

# SO\_GERICHTE VSBES.2023.74 vom 8. März 2023

SO Obergericht, 2023-03-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.74](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.74)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.74 du 8 mars 2023

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.74 del 8 marzo 2023

## Erwägungen

### E. 3

3.1 Als sie am 8. März 2023 einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verneinte, stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2022 (IV-Nr. 46.2), konkret von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie.

Vorweg ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) mit Medienmitteilung vom 4. Oktober 2023 darüber informiert hat, dass die Invalidenversicherung keine medizinischen Gutachten mehr an die B.\_\_\_\_ vergibt. Damit kommt die IV der Empfehlung der Eidgenössischen Kommission für die Qualität bei der medizinischen Begutachtung (EKQMB) nach. Diese hat in ärztlichen Gutachten der B.\_\_\_\_ formale und inhaltliche Mängel festgestellt. Weiter hat das BSV die IV-Stellen angewiesen, bereits vorliegende Gutachten der B.\_\_\_\_ einer erneuten Qualitätskontrolle zu unterziehen, wenn im konkreten Fall noch kein rechtskräftiger Leistungsentscheid vorliegt. Rechtskräftige Leistungsentscheide bleiben bestehen.

Im Lichte dieser Ausführungen ist nicht davon auszugehen, dass bereits erstellte Gutachten per se als nicht beweiswertig anzusehen sind. Demnach ist auch im vorliegenden Fall zu prüfen, ob das hier vorliegende Gutachten die Beweiskriterien gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung erfüllt.

3.2 Im Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2022 werden folgende Diagnosen erhoben:

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

keine

ohne Einfluss auf die Belastbarkeit:

Die Gutachterin und die Gutachter gelangten zum Schluss, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung vorrangig von intensiven polytopen Schmerzen berichtet habe. Die Befunden zeigten keine namhafte Schmerzbeeinträchtigung und keinen konsistenten Störungsbefund, der die Beschwerden begründen könnte. Die Plausibilitätsprüfung ergebe keine wirksamen Spiegel der geprüften Medikamente. Eine neurologische Erklärung der Beschwerden sei verneint worden (Dr. med. G.\_\_\_\_, Neurologie, Zentrum H.\_\_\_\_, 12. April 2021). Eine systemische neurologische Erkrankung liege gemäss diesem Fachmann nicht vor. Nichtsdestotrotz sei die derzeit gezeigte Beschwerdesymptomatik invalidisierend. Eine Knieverletzung habe den Beschwerdeführer wohl völlig aus dem Konzept gebracht. Möglicherweise auch aufgrund von einigen Unverträglichkeiten und einer nicht allzu

differenzierten Krankheitsvorstellung sei es bei diesem zu einer Fehlentwicklung gekommen, wobei er sich derzeit ausser Stande fühle, seiner Arbeit nachzugehen. Einen Zugang zu ihm aufzubauen, dass neben den ursprünglichen körperlichen Beschwerden nun auch psychische Faktoren mit eine Rolle spielten, sei nicht leicht. Nachfolgend sei orthopädischerseits eine zeitlich limitierte Arbeitsunfähigkeit genannt worden (Dr. med. I.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, 29. Juni 2021: «Arbeitsunfähigkeit 100 % vom 5. bis 19. Februar 2021 für alle Tätigkeiten»). Diagnostiziert worden seien Knieschmerzen rechts mit medialer Meniskusläsion und Ganglionformation popliteal. Die Prognose für eine Arbeitsfähigkeit sei als gut bezeichnet worden. Das rheumatologische Gutachten habe eine Teilarbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten festgelegt (Gutachten, Dr. med. J.\_\_\_\_, Rheumatologie, vom 30. Juli 2021). Als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei ein sekundär generalisiertes Schmerzsyndrom auf dem Boden eines Lumbospondylogenen Schmerzsyndroms (ICD-10: M54.4) und bei Status nach einer schmerzhaft exazerbierten Meniskopathie (ICD-10: M23.02) links 08/2020, festgelegt worden. Das psychiatrische Gutachten habe eine geringe Minderung der Arbeitsfähigkeit konstituiert und in konsensueller Zusammenfassung mit dem rheumatologischen Gutachten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % genannt, die steigerbar sei (Gutachten, Dr. med. K.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, 27. September 2021). Als psychiatrische Diagnose sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) festgelegt worden. Zusammenfassend sei aktenkundig eine überwiegend somatisch begründete Minderung der Arbeitsfähigkeit genannt worden und dabei in somatisch angepassten Tätigkeiten eine (im weiteren Verlauf steigerbare) Arbeitsfähigkeit von 50 % empfohlen worden. Die angestammte Tätigkeit sei nicht mehr leistbar. Es sei auch auf Inkonsistenzen hingewiesen worden. Der Beschwerdeführer selbst sehe sich als nicht arbeitsfähig an. Die hiesigen Befunde stützten dies nicht, da keine konsistente somatische oder psychische Störung zu erheben sei. Die Empfehlungen des Vorgutachtens liessen sich nicht bestätigen, da bereits seinerzeit im psychiatrischen Befund keine erhebliche Störung erhoben worden sei, die gestellte Diagnose einer psychogenen Schmerzstörung bei Prüfung der ICD-10-Kriterien nicht ausreichend schlüssig erscheine, zumal bereits seinerzeit auf Inkonsistenzen hingewiesen worden sei. Die seinerzeitige somatische/rheumatologische Einschätzung lasse sich ebenfalls nicht teilen, da die hiesige Untersuchung erhebliche Inkonsistenzen ausweise und namhafte strukturelle Läsionsbefunde, die eine qualitative Minderung der Belastbarkeit begründen könnten, auch seinerzeit nicht belegt worden seien. Die Vorbewertung habe weitgehend auf den subjektiven Vortrag abgestellt, letztlich jedoch auch zumindest in angepassten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % angenommen, die zudem noch steigerbar sei. Schliesslich zeige die Plausibilitätsprüfung keine wirksamen Spiegel der geprüften Medikamente, was die Angaben zur Schmerzbeeinträchtigung in Zweifel ziehe. Die hiesigen Befunde sprächen nicht für eine namhafte Limitation von Selbständigkeit, Selbstversorgungsfähigkeit und sozialer Integration sowie Aktivität. Belastungsfaktoren in der Familie oder im weiteren sozialen Umfeld mit funktioneller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liessen sich nicht herausarbeiten.

