederholungen, habe der Beschwerdeführer lediglich einige wenige Male ein gestrecktes Bein von der Liege abheben können, wobei er das Kreuz nicht habe stabilisieren können. Es seien auch im Schultergürtel muskuläre Defizite erkennbar gewesen. Beim Arm-Vorhaltetest nach Matthias habe der Beschwerdeführer lediglich eine Rückverlagerung seines Oberkörpers gezeigt, ohne sich stabil aufzurichten, so dass kein Haltungsverfall habe beobachtet werden können. Auch im Einbeinstand habe der Beschwerdeführer eine spontane Stabilisation seines Rumpfes vermissen lassen (S. 20). Da im Rahmen der Durchführung des 3-Stufentests bereits die Stufe eins mit Angabe von lumbalen Schmerzen limitiert gewesen, hingegen die dritte Stufe als nicht schmerzhaft angegeben worden sei und sich auch kein ISG-Schmerz habe provozieren lassen, überzeugt die gutachterliche Einschätzung, wonach dies als unplausibel zu werten sei (S. 20). In Bezug auf die durch den Beschwerdeführer bei der Exploration beschriebenen, brennenden Oberschenkelschmerzen (S. 11) ging der rheumatologische Experte bei umschriebener Sensibilitätsstörung vom Verdacht auf eine neuropathische Problematik aus und verwies in schlüssiger Weise auf eine entsprechende

Beurteilung durch den neurologischen Gutachter (S. 26). Aufgrund der objektivierten diskreten ossären Auftreibungen einzelner Fingerendgelenke und des festgestellten überstreckbaren Langfingers (S. 20) erscheint auch die diagnostizierte «beginnende Fingerarthrosen» bei Tendenz zur Bandlaxizität nachvollziehbar. Den vorangehenden medizinischen Berichten sind keine dem rheumatologischen Teilgutachten entgegenstehenden Einschätzungen zu entnehmen. Aus ihnen erhellt im Wesentlichen, dass der Beschwerdeführer bereits seit Jahren unter Rückenschmerzen leidet. So wurde bereits im Sprechstundenbericht des Wirbelsäulenmediziners Dr. med. J.____ vom 6. Juni 2019 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) eine fortgeschrittene Segmentdegeneration LWK4/5 mit Spondylarthrose diagnostiziert. Dies bestätigte sodann der Hausarzt Dr. med. K.____, indem er sowohl im Kurzbericht vom 18. November 2020 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) auf eine Discushernie und eine abgenützte LWS als auch im Bericht vom 17. Mai 2021 (vgl. E. II. 6.4 hiervor) auf ein schmerzhaftes LWS-Leiden mit monatlichen Kontrollen hinwies. Auch der Leitende Arzt der Schmerzklinik Dr. med. L.____ ging im Bericht vom 11. Januar 2021 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) von «chronischen lumbovertebralen Schmerzen mit faszettogener Komponente bei fortgeschrittener Segmentdegeneration LWK4/5 mit Spondylarthrose» aus und wies auf eine dekonditionierte paravertebrale Muskulatur hin. Das Vorliegen von muskulären Defiziten bestätigte der rheumatologische Gutachter im Rahmen seiner Untersuchungsbefunde (IV-Nr. 26.3 S. 20). Somit wird der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens durch die übrigen Arztberichte nicht in Zweifel gezogen.

