

200 21 430 IV  
KNB/SVE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 18. August 2022**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiberin Schwitter

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**IV-Stelle Bern**  
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 11. Mai 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1965 geborene, zuletzt als ... tätig gewesene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Oktober 2017 unter Hinweis auf seit einem Sturz am 20. Januar 2017 bestehende Schmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1, 24 S. 2 Ziff. 2.2). Die IVB tätigte in der Folge erhebliche und medizinische Abklärungen und gewährte von 25. Februar bis 24. Mai 2019 bei der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ ein Belastbarkeitstraining (AB 65), welches jedoch per 25. April 2019 aufgrund ausbleibender Fortschritte und nicht erreichter Ziele vorzeitig abgebrochen wurde (AB 79), woraufhin die IVB mit Mitteilung vom 3. Oktober 2019 (AB 84) den Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen abwies und eine bidisziplinäre Begutachtung (AB 126 ff.) durch die Dres. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, veranlasste. Mit Vorbescheid vom 4. März 2021 (AB 129) stellte die IVB in Aussicht, einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 23 % zu verneinen. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 135) verfügte sie am 11. Mai 2021 dem Vorbescheid entsprechend (AB 140).

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 11. Juni 2021 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. Mai 2021 sei aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen auszurichten.
2. Eventualiter: Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. Mai 2021 sei aufzuheben und die Sache sei zur Vornahme weiterer Abklärungen und zur Neubeurteilung im Sinne der nachfolgenden Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3. Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren, unter Beiordnung des unterzeichnenden Anwalts als amtlicher Rechtsbeistand.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Der Instruktionsrichter ersuchte mit prozessleitender Verfügung vom 14. Juni 2021 um schriftliche Bestätigung, dass der Beschwerdeführer über keine Rechtsschutzversicherung verfüge, und um Einreichen einer Kopie der Krankenkassenpolice.

Mit Eingabe vom 5. Juli 2021 teilte der Beschwerdeführer mit, dass seine Rechtsschutzversicherung nachträglich Kostengutsprache für das vorliegende Beschwerdeverfahren erteilt habe, weshalb er das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurückzog.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 13. Juli 2021 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 19. Juli 2021 schrieb der Instruktionsrichter das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt als erledigt ab und forderte den Beschwerdeführer zur Bezahlung eines Kostenvorschusses von Fr. 800.-- auf, welcher daraufhin geleistet wurde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide.

Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. Mai 2021 (AB 140). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

**2.2** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Er-

erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

## **2.3**

**2.3.1** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.3.2** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegrün-

dende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturieren normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.3.3** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287).

**2.3.4** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren 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). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**2.4** Nach aArt. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabebereich 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 aArt. 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.

**2.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende entnehmen:

**3.1.1** Die Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_, Fachärztin bzw. Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, Klinik H. \_\_\_\_\_, Spital I. \_\_\_\_\_, führten im Bericht vom 23. Januar 2020 (AB 107) als Diagnosen eine mittelschwergradige obstruktive Schlafapnoe (ED Dezember 2019), eine exzessive Tagesschläfrigkeit multifaktorieller Ätiologie, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und eine mittelgradige depressive Episode auf (S. 2). Es sei bei polysomnographisch nachgewiesener mittelschwerer obstruktiver Schlafapnoe ambulant ein APAP-Therapieversuch mit variablem Druck durchgeführt worden. Subjektiv habe der Beschwerdeführer mit der Thera-

pie besser ein- und durchschlafen können und sich am Tag weniger müde gefühlt. Es habe sich somit ein gutes Einstellungsergebnis gezeigt (S. 3).

**3.1.2** Im Bericht vom 8. Juli 2020 (AB 93 S. 2) hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, Klinik K. \_\_\_\_\_, Spital I. \_\_\_\_\_, fest, die ausgeprägte Müdigkeit und Antriebslosigkeit habe nach Diagnosestellung eines Schlafapnoe-Syndroms mit der aktuellen Therapie mit APAP etwas verbessert werden können (S. 3).

**3.1.3** Im rheumatologischen Teilgutachten vom 13. Januar 2021 (AB 126.1) führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen auf (S. 13 Ziff. 6):

1. Gonarthrose beidseits;
  - Status nach diagnostischer Arthroskopie rechts am 14. Dezember 2017 mit Plicaresektion und Biopsie, Gelenkskörpersuche, Shaving Knorpel-flakes retropatellär und am Femurkondylus;
2. chronisches Lumbovertebralsyndrom;
  - Discopathie LWK 4/5 ohne Kompression neuraler Strukturen gemäss MRT der LWS vom 8. Juni 2018.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er folgende Diagnosen auf (S. 13 f. Ziff. 6):

3. deutliche Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung und Symptomausweitung (4/5 positive Wadell-Zeichen, 14/18 positive Fibromyalgie Druckpunkte und 3/3 positive Kontrollpunkte, pseudoneurologische Ausfälle an den Armen und Beinen und am Stamm), nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend;
4. muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits (Trapezius) und am Beckengürtel rechts (Piriformis);
5. Hallux valgus beidseits.