Gestützt darauf kommen die Gutachterin und die Gutachter zum Ergebnis, dass weder zum Begutachtungszeitpunkt noch rückwirkend eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Die Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten, auch in der angestammten, betrage 100 %.

3.3 Das Gutachten der Begutachtungsstelle geniesst vollen Beweiswert, entspricht es doch sämtlichen Anforderungen der Rechtsprechung (s. dazu E. II. 2.4 hiervor): Es wurde

von unabhängigen, fachlich qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen erstellt. Diese verfügten über die gesamten Akten, haben den Beschwerdeführer umfassend untersucht und Befunde erhoben, wobei dessen subjektive Angaben mitberücksichtigt wurden (siehe Gutachten, IV-Nr. 46.2 S. 20 ff.: Aktenauszug). Es wurden eine aktuelle bildgebende Untersuchung und eine Laboruntersuchung gemacht (IV-Nr. 46.2 S. 2). Auf dieser Grundlage befassten sich die einzelnen Experten und die Expertin sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und haben sodann eine gesamtinterdisziplinäre Würdigung vorgenommen (IV-Nr. 46.2 S. 4 ff; E. II. 3.2 hiervor), welche vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde nachvollziehbar ist. Hinsichtlich der psychischen Leiden ist es so, dass keine psychiatrische Diagnose gestellt wird und daher die massgeblichen Standardindikatoren (vgl. E. II. 2.2.3.1) gar nicht eingehend zu prüfen sind. Anhand der gutachterlichen Ausführungen lässt sich einleuchtend schliessen, weshalb keine entsprechende Diagnose zu erheben ist und das gutachterliche Ergebnis erscheint auch unter diesem Gesichtspunkt als nachvollziehbar.

3.4 Der Beschwerdeführer lässt zum Gutachten in formeller Hinsicht rügen, die Gutachterin und die Gutachter hätten nicht bemerkt, dass fremde Patientenakten in das Dossier des Beschwerdeführers gerutscht seien, und dementsprechend auf eine beim Beschwerdeführer gar nicht vorhandene Schulterproblematik verwiesen. Tatsächlich haben im vorliegenden Fall fremde Patientenakten Eingang in das Dossier des Beschwerdeführers gefunden. Diese werden im hier fraglichen Gutachten mehrfach wiedergegeben, wobei den Gutachtern nicht aufgefallen zu sein scheint, dass es sich hier nicht um den Beschwerdeführer betreffende Unterlagen handelt. Es geht dabei um eine Schulterproblematik, wobei eine solche beim Beschwerdeführer nie vorgelegen hat. In der Gesamtbeurteilung wird angegeben, aktenkundig sei im Jahr 2021 eine Arbeitsunfähigkeit vom 3. bis 5. Februar 2021 attestiert worden. Diagnose sei eine antero-inferiore Schulterinstabilität rechts (dominant) mit/bei SLAP-Läsion, moderater Hili Sachs-Läsion (Operation am 3. Februar 2021). Dies betrifft nachweislich einen anderen Patienten. Zwar werden diese Unterlagen aufgeführt, sie haben aber in die Beurteilung keinen Eingang gefunden, weshalb daraus nicht per se geschlossen werden kann, dass das Gutachten an Beweiswert verlieren würde.

