

GR_GERICHTE SV1 2025 39 vom 24. September 2025

GR Gerichte, 2025-09-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_SV1_2025_39

FR: GR_GERICHTE SV1 2025 39 du 24 septembre 2025

IT: GR_GERICHTE SV1 2025 39 del 24 settembre 2025

Regeste

Versicherungsleistungen nach IVG | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Nach Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14. Juli 2025 stellt eine solche anfechtbare Verfügung der Invalidenversicherung und folglich ein taugliches Anfechtungsobjekt für ein Verfahren vor dem Obergericht des Kantons Graubünden dar. Die sachliche Zuständigkeit des Obergerichts ergibt sich aus Art. 57 ATSG (SR 830.1) i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG (BR 370.100). Als Adressat der strittigen Verfügung ist der Beschwerdeführer davon berührt und er weist ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung auf (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 38 f. sowie Art. 61 lit. b ATSG). Darauf ist somit einzutreten.

E. 2

Streitgegenstand bildet die Frage des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers, welcher angesichts der Anmeldung im Dezember 2023 gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. Juni 2024 (d.h. sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs) entstände, sofern bis dahin das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt gewesen wäre. Umstritten ist, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt oder nicht.

E. 3

In Bezug auf das anwendbare Recht ist festzuhalten, dass seit dem 1. Januar 2022 die revidierten Bestimmungen des IVG (sowie des ATSG) und der IVV (SR 831.201) in Kraft sind (Weiterentwicklung der IV). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich

E. 4

Soweit der Beschwerdeführer die Unabhängigkeit des psychiatrischen Gutachters Dr. med. B._____ in Frage stellt (vgl. act. A.1 S. 5 und S. 7), zielt sein Einwand – wie nachfolgend dargelegt wird – ins Leere.

E. 4.1

Im Allgemeinen gilt in diesem Zusammenhang, dass Personen, die Entscheidungen über Rechte und Pflichten zu treffen oder vorzubereiten haben, darunter auch Sachverständige, im Verwaltungsverfahren in den Ausstand treten müssen, wenn sie in der Sache ein

persönliches Interesse haben oder aus anderen Gründen befangen sein könnten (Art. 29 Abs. 1 BV; Art. 36 Abs. 1 ATSG; vgl. auch Art. 10 Abs. 1 VwVG [SR 172.021] und Art. 34 BGG i.V.m. Art. 19 VwVG und Art. 58 Abs. 1 BZP [SR 273]; BGE 137 V 210 E. 2.1.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2019 vom

E. 4.2

Vorliegend macht der Beschwerdeführer geltend, es sei störend, dass Dr. med. B. _____ mehrfach die Qualitäten von Dr. med. C. _____ in Frage stelle und sich gar abwertend über sie äussere. Dies sei wenig professionell und disqualifiziere ihn schlussendlich selbst (vgl. act. A.1 S. 5 und S. 7). Dass sich Dr. med. B. _____ abwertend über Dr. med. C. _____ äusserte, geht aus dem Gutachten nicht hervor. Stattdessen hielt Dr. med. B. _____ einzig fest, dass Dr. med. C. _____ laut dem Ärzteverzeichnis der FMH (Stand: 25. Januar 2025) nicht Psychiaterin sei, sondern einen Facharzttitel für Allgemeine Innere Medizin mit dem interdisziplinären Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin habe. Ihre Berichte seien somit keine psychiatrischen Berichte (vgl. IV-act. 54 S. 48). Dies trifft nachweislich zu (vgl. Ärzteverzeichnis der FMH, abrufbar unter www.doctorfmh.ch) und lässt daher nicht auf eine unzulässige Voreingenommenheit schliessen. Weiter hielt er fest, dass Dr. med. C. _____ zwar Oberärztin, aber nicht Psychiaterin sei, weshalb es sich formal auch nicht um eine psychiatrische Behandlung handle (vgl. IV-act. 54 S. 53). Inwiefern damit die Objektivität der Beurteilung von Dr. med. B. _____ in Frage stehen sollte, ist nicht ersichtlich. Im Weiteren setzte sich Dr. med. B. _____ in seinem Gutachten ausführlich mit den Berichten von Dr. med. C. _____ auseinander und zeigte dabei in sachlicher Weise auf, inwiefern er ihren Einschätzungen nicht folgen konnte (vgl. IV-act. 54 S. 46 ff.). Dass der Gutachter – wie der Beschwerdeführer vorbringt – sich hauptsächlich damit begnügt hätte, die Fachkompetenz von Dr. med. C. _____ in Frage zu stellen, verfängt somit nicht. Gleichsam zielt auch der Einwand, es handle sich beim Gutachten von Dr. med. B. _____ um ein Gefälligkeitsgutachten für die Beschwerdegegnerin, ins Leere. Dass das psychiatrische Gutachten vom 30. Januar 2025 in unsachlichem Duktus verfasst worden wäre oder sonstige Umstände vorliegen würden, welche den Anschein der Befangenheit zu begründen vermöchten, sind weder ersichtlich noch