Zur Herleitung der Diagnosen führte der Gutachter aus, betreffend die degenerativen Veränderungen an den Kniegelenken fänden sich keine Zeichen einer Aktivierung (keine Überwärmung und kein Erguss). Bezüglich der Rückenschmerzen fänden sich die Zeichen des Lumbovertebralsyndroms mit Bewegungseinschränkung, paravertebralem Muskelhartspann und Lokalschmerz. Eine relevante Schmerzausstrahlung sei aktuell nicht beschrieben worden und habe auch nicht provoziert werden können. Deutlich im Vordergrund stünden die Beschwerden im Rahmen der Schmerzfehlerverarbeitung und Symptomausweitung. Es fänden sich zusätzlich Gegeninnervationen und vorübergehend eingeschränkte Bewegungsausmas-

se. Diese Befunde könnten nicht durch ein eigentliches rheumatologisches Krankheitsbild erklärt werden und würden deshalb auch bei der Beurteilung der Funktionsstörungen und der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht nicht berücksichtigt. Die Symptomausweitung werde durch die zentral im Leben stehende Schmerzproblematik ohne therapeutische Ansätze, ein hohes Schmerzerleben sowie die Funktionsstörungen ohne adäquate somatische Erklärung charakterisiert (S. 14 Ziff. 6). Das fehlende Ansprechen auf sämtliche therapeutischen Massnahmen passe gut zur Beurteilung, dass die im Vordergrund stehenden Beschwerden nicht einem somatischen Krankheitsbild entsprächen. Die durchgeführten Behandlungsversuche seien durchaus als angemessen anzusehen und wegen der Therapieresistenz als ausgeschöpft zu betrachten. Die Prognose werde vordergründig durch ein nicht-somatisches Beschwerdebild beeinflusst. Insbesondere bezüglich der degenerativen Kniegelenksveränderungen sei darauf hinzuweisen, dass es sich hierbei naturgemäss um ein progredientes Geschehen handle. Entsprechend könnten sich die lokalen Beschwerden im Verlauf verstärken, müssten dies aber nicht. Auch erneute Aktivierungen im Sinne einer Ergussbildung oder Überwärmung seien möglich (S. 15 Ziff. 7.2). In der klinischen Untersuchung fänden sich Inkonsistenzen. Entsprechend seien auch die durch den Beschwerdeführer beschriebenen Funktionsstörungen und das hohe Schmerzempfinden aus rein somatischer Sicht nicht plausibel, sondern überwiegend durch die aufgeführte Schmerzfehlerverarbeitung mitbedingt. Diese Inkonsistenzen und die fehlende Plausibilität von Beschwerden seien aus rheumatologischer Sicht nicht im Sinne einer Aggravation zu verstehen, sondern als Ausdruck der Schmerzfehlerverarbeitung (S. 15 Ziff. 7.3). Dem Beschwerdeführer seien nur noch körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten zumutbar ohne spezifische Belastung der Kniegelenke und der Lumbalregion, d.h. ohne Tätigkeiten auf den Knien oder in Zwangshaltungen mit gebeugten Knien oder verbunden mit wiederholtem Treppensteigen oder Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten sowie ohne wiederholte Bück- und Torsionsbewegungen und ohne Arbeitshaltungen längerdauernd oder repetitiv rekliniert oder vornüber geneigt (S. 16 Ziff. 7.4). Die bisherige Tätigkeit (... mit oft mittelschweren und selten schweren Gewichtsbelastungen sowie vorwiegend stehender Tätigkeit) müsse unter Berücksichtigung der Angaben im IV-Fragebogen des ehemaligen Arbeitgebers als nicht mehr möglich

beurteilt werden. Es bestehe seit dem 9. Mai 2017 eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Eine körperliche leichte, vorwiegend sitzend auszuführende Tätigkeit mit der Möglichkeit, zwischendurch auch aufzustehen, sei als optimal angepasst anzusehen. In einer solchen Tätigkeit könne rein rheumatologisch keine Einschränkung begründet werden. Diese uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit gelte aktuell und retrospektiv.