Ebenfalls als formeller Mangel wird angegeben, dass der Beschwerdeführer auf die Tonaufnahme der Befundaufnahme verzichtet habe, auf diese im Gutachten dann aber verwiesen werde. Es ist richtig, dass im Gutachten auf die erstellte Tonaufnahme verwiesen wird. Allerdings werden nichtsdestotrotz die Angaben des Beschwerdeführers zu seinen subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen in genügendem Mass wiedergegeben. So wird im internistischen Teilgutachten angegeben, der Beschwerdeführer spreche über vorrangig in das rechte Bein und zum Nacken ausstrahlende Lumbalgie sowie wechselnd lokalisierter Gelenk- und Muskelschmerzen der rechten mehr als der linken Körperhälfte mit muskelkaterartigem Gefühl sowie Gleichgewichtsstörungen (IV-Nr. 46.2 S. 36 ff.). Im neurologischen Teilgutachten wird dazu ausgeführt, der Beschwerdeführer berichte über Rückenschmerzen, vor allem an der Lendenwirbelsäule. Weiter wird angegeben, welche Schmerzen der Beschwerdeführer genau empfindet (IV-Nr. 46.2 S. 72 ff.) Das Gleiche gilt für das rheumatologische Teilgutachten (IV-Nr. 46.2 S. 111 ff.). Schliesslich enthält auch das psychiatrische Teilgutachten entsprechende Ausführungen, wobei festgehalten wird, eine höhergradige psychische Beeinträchtigung komme nicht zum Vortrag (IV-Nr. 46.2 S.

150 f.). Insofern lässt sich zusammenfassend trotz eines Verweises auf bestehende Tonaufnahmen nicht sagen, dass die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers in der gutachterlichen Beurteilung nicht miteingeflossen wären.

3.5 Der Beschwerdeführer bemängelt weiter, es sei im Gutachten keine Auseinandersetzung mit den bestehenden Vorberichten erfolgt. Die reine Auflistung von Berichten genüge hierfür nicht. Ausserdem werde die zum von der Krankentaggeldversicherung eingeholten Gutachten abweichende Einschätzung nicht begründet. Dem kann nicht gefolgt werden: Sowohl in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wie auch in den einzelnen Teilgutachten wird auf fachärztliche Berichte Bezug genommen und erklärt, weshalb man aus versicherungsmedizinischer Sicht zu einem anderen Schluss kommt. So wird in der Gesamtbeurteilung insbesondere das von der Krankentaggeldversicherung eingeholte Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 30. Juli 2021 und von Dr. med. K.\_\_\_\_, vom 27. September 2021 (IV-Nrn. 28 S. 183 ff. und 242 ff.) thematisiert, da in diesem eine andere Beurteilung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit vorgenommen wird. In diesem Zusammenhang wird schlüssig dargelegt, dass im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_ eine Teil-Arbeitsunfähigkeit festgelegt worden sei wegen eines sekundär generalisierten Schmerzsyndroms. Auch wird darauf Bezug genommen, dass der psychiatrische Gutachter, Dr. med. K.\_\_\_\_, somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert und eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % festgelegt hat. Dabei wird aber auch erwähnt, dass auch diese Gutachter im Rahmen ihrer Einschätzung Inkonsistenzen festgestellt haben. Schliesslich werden die dort erhobenen Diagnosen insbesondere aufgrund der selbst vorgenommenen Anamnese und Befunde widerlegt. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass sich die Empfehlungen des Vorgutachtens nicht bestätigen lassen. Dies wird auch damit begründet, dass die Vorgutachter weitgehend auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt haben, was plausibel erscheint. Insofern lässt sich nicht sagen, dass die abweichende Einschätzung unbegründet geblieben ist. Auch die anderen vorliegenden medizinischen Unterlagen sind im Gutachten der B.\_\_\_\_ aufgelistet und es wird in der Gesamtbeurteilung konkret auf die Berichterstattung es Neurologen Dr. med. G.\_\_\_\_ verwiesen, der im April 2021 keine systemische neurologische Erkrankung erkennen konnte.