8.3 Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 26.5) hielt Prof. Dr. med. habil. F.____ aufgrund der am 25. November 2020 durchgeführten neurophysiologischen Untersuchung fest, neurophysiologisch sei kein sicherer Hinweis auf eine periphere Nervenläsion der untersuchten Nerven der UEX vorhanden, kein Hinweis auf eine Polyneuropathie, kein sicherer Hinweis auf eine Nervenwurzelläsion L5/S1 und keine sichere Störung der lemniscalen Bahnen (S. 17). Die Befunde präsentierten sich somit als unauffällig. Unter Einbezug der gutachterlichen Beurteilung anhand der durchgeführten klinisch neurologischen Untersuchung (weder motorische Symptome, noch Atrophien; keine Hinweise auf eine myeläre oder zentralmotorische Störung; regelrechte neurophysiologische Befunde, die mit den vorliegenden unauffälligen bildgebenden Untersuchungen bezüglich der LWS-Symptomatik korrespondierten) erscheint die gutachterliche Einschätzung plausibel, wonach diagnostisch von einem unspezifischen Rückenschmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen ohne Hinweise auf eine sensomotorische neurologische Symptomatik auszugehen sei (S. 20). In Bezug auf das durch den Beschwerdeführer in Zusammenhang mit der Verschlechterung der Schmerzproblematik der lumbalen Rückenschmerzen beklagte Brennen in den Oberschenkeln beidseits hielt der Gutachter fest, die geschilderte Symptomatik mit brennenden Dysästhesien im Bereich beider ventrolateraler Oberschenkel korrespondiere mit dem Versorgungsareal und sei einer Meralgia paraesthetica zuzuordnen. Diese gutachterliche Einschätzung überzeugt, da der Gutachter in Bezug auf die Sensibilität ausführte, es gebe ein hypästhetisches und hypalgetisches Areal am ventrolateralen Oberschenkel beidseits (rechts 20 x 8 cm und links 15 x 7 cm), jeweils im Versorgungsgebiet des nervus cutaneus femoris lateralis. Da sich in den medizinischen Vorakten keine neurologischen Arztberichte finden, wird der Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens durch solche nicht in Frage gestellt.

8.4 Prof. Dr. med. habil. F.____ hielt im Rahmen seiner psychiatrischen Begutachtung (IV-Nr. 26.6) fest, der Beschwerdeführer sei in der Untersuchung psychopathologisch unauffällig gewesen. Es

hätten bis auf eine minime schmerzbedingte Affektabflachung keine sonstigen psychopathologischen Zeichen bestanden (S. 20). Diese Einschätzung leuchtet ein, da anlässlich der Erhebung des Psychostatus vom 25. November 2021 unauffällige Befunde festgestellt wurden. So hätten weder ein Gedankenkreisen noch ein Gedankendrängen, keine Zwänge, keine qualitative oder quantitative Bewusstseinsstörung, keine Gedächtnis- oder Affektstörungen eruiert werden können (S. 15 ff.). Zudem habe der Beschwerdeführer angegeben, noch nie in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein und keine psychopharmakologische Medikation zu erhalten. Folglich ist die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters schlüssig, dass keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Diesen gutachterlichen Einschätzungen stehen die zuvor verfassten medizinischen Akten nicht entgegen. So findet sich kein Arztbericht, der durch eine auf das psychiatrische Fachgebiet spezialisierte Fachperson erstellt wurde. So stammt die im Arztbericht vom 20. Mai 2021 vermutete depressive Entwicklung (vgl. E. II. 6.4 hiervor) vom Schmerzspezialisten Dr. med. L.____, weshalb dieser kaum Beweiswert zukommt. Folglich wird der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens durch die medizinischen Vorakten nicht verringert. Gestützt auf dieses beweiswertige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

8.5 Es ist nachfolgend auf die gegen das grundsätzlich beweiswertige polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle D.____ gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen:

8.5.1 Der Beschwerdeführer stellt sich zum einen auf den Standpunkt, in der polydisziplinären Konferenzbesprechung vom 26. November 2021 habe zwischen der subjektiven Schmerzwahrnehmung des Beschwerdeführers und den somatischen Befunden keine Diskrepanz bestanden, was bedeute, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen somatisch nachvollziehbar seien. Dem psychiatrischen Gutachten sei zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer schmerzgeplagt unruhig wirke und häufig die Position habe wechseln müssen. Prof. Dr. med. habil. F.____ gehe indes mit keiner Silbe darauf ein, weshalb trotzdem weder eine Schmerzfehlerverarbeitung noch eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren vorliege (A.S. 12). Diesem Vorbringen kann jedoch mit Blick auf das Gutachten nicht gefolgt werden. So setzte sich Prof. Dr. med. habil. F.____ im Rahmen seines psychiatrischen Teilgutachtens sowohl mit der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 als auch mit einer Schmerzverarbeitungsstörung gemäss ICD-10 F54 durchaus auseinander (IV-Nr. 26.6 S. 20 f.). Dabei hielt er fest, dass die Schmerzen des Beschwerdeführers nicht im Zusammenhang mit psychosozialen / emotionalen Belastungsfaktoren aufgetreten seien und die subjektive Schmerzintensität nicht durch diese Faktoren moduliert werde. Der Schmerz sei sehr variabel und belastungsabhängig. Auch könne das Schmerzgeschehen durch therapeutische Massnahmen moduliert werden. Aufgrund dieser Ausführungen ging er davon aus, dass das Schmerzgeschehen keiner Störung gemäss ICD-10 F45.41 oder F54 entspreche und diese Diagnosen somit nicht gestellt werden könnten. Es sei diagnostisch von chronischen Schmerzen im Rahmen einer Störung des Stütz- und Bewegungsapparates mit einer Verdeutlichungstendenz auszugehen. Diesen gutachterlichen Einschätzungen kann gefolgt werden.