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 27. Januar 2021 (AB 127.1) hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.0/1) fest (S. 12 Ziff. 6 lit. a). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) sowie akzentuierte (narzisstische) Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) auf (lit. b). Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Aufgrund der unpräzisen Angaben des Beschwerdeführers könnten keine verlässlichen Angaben über den zeitlichen Verlauf gemacht werden. Approximativ könne aber davon ausgegangen werden, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht seit Beginn der Behandlung im November 2018 bestehe. Seither könne von einer 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Die Arbeitsfähigkeit könne mit grosser Wahrscheinlichkeit durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden. Empfohlen werde eine intensive Gesprächspsychotherapie mit einer Sitzungsfrequenz von mindestens einer Sitzung pro Woche. Darüber hinaus werde auch die Weiterverordnung der bestehenden Psychopharmakotherapie empfohlen. Zwecks einer intensiveren Behandlung der depressiven Beschwerden werde auch die Verordnung eines Antidepressivums aus der SSRI-Reihe empfohlen. Unter Einhaltung dieser Massnahmen könne mit grosser Wahrscheinlichkeit mit einer Besserung hinsichtlich der psychischen Beschwerden und dadurch auch der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Die Prognose sei insgesamt jedoch als offen zu beurteilen, da aufgrund der vielen Inkonsistenzen und zum Teil auch widersprüchlichen Angaben eine gewisse bewusstseinsnahe Aggravationstendenz nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden könne (S. 20 ff. Ziff. 8).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 26. Januar 2021 (AB 126.2) hielten die Gutachter in der bisherigen Tätigkeit eine seit 9. Mai 2017 andauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit und in einer somatisch angepassten Tätigkeit eine seit November 2018 andauernde 30%ige Arbeitsunfähigkeit fest.

**3.1.4** Im Austrittsbericht vom 25. Januar 2021 (AB 138 S. 2) über die teilstationäre Behandlung von 20. Oktober 2020 bis 20. Januar 2021 im Zentrum L. \_\_\_\_\_ wurden als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren – fibromyalgieformes Verteilungsmuster (ICD-10 F45.41), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), exzessive Tagesschläfrigkeit und Tagesmüdigkeit multifaktorieller Genese sowie ein mittelschwergradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom (ED Dezember 2019; ab März 2020 APAP-Therapie) aufgeführt.

**3.1.5** Im Bericht „Kurze Stellungnahme zu dem Gutachten vom 27.01. 2021“ vom 19. April 2021 (AB 136 S. 2) hielt Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik N. \_\_\_\_\_, Spital I. \_\_\_\_\_, unter Bezugnahme auf die Kriterien des ICD-10 betreffend die Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) fest, die Kriterien für eine solche seien erfüllt. Die Schmerzen bestünden seit Juni 2017. Der Auslöser für die Schmerzproblematik sei der Unfall auf der ... am 20. Januar 2017 gewesen. Es bestünden keine Hinweise für Ausschluss-Störungen/-Situationen. Als Verhalten aufgrund schmerzbezogener Angst nannte er Passivität und Fehlhaltungen und führte als maladaptive Kognitionen gedankliche Einengung auf das Schmerzerleben, Schmerzkatastrophierung sowie Grübeln über schmerzassoziierte Inhalte auf. Betreffend emotionale Belastungen führte er aus, der Beschwerdeführer sei verzweifelt und demoralisiert. Betreffend familiäre, soziale und existenzielle Konsequenzen hielt er eine veränderte Rolle in der Familie, die Kündigung und einen sozialen Rückzug fest. Überdies nannte er auch Hinweise für Action- und Pain-Proneness in der Anamnese, welche ein Risikofaktor für Schmerzchronifizierung darstellten. Nach fehlendem Ansprechen der antidepressiven Medikation mittels Duloxetin sei die Umstellung auf Amitriptylin empfohlen worden, was auch erfolgt sei. Die Dosis von Duloxetin habe reduziert werden sollen, wobei par-

allel eine tiefe Dosis von Amitriptylin installiert worden sei. In diesem Zeitraum sei ein niedriger Spiegel im Blut von beiden Substanzen zu erwarten gewesen (S. 3). Unter Hinweis auf die Haupt- und Zusatzsymptome depressiver Episoden nach ICD-10 führte Dr. med. M. \_\_\_\_\_ aus, zum Zeitpunkt des Austritts hätten noch folgende Symptome vorgelegen: Gedrückte Stimmung, verminderter Antrieb und Aktivitäten, Freude und Interesselosigkeit, eingeschränkte Konzentration, ausgeprägte Müdigkeit und gestörter Schlaf sowie vermindertes Selbstwertgefühl. Somit habe zum Zeitpunkt des Austritts eine mindestens mittelgradig ausgeprägte depressive Symptomatik bestanden (S. 4).

**3.1.6** Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 26. Mai 2021 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 4) bezugnehmend auf ein Schreiben des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 19. Mai 2021 aus, dass unter Hinweis auf die anamnestische Aussage des Beschwerdeführers dieser seine Medikamente regelmässig einnehme und sie keinen Grund gesehen habe, dies laborchemisch zu überprüfen. Zu den gemessenen Medikamentenspiegeln könne sie keine Stellung nehmen, da der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt nicht durch sie betreut worden sei. Er befinde sich seit Februar 2021 in ihrer Behandlung. Bezüglich der psychiatrischen Diagnosen habe sie sich an den psychiatrischen und psychosomatischen Einschätzungen orientiert und gehe von einer mittelgradigen depressiven Episode mit chronischer Schmerzstörung aus. Bei den bisher stattgefundenen Konsultationen habe sich ihr Eindruck mit dieser Einschätzung gedeckt und ein deutlicher Leidesdruck sei spürbar gewesen.