In den Teilgutachten findet ebenfalls eine Auseinandersetzung mit den vorliegenden ärztlichen Berichten statt. So wird im internistischen Gutachten richtigerweise darauf hingewiesen, dass keine zur im Gutachten getroffenen Einschätzung anderslautenden internistischen Berichte mit internistisch begründeten Arbeitsunfähigkeiten vorlägen. Im neurologischen Teilgutachten werden die Berichte von Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 25. November 2020 und von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 12. April 2021 sowie vom 22. Juli 2021 zitiert. Im rheumatologischen Teil-Gutachten wird die Beurteilung von Dr. med. J.\_\_\_\_ zuhanden der Krankentaggeldversicherung diskutiert. Im psychiatrischen Teilgutachten wird schliesslich ■ neben der stattgefundenen psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. K.\_\_\_\_ ■ auf die sich in den Akten befindende psychiatrische Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_, Leiter Neurologie Rehabilitation im Zentrum H.\_\_\_\_, Bezug genommen, obwohl diese fachfremd ist. Ebenfalls Erwähnung findet der Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bei welchem sich der Beschwerdeführer im Januar 2022 einmalig vorgestellt hatte. Die von Dr. med. K.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung wird nachvollziehbar widerlegt. Dazu wird ausgeführt, dass sich kein den Schmerzen zugrundeliegender erheblicher und unbewältigter seelischer oder psychosozialer

Konflikt herausarbeiten lasse. Ebenfalls wird auf die fehlenden wirksamen Medikamenten-Spiegel im Laborbefund hingewiesen. Somit erscheint es nachvollziehbar, wenn die Angaben des Beschwerdeführers bezweifelt werden. Mit Bezug auf das Gutachten von Dr. med. K. \_\_\_ wird dargelegt, dass bereits dort Inkonsistenzen zwischen dem Ausmass der beklagten Beschwerden und dem Umfang der tatsächlich in Anspruch genommenen Behandlungen festgestellt worden sind. Ebenfalls wird schlüssig dargelegt, dass die damals erhobenen, unauffälligen Befunde nicht zur Diagnosestellung passen. Zur somatoformen Störung passe zwar, dass die vom Beschwerdeführer angegebenen andauernden und als quälend beschriebenen Schmerzen durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt seien. Allerdings fehle ein für die Diagnosestellung erforderlicher unbewältigter innerseelischer oder psychosozialer Konflikt. Somit wird plausibel begründet, weshalb die Diagnose einer somatoformen Störung hier verworfen wird. Es kann daher entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers auch nicht gesagt werden, dass im psychiatrischen Teilgutachten keine genaue Prüfung des Vorliegens einer somatoformen Störung stattfand. Bei Nicht-Vorliegen von entsprechenden Befunden und damit einer Diagnose kann auch gar keine eingehende Indikatorenprüfung vorgenommen werden.

3.6 Schliesslich lässt der Beschwerdeführer rügen, die Gesamtbeurteilung im Gutachten der B. \_\_\_ sei widersprüchlich, da auch rückwirkend auf eine Arbeitsfähigkeit von 100 % geschlossen werde, wobei im rheumatologischen Gutachten im angestammten Beruf aber eine Arbeitsunfähigkeit bis Ende Juni 2021 festgelegt worden sei. Der rheumatologische Gutachter hat festgehalten, dass unter Berücksichtigung der chirurgischen Versorgung des Knies links am 28. März 2021 eine im angestammten Beruf erfolgende Arbeitsunfähigkeit für drei Monate, somit bis Ende Juni 2021, begründet werde. Weiter wird ausgeführt, dass sich darüber hinaus keine Arbeitsunfähigkeit ergebe. Wenn in der Gesamtbeurteilung rückwirkend auf eine bestehende Arbeitsfähigkeit geschlossen wird, ist dies nicht widersprüchlich, da die kurzzeitige dreimonatige Arbeitsunfähigkeit nach einem operativen Eingriff aufgrund der begrenzten Dauer ohnehin nicht IV-relevant ist.

3.7 Nach dem Gesagten vermögen die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwände keine Zweifel am Beweiswert des von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachtens zu erwecken. Die Beschwerdegegnerin durfte in der angefochtenen Verfügung zu Recht darauf abstellen. Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

6.2 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 widerkannt:

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



dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung, ob eine Erwerbsunfähigkeit vorliegt, sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur dann vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2.3 2.2.3.1 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). Ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich grundsätzlich bei allen solchen Erkrankungen nach einem normativen Prüfungsraaster, dem sog. strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Anhand eines Kataloges von Indikatoren, welche sich auf den funktionellen Schweregrad des Leidens und die Konsistenz des Verhaltens beziehen, erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des (unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits) tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f. und E. 4.1.3 S. 297). Die massgeblichen Standardindikatoren lauten wie folgt (a.a.O. E. 4.1.3 S. 297): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» a) Komplex «Gesundheitsschädigung» o Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde o Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz o Komorbiditäten b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen ) c) Komplex «Sozialer Kontext» 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) o gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen o behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

2.2.3.2 Das einem Rentenanspruch vorausgehende Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (s. E. 3.2.1 hiervor) gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Amanda Wittwer in: Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Zürich 2017, S. 109 Fn 615). Der Beschwerdeführer hat angegeben, seit August 2020 unter einer starken gesundheitlichen Beeinträchtigung zu leiden. Damit würde die Wartezeit im August 2021 enden. Der Rentenanspruch wiederum könnte frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG entstehen (s. Art. 29 Abs. 1 IVG)..