6 / 25 werden solche vom Beschwerdeführer geltend gemacht. Entgegen dessen Ansicht fehlt Dr. med. B. _____ somit nicht die erforderliche Unabhängigkeit. 5.1. Im Allgemeinen setzt der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung unter anderem voraus, dass die versicherte Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist. Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (vgl. ferner Art. 4 IVG). 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 Satz 1 ATSG). 5.2. Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachpersonen zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben. Dies bedeutet in erster Linie, mit den

Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchungen unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet bzw. nimmt sie dazu Stellung, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Insoweit sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.1 f., 140 V 193 E. 3.1 f. und 132 V 93 E. 4; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_569/2021 vom 2. Februar 2022 E. 3.2.2, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.4 und 8C_47/2021 vom 18. März 2021 E. 5.2.3). 5.2.1. Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies

7 / 25 bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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 (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 und 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_458/2024 vom 2. Mai 2025 E. 2.3.2, 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E. 3.2 und 8C_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E. 4.1). 5.2.2. 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 (BGE 125 V 351 E. 3a und 122 V 157 E. 1c). Allerdings kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden, soweit er vorbringt, beim Gutachten von Dr. med. B._____ vom 30. Januar 2025 handle es sich lediglich um eine Parteibehauptung oder um eine versicherungsinterne ärztliche Beurteilung. Vielmehr ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens (nach Art. 44 ATSG) 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, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4 und 125 V 351 E. 3b/bb; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 8C_458/2024 vom 2. Mai 2025 E. 2.3.2, 9C_290/2022 vom 11. Januar 2023 E. 3, 8C_166/2022 vom 13. Oktober 2022 E. 4.1.1 und 8C_213/2022 vom 4. August 2022 E. 2.3). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll die Richterperson auch der Erfahrungstatsache

Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 und 125 V 351 E. 3b/cc). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und von

8 / 25 Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (vgl. dazu BGE 124 I 170 E. 4) andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen oder Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben immerhin die Fälle, in denen sich eine vom (amtlichen) Gutachten abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte wichtige – nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 f.; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_317/2024 vom 22. Januar 2025 E. 6.2, 8C_350/2023 vom 5. Juni 2024 E. 4, 8C_502/2022 vom 17. April 2023 E. 5.1, 8C_80/2022 vom 4. Mai 2022 E. 4 und 8C_787/2021 vom 23. März 2022 E. 11.2.2).

5.2.3. Die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung erfolgt bei somatoformen Schmerzstörungen (vgl. BGE 141 V 281) wie auch bei sämtlichen psychischen Störungen (vgl. BGE 143 V 409 und 418) nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnosestellung anhand eines strukturierten Beweisverfahrens anhand der sogenannten Standardindikatoren. Im strukturierten Beweisverfahren ist der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung sogenannter Indikatoren zu erbringen (vgl. KSIR, Stand: 1. Januar 2025, Rz. 1105). Die Kategorie "funktioneller Schweregrad" umfasst den Komplex "Gesundheitsschädigung" (mit den Indikatoren "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde", "Behandlungserfolg oder -resistenz", "Eingliederungserfolg oder -resistenz" und "Komorbiditäten"), den Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und den Komplex "Sozialer Kontext". Die Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) umfasst die Komplexe "Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" und "Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3; KSIR, Rz. 1105). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist (vgl. BGE 145 V 215 E. 7 und 143 V 418 E. 7.1; siehe dazu auch Urteile des Bundesgerichts 8C_560/2023 vom 18. Januar 2024 E. 7.4.2, 9C_38/2022 vom 24. Mai 2022 E. 4.6, 9C_587/2021 vom 31. Januar 2022 E. 4.1 und 9C_197/2018 vom 5. Juni 2018 E. 7). Hat sich die sachverständige Person bei der Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 orientiert und genügt ihr Gutachten den allgemeinen Anforderungen an den Beweiswert ärztlicher Berichte (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1), sind die darin