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3).

**3.3** Das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten samt interdisziplinärer Gesamtbeurteilung vom 26. Januar 2021 (AB 126.1 ff.) erfüllt – soweit die erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen betreffend – die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung gestellten Anforderungen

an Expertisen (vgl. E. 3.2 hiavor). Insbesondere basiert die Untersuchung auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet, weshalb grundsätzlich darauf abzustellen ist.

In somatischer Hinsicht ist erstellt, dass mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine beidseitige Gonarthrose sowie ein chronisches Lumbovertebralesyndrom bestehen (AB 126.1 S. 13 Ziff. 6). Daraus leitete der rheumatologische Gutachter retrospektiv ab dem 9. Mai 2017 für die bisherige Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab, wohingegen in einer angepassten, körperlich leichten, vorwiegend sitzend auszuführenden Tätigkeit mit der Möglichkeit, zwischendurch auch aufzustehen, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 16 f. Ziff. 8). Diese Einschätzung korreliert denn auch mit den (echtzeitlichen) Angaben der behandelnden Ärzte (vgl. AB 11 S. 3 Ziff. 1.6 und S. 5, 22 S. 6 Ziff. 1.13, 38 S. 8 Ziff. 4.2). Was die abweichende Einschätzung durch Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, betrifft, welcher den Beschwerdeführer zuhanden der Krankentaggeldversicherung begutachtete (vgl. rheumatologisches Gutachten vom 24. August 2018 [AB 43]) und ihm auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestierte, löste Dr. med. E. \_\_\_\_\_ diese Diskrepanz nachvollziehbar auf, indem er darauf hinwies, dass Dr. med. P. \_\_\_\_\_ im Rahmen seiner Einschätzung die Zeichen der Schmerzfehlerverarbeitung mitberücksichtigt hatte. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hingegen wies schlüssig darauf hin, dass die deutlichen Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung und Symptomausweitung nicht durch ein eigentliches rheumatologisches Krankheitsbild erklärt werden könnten, weshalb sie aus somatischer Sicht bei der Beurteilung der Funktionsstörungen und der Arbeitsfähigkeit nicht zu berücksichtigen seien. Auch die Symptomausweitung werde durch die zentral im Leben stehende Schmerzproblematik ohne therapeutische Ansätze, ein hohes Schmerzerleben sowie die Funktionsstörungen ohne adäquate somatische Erklärung charakterisiert (AB 126.1 S. 14 Ziff. 6). An der Begründetheit der Einschätzung des Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ändert deshalb nichts, dass er den Umstand übersehen hat, dass Dr. med. P. \_\_\_\_\_ von einer 80%igen Leistungsfähigkeit innerhalb eines zeitlichen Rahmens von vier bis fünf Stunden ausgegangen ist (AB 43 S. 11). Dass die Beschwerden gemäss dem

rheumatologischen Gutachter nicht einem somatischen Krankheitsbild entsprechen, leuchtet auch unter Hinweis auf das fehlende Ansprechen auf sämtliche therapeutische Massnahmen ein (S. 15 Ziff. 7.2). Verständlich zeigte der Experte sodann auf, dass die Inkonsistenzen und die fehlende Plausibilität von Beschwerden aus rheumatologischer Sicht nicht im Sinne einer Aggravation, sondern als Ausdruck einer Schmerzfehlerverarbeitung zu verstehen sind (Ziff. 7.3).

Psychiatrischerseits ist gestützt auf das spezialärztliche Gutachten erstellt, dass der Beschwerdeführer mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.0/1) leidet (AB 127.1 S. 12). Daraus leitete der Gutachter eine seit November 2018 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 30 % sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit ab (AB 127.1 S. 20 Ziff. 8). Dr. med. D.\_\_\_\_\_ begründete die gestellten Diagnosen nachvollziehbar. Dabei setzte er sich insbesondere auch mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinander und löste die diagnostischen Differenzen schlüssig auf. So hielt er etwa in Bezug auf die Tagesschläfrigkeit fest, diese werde weitgehend durch die mittelgradige obstruktive Schlafapnoe begründet (AB 127.1 S. 16 Ziff. 6.1), wobei diesbezüglich allerdings gestützt auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte unter APAP-Therapie von einer Besserung auszugehen ist (vgl. hierzu AB 93 S. 4, 107 S. 3). Ferner zeigte der psychiatrische Gutachter anhand der klassifikatorischen Vorgaben gestützt auf die klinischen Untersuchungsbefunde für den Rechtsanwender einleuchtend auf, weshalb die Voraussetzungen für das Stellen der Diagnose einer gegenwärtig leicht bis mittelgradigen depressiven Episode erfüllt sind (AB 127.1 S. 13 f. Ziff. 6.1; vgl. hierzu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 178 f.). Ebenfalls verständlich legte er dar, dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, zusätzlich zu den somatisch erklärbaren Schmerzen, nicht begründet werden kann, liessen sich doch etwa keine emotionalen Belastungen nachweisen, welche als schwerwiegend genug betrachtet werden könnten, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen zu stehen (AB 127.1 S. 13 Ziff. 6.1; vgl. DILLING/MOM-

BOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 233). Daran vermag auch die Einschätzung von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 19. April 2021 (AB 136 S. 2) nichts zu ändern, der abweichend vom Experten von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (S. 2 f.) und einer mindestens mittelgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik (S. 3 f.) ausging. Dieser Bericht enthält keine neuen Aspekte, welche im Rahmen der Begutachtung (vgl. AB 127.1) nicht gewürdigt worden wären (vgl. SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5). Überdies sind nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung die verschiedenen medizinisch-psychiatrischen Interpretationen zulässig und zu respektieren, sofern der Gutachter – wie in concreto – lege artis vorgegangen ist (statt vieler: Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 23. Mai 2019, 9C\_851/2018, E. 4.2.2 mit Hinweisen). Nebst dem Umstand, dass Dr. med. O. \_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer erst seit Februar 2021 betreut und ihr als Internistin die psychiatrische Fachkompetenz fehlt (vgl. zur Bedeutung der fachärztlichen Qualifikation der Ärzte hinsichtlich des Beweiswertes ihrer Aussagen: Entscheid des BGer vom 15. November 2021, 9C\_458/2021, E. 3.3), enthält auch ihr Bericht (BB 4), welcher ohnehin erst nach Verfügungserlass – der zeitlich massgebenden Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) – datiert, keine neuen Aspekte. Was schliesslich die beanstandete Dauer des psychiatrischen Explorationsgesprächs von 1.75 Stunden (Beschwerde S. 7 Ziff. III Ziff. 3) betrifft, kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Wie hoch dieser im Einzelfall zu veranschlagen ist, unterliegt letztlich aber der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des damit befassten Experten (SVR 2019 IV Nr. 85 S. 280 E. 6, 2017 IV Nr. 75 S. 232 E. 4.3, 2016 IV Nr. 35 S. 110 E. 3.2.2). Werden allein schon die vorliegend sorgfältig dargelegten Evaluationen anlässlich der Untersuchung betrachtet, bestehen keine Zweifel, dass sich der Gutachter die erforderliche Zeit nahm, den Beschwerdeführer zu untersuchen. Nicht ausser Acht zu lassen ist schliesslich auch, dass ein Gutachter – nach vorgängig eingehendem Aktenstudi-

um (vgl. nachfolgend) – sowohl vor als auch nach der Untersuchung selbst weitere wesentliche Arbeiten in Abwesenheit des zu untersuchenden Exploranden vornimmt und damit die Qualität seines Gutachtens herstellt; so hat hier der Experte den Beschwerdeführer denn auch nach der Exploration angerufen (AB 127.1 S. 18 Ziff. 7.3).

**3.4** Damit ist der rechtserhebliche Sachverhalt hinreichend erstellt (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I Ziff. 2). Auf weitere Abklärungen kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Gestützt auf die gutachterliche Konsensbeurteilung ist daher ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht seit 9. Mai 2017 in der bisherigen Tätigkeit 100 % arbeitsunfähig, in einer angepassten Tätigkeit hingegen grundsätzlich 100 % arbeitsfähig ist. Der psychiatrische Experte attestierte dem Beschwerdeführer seit November 2018 eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit.

Zu prüfen bleibt in Bezug auf die psychiatrischerseits attestierte 30%ige Einschränkung seit November 2018, ob anhand des strukturieren Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 der Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen ist, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416).

#### **4.**

**4.1** Der psychiatrische Sachverständige hielt fest, die Angaben des Beschwerdeführers seien während der Untersuchung oft widersprüchlich gewesen und dokumentierte diverse Inkonsistenzen: Der Beschwerdeführer klagte etwa über eine erheblichste Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit, während der 1.75 Stunden dauernden Untersuchung habe er aber einen stets sehr konzentrierten und aufmerksamen Eindruck hinterlassen. Überdies habe er berichtet, die verordneten Psychopharmaka regelmässig einzunehmen, was er nach Verordnung einer Blutkonzentrationsbestimmung resp. einem nachträglich geführten Telefongespräch korri-