2.2.4 Nach dem hier massgeblichen bisherigen Recht (s. E. II. 2.1 hiervor) besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG, in Kraft bis 31. Dezember 2021). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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).

2.3 Invalide oder von einer Invalidität bedrohte versicherte Personen haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (Art. 8 Abs. 1 IVG), soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a), und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

2.4 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.). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). 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 (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

2.5 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Kieser, a.a.O., Art. 43 N 96). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf

dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

3. 3.1 Als sie am 8. März 2023 einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verneinte, stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2022 (IV-Nr. 46.2), konkret von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie. Vorweg ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) mit Medienmitteilung vom 4. Oktober 2023 darüber informiert hat, dass die Invalidenversicherung keine medizinischen Gutachten mehr an die B.\_\_\_\_ vergibt. Damit kommt die IV der Empfehlung der Eidgenössischen Kommission für die Qualität bei der medizinischen Begutachtung (EKQMB) nach. Diese hat in ärztlichen Gutachten der B.\_\_\_\_ formale und inhaltliche Mängel festgestellt. Weiter hat das BSV die IV-Stellen angewiesen, bereits vorliegende Gutachten der B.\_\_\_\_ einer erneuten Qualitätskontrolle zu unterziehen, wenn im konkreten Fall noch kein rechtskräftiger Leistungsentscheid vorliegt. Rechtskräftige Leistungsentscheide bleiben bestehen. Im Lichte dieser Ausführungen ist nicht davon auszugehen, dass bereits erstellte Gutachten per se als nicht beweiswertig anzusehen sind. Demnach ist auch im vorliegenden Fall zu prüfen, ob das hier vorliegende Gutachten die Beweiskriterien gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung erfüllt.

3.2 Im Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2022 werden folgende Diagnosen erhoben: mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: keine ohne Einfluss auf die Belastbarkeit: - Adipositas Grad I - Arterielle Hypertonie - Nikotinkonsum Die Gutachterin und die Gutachter gelangten zum Schluss, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung vorrangig von intensiven polytopen Schmerzen berichtet habe. Die Befunden zeigten keine namhafte Schmerzbeeinträchtigung und keinen konsistenten Störungsbefund, der die Beschwerden begründen könnte. Die Plausibilitätsprüfung ergebe keine wirksamen Spiegel der geprüften Medikamente. Eine neurologische Erklärung der Beschwerden sei verneint worden (Dr. med. G.\_\_\_\_, Neurologie, Zentrum H.\_\_\_\_, 12. April 2021). Eine systemische neurologische Erkrankung liege gemäss diesem Fachmann nicht vor. Nichtsdestotrotz sei die derzeit gezeigte Beschwerdesymptomatik invalidisierend. Eine Knieverletzung habe den Beschwerdeführer wohl völlig aus dem Konzept gebracht. Möglicherweise auch aufgrund von einigen Unverträglichkeiten und einer nicht allzu differenzierten Krankheitsvorstellung sei es bei diesem zu einer Fehlentwicklung gekommen, wobei er sich derzeit ausser Stande fühle, seiner Arbeit nachzugehen. Einen Zugang zu ihm aufzubauen,