E. 9

/ 25 formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit von den Organen der Rechtsanwendung grundsätzlich zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.2 und 141 V 281 E. 5.2.3; Urteile des Bundesgerichts 9C_389/2022 vom 3. Mai 2023 E. 2.3.2, 9C_293/2021 vom 23. Dezember 2021 E. 2.3, 9C_307/2017 vom 11. Januar 2018 E. 5.1.2 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.5; siehe auch BGE 144 V 50 E. 4.3). Eine solche liegt aber nicht vor,

wenn der Versicherungsträger und im Beschwerdefall das Gericht anhand der medizinischen Indikatorenprüfung die massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung eines stimmigen Gesamtbildes schlüssig abhandeln und nachweisen, wo die ärztlichen Darlegungen nicht mit den normativen Vorgaben übereinstimmen (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.1.1; SVR 2021 IV Nr. 47 S. 151; Urteile des Bundesgerichts 8C_773/2023 vom 1. Mai 2024 E. 5.2 f., 9C_293/2021 vom 23. Dezember 2021 E. 2.3 und 8C_407/2020 vom 3. März 2021 E. 5.2). 6. Vorliegend verneinte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 14. Juli 2025 einen Anspruch auf eine Invalidenrente, da beim Beschwerdeführer kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Hierbei stützte sie sich im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. B._____ vom 30. Januar 2025 ab (vgl. IV-act. 54). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers handelt es sich hierbei nicht um ein Parteigutachten, sondern um ein von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholtes Gutachten eines externen Spezialarztes, welchem gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung – wie bereits in vorstehender Erwägung 5.2.2 dargelegt – volle Beweiskraft zukommt, solange nicht konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen. Dies gilt es nachfolgend zu prüfen. 7. Mit Blick auf die allgemeinen Beweisforderungen (vgl. vorstehende Erwägungen 5.2.1 ff.) ist festzustellen, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. B._____ vom 30. Januar 2025 (Explorationsdatum: 18. Dezember 2024; Dauer: rund zwei Stunden) in Kenntnis der Akten (vgl. IV-act. 54 S. 4 ff.), der vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden und dem Krankheitsverlauf ergangen ist (vgl. IV-act. 54 S. 19 ff.). Es basiert auf eigenen klinischen, testologischen und laborchemischen Untersuchungen (vgl. IV-act. 54 S. 39 ff.) und Dr. med. B._____ nahm zu den streitigen Belangen Stellung (vgl. IV-act. 54 S. 56 ff.). Soweit der Beschwerdeführer die Qualität des Gutachtens insoweit in Zweifel zieht, als der Gutachter von der Einholung fremdanamnestischer Auskünfte bei den involvierten Ärzten abgesehen habe (vgl. act. A.1 S. 5 f.), ist ihm entgegen zu halten, dass das

E. 9.1

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers orientierte sich der Gutachter Dr. med. B._____ – wie nachfolgend dargelegt wird – an den normativen Vorgaben von BGE 141 V 281 bzw. am sogenannten strukturierten Beweisverfahren (vgl. dazu vorstehende Erwägung 5.2.3).

E. 9.1.1

Zum Komplex "Gesundheitsschädigung" (mit den Indikatoren "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde", "Behandlungserfolg oder -resistenz", "Eingliederungserfolg oder -resistenz" und "Komorbiditäten") der Kategorie "funktioneller Schweregrad" kann vorab auf den bereits erwähnten, gutachterlichen Untersuchungsbefund verwiesen werden, welchen Dr. med. B._____ eindeutig im Zusammenhang mit der sowohl vom Beschwerdeführer als auch in den Akten beschriebenen psychosozialen Belastungssituation einordnete (vgl. vorstehende

E. 9.1.2

Zum Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) der Kategorie "funktioneller Schweregrad" hielt Dr. med. B._____ in seinem Gutachten fest, in den Akten fänden sich keine Hinweise für Auffälligkeiten der Persönlichkeit, eine Persönlichkeitsakzentuierung oder gar eine Persönlichkeitsstörung. Die berufliche und

soziale Anamnese des Beschwerdeführers spreche ganz eindeutig dagegen, dass er an einer gravierenden Persönlichkeitsstörung leiden würde, die einen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (gehabt) haben könnte. Vielmehr spreche seine berufliche und soziale Anamnese für sehr gute Ressourcen, gerade auch auf Ebene der

17 / 25 Persönlichkeit, für eine hohe Flexibilität und Anpassungsfähigkeit sowie für sehr gute soziale Fertigkeiten (vgl. IV-act. 54 S. 49 und S. 55).