gierte. Im Rahmen der Anamneseerhebung habe er angegeben, in ... aufgewachsen zu sein, im Lebenslauf stehe allerdings, er sei in ... aufgewachsen. Zudem habe dem Beschwerdeführer eine dreiviertel Stunde nach der Untersuchung auf das Handy telefoniert werden können, obwohl er angegeben habe, dieses nicht bei sich zu haben. Zudem habe er betont, den ganzen Tag auf dem Sofa zu sitzen, obwohl er einmal pro Woche mit einer ... wandern gehe (AB 127.1 S. 18 Ziff. 7.3). Gemäss gutachterlicher Einschätzung müsse aufgrund der Diskrepanzen zwischen den subjektiv geklagten und der während der Untersuchung festzustellenden Befunde zumindest von einer Verdeutlichungstendenz, wenn nicht gar von einer gewissen bewusstseinsnahen Aggravationstendenz ausgegangen werden (S. 14 Ziff. 6.1). Ob unter diesen Umständen von einem Ausschlussgrund (vgl. hierzu BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287, 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6; E. 2.3.2 hiervor) auszugehen und ein IV-rechtlicher Gesundheitsschaden in psychiatrischer Hinsicht von vornherein zu verneinen ist, kann mit Blick auf die nachstehenden Erwägungen allerdings offenbleiben, denn auch die auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren erfolgende ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens führt zu einer Verneinung einer psychisch bedingten Einschränkung (vgl. E. 2.3.4 hiervor).

**4.2** Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

**4.2.1** Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

**4.2.1.1** Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 ff.). Im Rahmen der Untersuchung konstatierte der Gutachter eine ernste und manchmal leicht bedrückte Stimmung, eine als leichtgradig eingeschränkt zu beurteilende affektive Modulationsfähigkeit und Vitalität, einen leicht auf die geklagten Beschwerden eingeeengten Gedankengang sowie zum Teil vage, diffuse und wenig fassbare Beschwerdeschilderun-

gen. Es lasse sich auch eine gewisse Dramatisierungstendenz erkennen. Der Gedankengang sei allerdings weder gehemmt, verlangsamt, noch an Ideen verarmt. Während der Dauer der gesamten 1.75 Stunden dauernden Untersuchung habe der Beschwerdeführer einen sehr konzentrierten und aufmerksamen Eindruck hinterlassen. Auffassungsstörungen oder Ermüdungszeichen liessen sich rein klinisch nicht feststellen. Hinweise für einen psychotischen Prozess lägen nicht vor (AB 127.1 S. 11 Ziff. 4.3.1). Eine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist unter diesen Umständen zu verneinen.

**4.2.1.2** Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Zur Behandlung führte der Gutachter aus, dass sich der Beschwerdeführer seit November 2018 in psychiatrischer Behandlung befinde. Im Jahre 2019 sei zudem eine teilstationäre Behandlung während mehrerer Monate erfolgt, gemäss Angaben des Beschwerdeführers auch Anfang 2020. Aktuell befinde sich der Beschwerdeführer in teilstationärer Behandlung, wobei er an zwei Vormittagen und zwei Nachmittagen während je zwei Stunden die Tagesklinik besuche. Die aktuelle teilstationäre Behandlung sei als nicht sehr intensiv zu beurteilen und dürfte wohl am ehesten im Sinne einer Tagesstrukturierung zu betrachten sein. Zu einer wesentlichen Verbesserung des Schmerzsyndroms oder der depressiven Beschwerden sei es bis heute nicht gekommen. Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs sei die Prognose als offen zu beurteilen (AB 127.1 S. 17 f. Ziff. 7.2). Es werde eine intensive Gesprächspsychotherapie mit einer Sitzungsfrequenz von mindestens einer Sitzung pro Woche empfohlen. Darüber hinaus werde auch die Weiterverordnung der bestehenden Psychopharmakotherapie empfohlen. Zwecks einer intensiveren Behandlung der depressiven Beschwerden werde auch die Verordnung eines Antidepressivums aus der SSRI-Reihe empfohlen. Unter Einhaltung dieser Massnahme könne mit grosser Wahrscheinlichkeit mit einer Verbesserung der psychischen Beschwerden und dadurch der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Die Prognose insgesamt sei jedoch als offen zu beurteilen, da aufgrund der Inkonsistenzen und zum Teil auch widersprüchlichen Angaben eine gewisse bewusstseinsnahe Aggravationstendenz nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden könne

(S. 21 f. Ziff. 8). In diesem Sinne kann offenkundig nicht von einer Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten bzw. einer ausgewiesenen Behandlungsresistenz die Rede sein.

**4.2.1.3** Betreffend den Indikator Komorbidität (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) konnten keine schwerwiegenden psychischen Komorbiditäten festgestellt werden (AB 127.1 S. 19 Ziff. 7.4). In somatischer Hinsicht liegen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine beidseitige Gonarthrose und ein chronisches Lumbovertebralsyndroms vor (AB 126.1 S. 13 Ziff. 6). Damit kann eine geringfügige Wechselwirkung zumindest nicht ausgeschlossen werden.

**4.2.2** Was den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) anbelangt, hielt der Gutachter zwar fest, es liessen sich während der Untersuchung akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge erkennen (AB 127.1 S. 15 Ziff. 6.1). Psychopathologien, welche als Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gewertet werden könnten, liessen sich nicht nachweisen (S. 19 Ziff. 7.4).