dass neben den ursprünglichen körperlichen Beschwerden nun auch psychische Faktoren mit eine Rolle spielten, sei nicht leicht. Nachfolgend sei orthopädischerseits eine zeitlich limitierte Arbeitsunfähigkeit genannt worden (Dr. med. I.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, 29. Juni 2021: «Arbeitsunfähigkeit 100 % vom 5. bis 19. Februar 2021 für alle Tätigkeiten»). Diagnostiziert worden seien Knieschmerzen rechts mit medialer Meniskusläsion und Ganglionformation popliteal. Die Prognose für eine Arbeitsfähigkeit sei als gut bezeichnet worden. Das rheumatologische Gutachten habe eine Teilarbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten festgelegt (Gutachten, Dr. med. J.\_\_\_\_, Rheumatologie, vom 30. Juli 2021). Als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei ein sekundär generalisiertes Schmerzsyndrom auf dem Boden eines Lumbospondylogenen Schmerzsyndroms (ICD-10: M54.4) und bei Status nach einer schmerzhaft exazerbierten Meniskopathie (ICD-10: M23.02) links 08/2020, festgelegt worden. Das psychiatrische Gutachten habe eine geringe Minderung der Arbeitsfähigkeit konstituiert und in konsensueller Zusammenfassung mit dem rheumatologischen Gutachten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % genannt, die steigerbar sei (Gutachten, Dr. med. K.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, 27. September 2021). Als psychiatrische Diagnose sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) festgelegt worden. Zusammenfassend sei aktenkundig eine überwiegend somatisch begründete Minderung der Arbeitsfähigkeit genannt worden und dabei in somatisch angepassten Tätigkeiten eine (im weiteren Verlauf steigerbare) Arbeitsfähigkeit von 50 % empfohlen worden. Die angestammte Tätigkeit sei nicht mehr leistbar. Es sei auch auf Inkonsistenzen hingewiesen worden. Der Beschwerdeführer selbst sehe sich als nicht arbeitsfähig an. Die hiesigen Befunde stützten dies nicht, da keine konsistente somatische oder psychische Störung zu erheben sei. Die Empfehlungen des Vorgutachtens liessen sich nicht bestätigen, da bereits seinerzeit im psychiatrischen Befund keine erhebliche Störung erhoben worden sei, die gestellte Diagnose einer psychogenen Schmerzstörung bei Prüfung der ICD-10-Kriterien nicht ausreichend schlüssig erscheine, zumal bereits seinerzeit auf Inkonsistenzen hingewiesen worden sei. Die seinerzeitige somatische/rheumatologische Einschätzung lasse sich ebenfalls nicht teilen, da die hiesige Untersuchung erhebliche Inkonsistenzen ausweise und namhafte strukturelle Läsionsbefunde, die eine qualitative Minderung der Belastbarkeit begründen könnten, auch seinerzeit nicht belegt worden seien. Die Vorbewertung habe weitgehend auf den subjektiven Vortrag abgestellt, letztlich jedoch auch zumindest in angepassten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % angenommen, die zudem noch steigerbar sei. Schliesslich zeige die Plausibilitätsprüfung keine wirksamen Spiegel der geprüften Medikamente, was die Angaben zur Schmerzbeeinträchtigung in Zweifel ziehe. Die hiesigen Befunde sprächen nicht für eine namhafte Limitation von Selbständigkeit, Selbstversorgungsfähigkeit und sozialer Integration sowie Aktivität. Belastungsfaktoren in der Familie oder im weiteren sozialen Umfeld mit funktioneller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liessen sich nicht herausarbeiten. Gestützt darauf kommen die Gutachterin und die Gutachter zum Ergebnis, dass weder zum Begutachtungszeitpunkt noch rückwirkend eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Die Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten, auch in der angestammten, betrage 100 %. 3.3 Das Gutachten der Begutachtungsstelle geniesst vollen Beweiswert, entspricht es doch sämtlichen Anforderungen der Rechtsprechung (s. dazu E. II. 2.4 hiervor): Es wurde von unabhängigen, fachlich qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen erstellt. Diese verfügten über die gesamten Akten, haben den Beschwerdeführer umfassend untersucht und Befunde erhoben, wobei dessen subjektive

Angaben mitberücksichtigt wurden (siehe Gutachten, IV-Nr. 46.2 S. 20 ff.: Aktenauszug). Es wurden eine aktuelle bildgebende Untersuchung und eine Laboruntersuchung gemacht (IV-Nr. 46.2 S. 2). Auf dieser Grundlage befassten sich die einzelnen Experten und die Expertin sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und haben sodann eine gesamtinterdisziplinäre Würdigung vorgenommen (IV-Nr. 46.2 S. 4 ff; E. II. 3.2 hiervor), welche vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde nachvollziehbar ist. Hinsichtlich der psychischen Leiden ist es so, dass keine psychiatrische Diagnose gestellt wird und daher die massgeblichen Standardindikatoren (vgl. E. II. 2.2.3.1) gar nicht eingehend zu prüfen sind. Anhand der gutachterlichen Ausführungen lässt sich einleuchtend schliessen, weshalb keine entsprechende Diagnose zu erheben ist und das gutachterliche Ergebnis erscheint auch unter diesem Gesichtspunkt als nachvollziehbar.