8.5.2 Der Beschwerdeführer lässt weiter vorbringen, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Gutachter bloss auf eine 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit kämen. So könne er nicht mehr Fahrrad- oder Motorradfahren und sei auch in Haushaltstätigkeiten erheblich eingeschränkt (A.S. 12). Im Rahmen des Gutachtens

wurden diese durch den Beschwerdeführer geschilderten Aktivitätseinbussen jedoch erfasst. So wurde u.a. festgehalten, dass der Beschwerdeführer schon im Jahr 2019 berichtet habe, aufgrund von lokalen Steissbeinbeschwerden das regelmässige Fahrrad-, aber auch Motorradfahren aufgegeben zu haben (IV-Nr. 26.2 S. 5 unten). Es ist somit davon auszugehen, dass die Gutachter von diesen Einschränkungen Kenntnis hatten und diese bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch entsprechend berücksichtigt. Der Beschwerdeführer führte diese Einschränkungen sodann auch im Rahmen der «persönlichen Aufstellung des Versicherten» auf, womit sie ebenfalls ins Gutachten einfließen (IV-Nr. 26.3 S. 8). Entsprechendes gilt auch in Bezug auf die durch den Beschwerdeführer ebenfalls geltend gemachten Einschränkungen im Haushalt (vgl. IV-Nr. 26.3 S. 8 f.). Folglich lässt sich aus diesem Vorbringen keine Schmälerung des Beweiswertes des Gutachtens ableiten.

8.5.3 Der Beschwerdeführer lässt im Weiteren rügen, das neurologische Teilgutachten sei widersprüchlich. So stelle der neurologische Gutachter zwar keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit, gebe jedoch eine lange Liste an Massnahmen an, die den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessern könnten (A.S. 13). Dem Gutachten kann hierzu Folgendes entnommen werden: Der neurologische Gutachter ging unter dem Titel «Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen, Rehabilitationen, Eingliederungsmassnahmen etc., Diskussion von Heilungschancen» sowohl auf das durch den Beschwerdeführer bei der Exploration beklagte Brennen in den Oberschenkeln als auch auf die tief lumbalen Rückenschmerzen (IV-Nr. 26.5 S. 10) ein und empfahl aus schmerztherapeutischer Sicht eine schmerzdistanzierende thymoleptische Medikation sowie ein retardiertes Opiat und eine rehabilitative Behandlung. Betreffend die ebenfalls festgestellte «Meralgia paraesthetica beidseits» sei eine Gewichtsreduktion, initial eine lokale Infiltration am Nerven sowie allenfalls eine medikamentöse Behandlung mit Lyrica angezeigt. Anschliessend könne ein operatives Vorgehen mit Neurolyse der sensiblen Nerven diskutiert werden. Zur Linderung der aktuellen schmerzhaften Beschwerden könne eine Lidocain und / oder Capsaicinsalbe eingesetzt werden (IV-Nr. 26.5 S. 23). Wie oben dargelegt (vgl. E. II. 8.3 hiervor), hat der Gutachter überzeugend dargelegt, dass keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Allein aus dem Umstand, dass der Gutachter diverse medizinische Empfehlungen zur Verbesserung der Beschwerden abgibt, kann nicht geschlossen werden, dass die betreffenden Beschwerden auch einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben.