**4.2.3** Zum Komplex „Sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) hielt der Psychiater fest, der Beschwerdeführer lebe mit seiner Ehefrau und den beiden Kindern in einer 4.5-Zimmerwohnung. Die Beziehung mit seiner Frau sei gut, auch mit seinen Kindern verstehe er sich gut, er unternehme aber momentan nichts mit ihnen. Er habe keine guten Freunde. Bereits früher habe er (allerdings) lediglich Kontakt mit seinen Arbeitskollegen gehabt, doch mit ihnen habe er keinen Kontakt mehr. Sein Hobby sei der .... Bis zu seinem Unfall 2017 habe er ... gespielt. Er lese weder die Zeitung noch Bücher und habe ausgeführt, er sei einfach gerne im Bett. Er habe vorgebracht, im Moment nichts gerne zu machen. Mit dem Computer mache er nicht viel. Er mache in einer Gruppe einmal wöchentlich während 25 Minuten .... Manchmal sei er mit der Familie zusammen, manchmal aber auch allein (AB 127.1 S. 8 f. Ziff. 3.2.7). Mit der Mutter pflege er eine gute Beziehung, sie komme ab und zu in die Schweiz (S. 7 Ziff. 3.2.3). Mit den beiden leiblichen Geschwistern pflege er eine gute Beziehung. Mit den beiden Halbbrüdern und der Halbschwester habe er ebenfalls eine gute Beziehung, jedoch nicht eine sehr enge, sie telefonierten einander manchmal (Ziff. 3.2.4). Der Beschwerdeführer könne sozial als lediglich knapp gut

integriert gelten (S. 17 Ziff. 7.1). Mit Blick darauf hält das soziale Umfeld zumindest gewisse – wenn auch bloss geringe – Ressourcen bereit.

**4.3** Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie „Konsistenz“. Darunter fallen verhaltensbezogene Kriterien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

**4.3.1** In Bezug auf die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) hielt der Experte fest, dies könne aufgrund der sehr vielen Inkonsistenzen und zum Teil Widersprüchlichkeiten in den Angaben des Beschwerdeführers nicht beurteilt werden. Überdies habe er beispielsweise beim Gespräch über den Tagesablauf lediglich äusserst vage und kaum fassbare Angaben gemacht (AB 127.1 S. 19 Ziff. 7.3). Aufgrund der Diskrepanzen zwischen den subjektiv geklagten und der während der aktuellen Untersuchung festzustellenden Befunde müsse zumindest von einer Verdeutlichungstendenz, wenn nicht gar von einer gewissen bewusstseinsnahen Aggravationstendenz ausgegangen werden (S. 14 Ziff. 6.1).

**4.3.2** Was den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck und in diesem Zusammenhang die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen betrifft (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), bemerkte der Experte, von einer Nicht-Inanspruchnahme von medizinisch-therapeutischen Leistungen könne nicht gesprochen werden. Der Beschwerdeführer befinde sich seit November 2018 in ununterbrochener psychiatrischer Behandlung. Seither könne aus psychiatrischer Sicht von einem ausgewiesenen Leidensdruck gesprochen werden (AB 127.1 S. 19 Ziff. 7.3). Gleichzeitig führte der Experte allerdings aus, es müsse davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer nicht sämtliche der ihm verordneten Psychopharmaka regelmässig einnehme (S. 15 Ziff. 6.1). An dieser Einschätzung vermag auch der Bericht von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ (BB 4) nichts zu ändern (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III Ziff. 3), befand sich der Beschwerdeführer doch erst seit Februar 2021 in ihrer Behandlung und nicht bereits im Zeitpunkt der Begutachtung am 17. Dezember 2020 (AB 127.1 S. 3 Ziff. 1.3.3). Die Beschwerdegegnerin wies überdies zutreffend daraufhin (Beschwerdeantwort S. 2 lit. C Ziff. 3), dass gemäss Dr. med. M. \_\_\_\_\_ das Duloxetin denn auch nur reduziert und nicht – wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht (vgl. AB 127.1 S. 15 Ziff. 6.1)

– vollständig abgesetzt worden sei. Dies stimmt denn auch mit dem Austrittsbericht des Zentrums L. \_\_\_\_\_ (AB 138 S. 2) überein, wonach der Beschwerdeführer das Duloxetin seit dem 3. November 2020 täglich einnehme, weshalb das vollständige Absetzen nicht nachvollziehbar ist. Zudem hielt der Gutachter fest, dass sich der Wert für das Amitriptylin unterhalb des unteren Normwertes befunden habe (AB 127.1 S. 14 Ziff. 6.1; vgl. hierzu auch AB 127.2). Damit ist von einer nicht regelmässigen Medikamenteneinnahme auszugehen. Der psychiatrische Gutachter empfahl ferner eine intensive Gesprächspsychotherapie mit mindestens einer Sitzung pro Woche, die Weiterverordnung der bestehenden Psychopharmakotherapie sowie zwecks intensiverer Behandlung der depressiven Beschwerden die Verordnung eines Antidepressivums aus der SSRI-Reihe (AB 127.1 S. 21 Ziff. 8). Unter Berücksichtigung dieser Umstände ist folglich höchstens von einem leichten behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck auszugehen.