3.4 Der Beschwerdeführer lässt zum Gutachten in formeller Hinsicht rügen, die Gutachterin und die Gutachter hätten nicht bemerkt, dass fremde Patientenakten in das Dossier des Beschwerdeführers gerutscht seien, und dementsprechend auf eine beim Beschwerdeführer gar nicht vorhandene Schulterproblematik verwiesen. Tatsächlich haben im vorliegenden Fall fremde Patientenakten Eingang in das Dossier des Beschwerdeführers gefunden. Diese werden im hier fraglichen Gutachten mehrfach wiedergegeben, wobei den Gutachtern nicht aufgefallen zu sein scheint, dass es sich hier nicht um den Beschwerdeführer betreffende Unterlagen handelt. Es geht dabei um eine Schulterproblematik, wobei eine solche beim Beschwerdeführer nie vorgelegen hat. In der Gesamtbeurteilung wird angegeben, aktenkundig sei im Jahr 2021 eine Arbeitsunfähigkeit vom 3. bis 5. Februar 2021 attestiert worden. Diagnose sei eine antero-inferiore Schulterinstabilität rechts (dominant) mit/bei SLAP-Läsion, moderater Hili Sachs-Läsion (Operation am 3. Februar 2021). Dies betrifft nachweislich einen anderen Patienten. Zwar werden diese Unterlagen aufgeführt, sie haben aber in die Beurteilung keinen Eingang gefunden, weshalb daraus nicht per se geschlossen werden kann, dass das Gutachten an Beweiswert verlieren würde. Ebenfalls als formeller Mangel wird angegeben, dass der Beschwerdeführer auf die Tonaufnahme der Befundaufnahme verzichtet habe, auf diese im Gutachten dann aber verwiesen werde. Es ist richtig, dass im Gutachten auf die erstellte Tonaufnahme verwiesen wird. Allerdings werden nichtsdestotrotz die Angaben des Beschwerdeführers zu seinen subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen in genügendem Mass wiedergegeben. So wird im internistischen Teilgutachten angegeben, der Beschwerdeführer spreche über vorrangig in das rechte Bein und zum Nacken ausstrahlende Lumbalgie sowie wechselnd lokalisierter Gelenk- und Muskelschmerzen der rechten mehr als der linken Körperhälfte mit muskelkaterartigem Gefühl sowie Gleichgewichtsstörungen (IV-Nr. 46.2 S. 36 ff.). Im neurologischen Teilgutachten wird dazu ausgeführt, der Beschwerdeführer berichte über Rückenschmerzen, vor allem an der Lendenwirbelsäule. Weiter wird angegeben, welche Schmerzen der Beschwerdeführer genau empfindet (IV-Nr. 46.2 S. 72 ff.) Das Gleiche gilt für das rheumatologische Teilgutachten (IV-Nr. 46.2 S. 111 ff.). Schliesslich enthält auch das psychiatrische Teilgutachten entsprechende Ausführungen, wobei festgehalten wird, eine höhergradige psychische Beeinträchtigung komme nicht zum Vortrag (IV-Nr. 46.2 S. 150 f.). Insofern lässt sich zusammenfassend trotz eines Verweises auf bestehende Tonaufnahmen nicht sagen, dass die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers in der gutachterlichen Beurteilung nicht miteingeflossen wären.

3.5 Der Beschwerdeführer bemängelt weiter, es sei im Gutachten keine Auseinandersetzung mit den bestehenden Vorberichten erfolgt. Die reine Auflistung von Berichten genüge hierfür nicht. Ausserdem

werde die zum von der Krankentaggeldversicherung eingeholten Gutachten abweichende Einschätzung nicht begründet. Dem kann nicht gefolgt werden: Sowohl in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wie auch in den einzelnen Teilgutachten wird auf fachärztliche Berichte Bezug genommen und erklärt, weshalb man aus versicherungsmedizinischer Sicht zu einem anderen Schluss kommt. So wird in der Gesamtbeurteilung insbesondere das von der Krankentaggeldversicherung eingeholte Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 30. Juli 2021 und von Dr. med. K.\_\_\_\_, vom 27. September 2021 (IV-Nrn. 28 S. 183 ff. und 242 ff.) thematisiert, da in diesem eine andere Beurteilung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit vorgenommen wird. In diesem Zusammenhang wird schlüssig dargelegt, dass im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_ eine Teil-Arbeitsunfähigkeit festgelegt worden sei wegen eines sekundär generalisierten Schmerzsyndroms. Auch wird darauf Bezug genommen, dass der psychiatrische Gutachter, Dr. med. K.\_\_\_\_, somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert und eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % festgelegt hat. Dabei wird aber auch erwähnt, dass auch diese Gutachter im Rahmen ihrer Einschätzung Inkonsistenzen festgestellt haben. Schliesslich werden die dort erhobenen Diagnosen insbesondere aufgrund der selbst vorgenommenen Anamnese und Befunde widerlegt. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass sich die Empfehlungen des Vorgutachtens nicht bestätigen lassen. Dies wird auch damit begründet, dass die Vorgutachter weitgehend auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt haben, was plausibel erscheint. Insofern lässt sich nicht sagen, dass die abweichende Einschätzung unbegründet geblieben ist. Auch die anderen vorliegenden medizinischen Unterlagen sind im Gutachten der B.\_\_\_\_ aufgelistet und es wird in der Gesamtbeurteilung konkret auf die Berichterstattung des Neurologen Dr. med. G.\_\_\_\_ verwiesen, der im April 2021 keine systemische neurologische Erkrankung erkennen konnte. In den Teilgutachten findet ebenfalls eine Auseinandersetzung mit den vorliegenden ärztlichen Berichten statt. So wird im internistischen Gutachten richtigerweise darauf hingewiesen, dass keine zur im Gutachten getroffenen Einschätzung anderslautenden internistischen Berichte mit internistisch begründeten Arbeitsunfähigkeiten vorlägen. Im neurologischen Teilgutachten werden die Berichte von Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 25. November 2020 und von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 12. April 2021 sowie vom 22. Juli 2021 zitiert. Im rheumatologischen Teil-Gutachten wird die Beurteilung von Dr. med. J.\_\_\_\_ zuhanden der Krankentaggeldversicherung diskutiert. Im psychiatrischen Teilgutachten wird schliesslich – neben der stattgefundenen psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. K.\_\_\_\_ – auf die sich in den Akten befindende psychiatrische Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_, Leiter Neurologie Rehabilitation im Zentrum H.\_\_\_\_, Bezug genommen, obwohl diese fachfremd ist. Ebenfalls Erwähnung findet der Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bei welchem sich der Beschwerdeführer im Januar 2022 einmalig vorgestellt hatte. Die von Dr. med. K.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung wird nachvollziehbar widerlegt. Dazu wird ausgeführt, dass sich kein den Schmerzen zugrundeliegender erheblicher und unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt herausarbeiten lasse. Ebenfalls wird auf die fehlenden wirksamen Medikamenten-Spiegel im Laborbefund hingewiesen. Somit erscheint es nachvollziehbar, wenn die Angaben des Beschwerdeführers bezweifelt werden. Mit Bezug auf das Gutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_ wird dargelegt, dass bereits dort Inkonsistenzen zwischen dem Ausmass der beklagten Beschwerden und dem Umfang der tatsächlich in Anspruch genommenen Behandlungen festgestellt worden sind. Ebenfalls wird schlüssig dargelegt, dass die damals erhobenen, unauffälligen Befunde nicht zur Diagnosestellung passen. Zur