8.5.4 Dem weiteren Vorbringen, wonach die Diagnose der «Meralgia paraesthetica» bei der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht berücksichtigt worden sei, da sie unbehandelt sei (A.S. 13), kann nicht gefolgt werden. So wurde die «Meralgia paraesthetica beidseits» als neurologische Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt und es wurde festgehalten, aus neurologischer gutachterlicher Sicht liege kein begründbarer Gesundheitsschaden vor. So sei das Rückenschmerzsyndrom ohne neurologische Beteiligung und die Meralgia paraesthetica unbehandelt und gewinne keinen Bezug zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (IV-Nr. 26.5 S. 23). Aus dieser Satzstellung kann – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – nicht geschlossen werden, dass die Meralgia paraesthetica einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte, wenn sie behandelt worden wäre. Für eine entsprechende Interpretation gibt es im vorliegenden Fall keinerlei Hinweise.

8.5.5 Auch dem weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 13), wonach anhand des rheumatologischen Gutachtens davon auszugehen sei, dass im Zeitpunkt der Begutachtung offensichtlich überhaupt noch keine zuverlässige Angabe über die Arbeits- und

Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers habe gemacht werden können, kann nicht gefolgt werden. So geht aus dem rheumatologischen Gutachten hervor, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit vollzeitig mit einer Leistungsminderung von 20 % ab September 2020 eingesetzt werden kann (IV-Nr. 26.3 S. 35). Der rheumatologische Gutachter hielt in diesem Zusammenhang fest, dass durch die vorgeschlagenen Therapieoptionen, welche nicht nur somatische Faktoren zu berücksichtigen hätten, eine Steigerung der Belastbarkeit des Beschwerdeführers für eine körperlich mittelschwere Tätigkeit erreicht werden könne. Somit wird durch die gutachterlich empfohlenen Therapieoptionen eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit angestrebt. Falls aufgrund des stationären, multimodalen Vorgehens innerhalb eines Jahres weiterhin Unklarheiten bestünden, könnten diese – so der Gutachter – zu diesem Zeitpunkt mittels EFL abgeklärt werden (IV-Nr. 26.3 S. 36). Für die Argumentation des Beschwerdeführers, wonach vor der abschliessenden Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers offensichtlich weitere Abklärungen notwendig seien, bleibt somit kein Raum. Diese erweist sich als nicht korrekt.

9. Zusammenfassend erweist sich das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle D.____ vom 27. November 2021 als vollbeweiswertig. Dies hielt bereits med. pract. E.____, RAD, in ihrer Stellungnahme vom 15. Februar 2022 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) entsprechend fest. Da sie darin lediglich den Beweiswert des Gutachtens beurteilte, erweist sich ihre Stellungnahme für die vorliegende Entscheidungsfindung als nicht weiterführend. Daher ist nicht weiter auf die gegen die RAD-Stellungnahme vorgebrachten Rügen einzugehen. Es ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit seit September 2020 arbeitsunfähig ist, ihm jedoch eine angepasste Tätigkeit seit September 2020 zu 80 % zumutbar wäre.

10. Nachfolgend ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich (A.S. 2) zu prüfen.

10.1 Gemäss dem Gutachten der Gutachterstelle D.____ vom 27. November 2021 ist der Beschwerdeführer seit September 2020 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Er hat sich am 11. Januar 2021 zum Bezug von Rentenleistungen bei der Beschwerdegegnerin angemeldet. Somit könnte ein allfälliger Rentenanspruch in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. Juli 2021 entstanden sein, womit das in diesem Zeitpunkt – und somit vor dem 1. Januar 2022 – geltende Recht anwendbar ist (vgl. E. II. 1.3 hiervor).

10.2 Nach 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.

10.3 Bei erwerbstätigen Versicherten – wie hier der Beschwerdeführer – ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden

wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222). 10.4 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) – hier: 1. Juli 2021 (vgl. E. II. 9 hiervor) – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1). 10.5 Der Beschwerdeführer absolvierte von 1973 bis 1982 die Primarschule in [...] und erlangte von April 1982 bis April 1985 bei der Firma N.____ das Fähigkeitszeugnis als Maschinenmonteur. Von Oktober 1985 bis Juli 1986 war er bei der Firma O.____ als Trockenbauer angestellt. Bei der Firma P.____ war er von August 1986 bis April 1988 als Galvaniker tätig. Vom Mai 1988 bis im Dezember 1991 arbeitete er als Hilfsmechaniker bei der Firma Q.____. Von Juni 1991 bis Juli 1999 war er bei der Firma R.____ und von August 1999 bis Dezember 2020 bei der Firma B.____ jeweils als Logistiker angestellt (IV-Nrn. 4 S. 5, 10, 11 S. 2 f.) 10.6 Dem Beschwerdeführer wurde die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bei der Firma B.____ per 30. November 2021 aufgrund seines Gesundheitszustandes durch die Arbeitgeberin gekündigt (IV-Nrn. 28 S. 4). Es ist davon auszugehen, dass diese Anstellung im Gesundheitsfall fortgesetzt worden wäre. Die Firma B.____ bezifferte den Jahreslohn im Jahr 2021 auf CHF 72'800.00 (IV-Nr. 13 S. 6). Zusätzlich wurden dem Beschwerdeführer in den Jahren 2017 bis 2021 Erfolgsbeteiligungen ausbezahlt (2017: CHF 2'434.25 / 2018: CHF 3'477.50 / 2019: 3'575.00 / 2020: CHF 2'319.20 / 2021: CHF 1'310.40; IV-Nr. 38). Im Durchschnitt betrug die Erfolgsbeteiligung somit CHF 2'623.00. Das Valideneinkommen beträgt demnach im hier massgebenden Jahr 2021 total CHF 75'423.00. 11. Im Weiteren ist auf das Invalideneinkommen einzugehen: 11.1 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person auf Grund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so ist nach der Rechtsprechung auf statistische Werte zurückzugreifen. In der Invalidenversicherung stehen dabei die Löhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik jeweils in den «geraden» Jahren herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) im Vordergrund (vgl. BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296 f.). 11.2 Da der Beschwerdeführer die gutachterlich für den Zeitraum 2021 bestätigte Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit nicht erwerblich verwertet, ist das

Invalideneinkommen ausgehend von den Werten der schweizerischen Lohnstrukturhebung (LSE) zu bestimmen. Aufgrund des Rentenbeginns im Jahr 2021 ist auf die Tabelle LSE TA1_tirage_skill, Total Niveau 1, Männer, für das Jahr 2020 von CHF 5'261.00 abzustellen und auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit im Jahr 2021 von 41,7 Stunden hochzurechnen ($: 40 \times 41.7$) und an die Nominallohnentwicklung Männer, 2020 – 2021 ($: 106.8 \times 106.0$), anzupassen. Damit beträgt das Invalideneinkommen insgesamt CHF 52'258.00 (80 % von CHF 65'322.00). 11.3 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. 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 gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 56 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Kein Abzug rechtfertigt sich aus dem Umstand, dass dem Beschwerdeführer von den Gutachtern eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde. So verdienen Männer in einem Pensum von 75 – 89 % im Verhältnis sogar mehr, als Männer in einem Vollzeitpensum (vgl. Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, 2018, T18). Die neurechtliche Bestimmung in Art. 26 bis Abs. 3 IVV, welche bei einer Leistungseinschränkung von 50 % oder mehr einen Abzug von 10 % für Teilzeitarbeit vorsieht, fällt vorliegend ausser Betracht. Schliesslich ist auch kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn angebracht. So wurde den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers bereits dadurch Rechnung getragen, dass die Gutachter eine 20%ige Leistungseinschränkung attestierten. Eine weitere Berücksichtigung beim Abzug vom anhand statistischer Durchschnittswerte ermittelten Invalideneinkommen würde auf eine unzulässige doppelte Berücksichtigung desselben Aspektes hinauslaufen. Zudem umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbaren Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb allein deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_870/2011 vom 24. August 2012 E. 4.1 mit Hinweisen, wobei das darin aufgeführte Anforderungsniveau 4 seit 2012 dem Kompetenzniveau 1 entspricht). 11.4 Somit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 75'423.00 und einem

Invalideneinkommen von CHF 52'258.00 eine Erwerbseinbusse von CHF 23'165.00, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 31 % entspricht. Damit hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. II. 10.2 hiervor). Anzuführen bleibt, dass ein solcher auch dann nicht bestünde, wenn man einen Abzug vom Tabellenlohn von 10 % vornehmen wollte. 12. Zusammenfassend ist die Verfügung vom 28. September 2022 zu bestätigen. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 13. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 14. 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 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.