**4.4** In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund ist auf die psychiatrisch attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Optik nicht abzustellen. Dies steht im Einklang mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung, wonach grundsätzlich nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinn sein kann. Denn eine – wie vorliegend – leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten liesse sich ohnehin nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Mithin ist der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 55).

In somatischer Hinsicht ist nach dem in E. 3.4 hiavor Dargelegten erstellt, dass in der bisherigen Tätigkeit seit 9. Mai 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorliegt. Zwischen der Begutachtung und dem massgebenden Zeitpunkt der IV-Verfügung ist im Übrigen keine wesentliche Veränderung erkennbar.

Gestützt auf diese somatische Einschränkung ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

## **5.**

**5.1** 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**5.2** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2021 UV Nr. 26 S. 125 E. 6.1).

**5.3** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2021 Nr. 51 S. 168 E. 3.2).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand

ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

**5.4** Der Beschwerdeführer meldete sich im Oktober 2017 zum Leistungsbezug an (AB 1). Unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG und der Voraussetzung, wonach während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % bestanden haben muss (sog. Wartejahr; Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG), fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf Mai 2018, begann doch das Wartejahr mit der erstmals ab 9. Mai 2017 attestierten Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 4.4 hiervor) zu laufen, weshalb auf diesen Zeitpunkt hin ein Einkommensvergleich vorzunehmen ist.

**5.5** Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit weiterhin in seiner seit Januar 2002 (vgl. AB 10, 16.4 Ziff. 3, 24 S. 1 Ziff. 2.1) innegehabten Tätigkeit als ... bei der Q.\_\_\_\_\_ AG tätig wäre. Deshalb ist zur Bestimmung des Valideneinkommens auf das Einkommen abzustellen, welches er im Zeitpunkt des Rentenbeginns (Mai 2018) bei der Q.\_\_\_\_\_ AG erzielt hätte (vgl. E. 5.2 hiervor). Gemäss Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin erzielte er ein monatliches Einkommen von Fr. 5'725.-- zuzüglich 13. Monatslohn (AB 24 S. 4 Ziff. 5.1). Daraus resultierte indexiert pro 2018 (BFS, Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer 2016-2020, Ziff. 41-43 [Baugewerbe/Bau], 2017: 100.7,

2018: 101.2) ein Valideneinkommen von Fr. 74'794.55 ( $13 \times \text{Fr. } 5'725.-- / 100.7 \times 101.2$ ). Selbst wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers auf das in den Jahren 2014 bis 2016 durchschnittlich erzielte, auf das Jahr 2018 indexierte (BFS, Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer 2011-2020, Ziff. 41-43 [Baugewerbe/Bau], 2014: 102.8, 2018: 103.8) Einkommen von Fr. 78'386.15 ( $\{\{\text{Fr. } 78'219.-- + \text{Fr. } 77'762.-- + \text{Fr. } 76'912.--\}; \text{vgl. AB 40 S. 2}\} / 3\} / 102.8 \times 103.8$ ) abgestellt würde (vgl. Beschwerde S. 8 Ziff. III Ziff. 3), änderte dies im Ergebnis nichts, wie nachfolgend unter E. 5.6 aufzuzeigen sein wird.

Zur Bestimmung des Invalideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf die LSE 2018, Tabelle TA1, Total, Männer, Kompetenzniveau 1, ab, was denn auch vom Beschwerdeführer zu Recht nicht bestritten wird, bewertet er doch seine Restarbeitsfähigkeit nicht. Daraus resultiert angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit (vgl. Tabelle „Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche“ des BfS, Total) ein Betrag von Fr. 67'776.65 ( $\text{Fr. } 5'417.-- \times 12 / 40 \times 41.7$ ). Der von der Beschwerdegegnerin zugestandene leidensbedingte Abzug von 15 % trägt allen einkommensbeeinflussenden Aspekten Rechnung (vgl. E. 5.3 hier vor). Es besteht somit kein Anlass, in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen. Folglich beträgt das Invalideneinkommen Fr. 57'611.65.

**5.6** Bei einem maximalen Valideneinkommen von Fr. 78'386.15 und einem Invalideneinkommen von Fr. 57'611.65 resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 f. S. 123) höchstens 27 % ( $[\text{Fr. } 78'386.15 - \text{Fr. } 57'611.65] \times 100 / \text{Fr. } 78'386.15$ ), womit der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine IV-Rente hat (vgl. E. 2.4 hier vor).

## 6.

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 11. Mai 2021 (AB 140) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## 7.

**7.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**7.2** Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öf-

fentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.