somatoformen Störung passe zwar, dass die vom Beschwerdeführer angegebenen andauernden und als quälend beschriebenen Schmerzen durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt seien. Allerdings fehle ein für die Diagnosestellung erforderlicher unbewältigter innerseelischer oder psychosozialer Konflikt. Somit wird plausibel begründet, weshalb die Diagnose einer somatoformen Störung hier verworfen wird. Es kann daher entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers auch nicht gesagt werden, dass im psychiatrischen Teilgutachten keine genaue Prüfung des Vorliegens einer somatoformen Störung stattfand. Bei Nicht-Vorliegen von entsprechenden Befunden und damit einer Diagnose kann auch gar keine eingehende Indikatorenprüfung vorgenommen werden.

3.6 Schliesslich lässt der Beschwerdeführer rügen, die Gesamtbeurteilung im Gutachten der B.\_\_\_\_ sei widersprüchlich, da auch rückwirkend auf eine Arbeitsfähigkeit von 100 % geschlossen werde, wobei im rheumatologischen Gutachten im angestammten Beruf aber eine Arbeitsunfähigkeit bis Ende Juni 2021 festgelegt worden sei. Der rheumatologische Gutachter hat festgehalten, dass unter Berücksichtigung der chirurgischen Versorgung des Knies links am 28. März 2021 eine im angestammten Beruf erfolgende Arbeitsunfähigkeit für drei Monate, somit bis Ende Juni 2021, begründet werde. Weiter wird ausgeführt, dass sich darüber hinaus keine Arbeitsunfähigkeit ergebe. Wenn in der Gesamtbeurteilung rückwirkend auf eine bestehende Arbeitsfähigkeit geschlossen wird, ist dies nicht widersprüchlich, da die kurzzeitige dreimonatige Arbeitsunfähigkeit nach einem operativen Eingriff aufgrund der begrenzten Dauer ohnehin nicht IV-relevant ist.

3.7 Nach dem Gesagten vermögen die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwände keine Zweifel am Beweiswert des von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachtens zu erwecken. Die Beschwerdegegnerin durfte in der angefochtenen Verfügung zu Recht darauf abstellen. Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

4. Die Beschwerdegegnerin lehnte in der angefochtenen Verfügung berufliche Massnahmen ab. Der Beschwerdeführer begehrt beschwerdeweise die gesetzlichen Leistungen, ohne explizit auf berufliche Massnahmen Bezug zu nehmen. Da beim Beschwerdeführer keine relevante Arbeitsunfähigkeit vorliegt, besteht indessen auch kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Zudem setzen Eingliederungsmassnahmen die subjektive Eingliederungsfähigkeit im Sinne eines Eingliederungswillens voraus, die im vorliegenden Fall aufgrund der Ausführungen des Beschwerdeführers im Rahmen der Begutachtungen zumindest in Zweifel zu ziehen ist.

5. Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

## **E. 6**

6.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

6.2 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.