E. 9.1.3

Zum Komplex "Sozialer Kontext" der Kategorie "funktioneller Schweregrad" vermerkte Dr. med. B._____ in seinem Gutachten, dass der Beschwerdeführer alleine wohne. Die Beziehung zu seiner Tochter sei gut, sie sei jetzt in I._____. Er sei vor kurzem bei ihr gewesen und sie würde ihn im Januar auch besuchen. Mit den beiden Freunden in J._____ habe er ziemlich viel Kontakt, sie würden jeden Tag telefonieren und er sei jetzt auch gerade drei Tage bei ihnen in J._____ gewesen. Sonst habe er keine Freunde oder Kollegen, die er regelmässig sehe. Er habe noch mit seinen zwei Brüdern telefonisch Kontakt, vielleicht würden sie ihn an Weihnachten auch besuchen. Die Eltern lebten nicht mehr (vgl. IV-act. 54 S. 49). Der Beschwerdeführer verfügt also durchaus über ein gewisses soziales Netzwerk. Als Belastungsfaktor sieht Dr. med. B._____ allerdings den Umstand, dass der Beschwerdeführer zwar eigentlich keine Schulden, aber seit Corona Ärger habe. Es gehe um einen Corona-Kredit [...]. Zu den bereits bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. dazu die Ausführungen in den vorstehenden Erwägungen 8.2.1 f.) kommt damit gemäss Dr. med. B._____ ein weiterer Belastungsfaktor hinzu (vgl. IV-act. 54 S. 49). Praxisgemäss spielt es keine Rolle, dass – wie vorliegend (vgl. dazu vorstehende Erwägungen 8.2.1 f.) – psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren bei der Entstehung einer Gesundheitsschädigung einen wichtigen Einfluss gehabt hatten, sofern sich inzwischen ein eigenständiger invalidisierender Gesundheitsschaden entwickelt hat. Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren sind aber insoweit auszuklammern, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kausalen versicherten Aspekte zu umschreiben. Mit anderen Worten finden soziale Faktoren keine Berücksichtigung, sobald sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen. Eine krankheitswertige Störung muss folglich umso ausgeprägter vorhanden sein, je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren das Beschwerdebild mitprägen. Wohl überschneiden sich krankheitswertige psychische Störungen sowie psychosoziale und soziokulturelle Aspekte oftmals. Ob dabei aber ein verselbstständiger Gesundheitsschaden vorliegt, ist im Rahmen des mit BGE 141 V 281 eingeführten strukturierten Beweisverfahrens zu prüfen, indem die betreffenden Umstände und ihre Entwicklung als Ressourcen oder Belastungsfaktoren in den Komplexen "Persönlichkeit" und "sozialer Kontext" bewertet werden. Soziale Belastungen, die direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, sind aber nicht vorab und losgelöst von der Indikatorenprüfung, sondern in deren Rahmen im Gesamtkontext zu würdigen. Dabei werden die funktionellen

18 / 25 Folgen von Gesundheitsschädigungen durchaus auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen (Urteile des Bundesgerichts 8C_481/2024 vom 4. März 2025 E. 5.2.1 und 8C_441/2024 vom 31. Januar 2025 E. 6.1, je m.w.H.). Was die psychosozialen Belastungsfaktoren anbelangt, stellte Dr. med. B._____ in seinem Gutachten ausweislich der Sachlage nachvollziehbar fest, im Vordergrund der spontan vorgebrachten Klagen stünden die psychosoziale Belastungssituation sowie die

Schwierigkeiten im Umgang damit (vgl. IV-act. 54 S. 52; vgl. dazu auch die Ausführungen in den vorstehenden Erwägungen 8.2.1 f.). Der Beschwerdeführer leide an einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, verursacht durch eine über lange Zeit deutlich ungenügende Work-Life-Balance, vor allem aber auch über gravierende psychosoziale Belastungsfaktoren (schwierige, sehr unregelmässige Auslastung des Betriebes, Schwierigkeiten mit Mitarbeitern, auf die sich der Beschwerdeführer teilweise nicht ganz verlassen könne, drohende Rückforderung eines Corona-Kredites durch den Kanton). Durch die aktuelle niederfrequente Behandlung im Ambulatorium der E._____ und dem regelmässigen Besuch der Tagesklinik an einem Tag in der Woche sei es dem Beschwerdeführer ein Stück weit gelungen, eine bessere Work-Life-Balance zu leben (vgl. auch IV-act. 54 S. 45). Die psychosozialen Belastungsfaktoren bestünden aber weiter, hätten weiterhin einen gewissen Einfluss, könnten aber durch eine psychiatrische Behandlung auch nicht wirklich beeinflusst werden (vgl. IV-act. 54 S. 56 f.). Insofern würdigte Dr. med. B._____ diese im Einklang mit der Rechtsprechung im Gesamtkontext und schrieb ihnen direkt negative funktionelle Folgen zu.

E. 9.1.4

Was sodann die Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) und den darin zu prüfenden Komplex "Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" anbelangt, hielt Dr. med. B._____ fest, die Angaben des Beschwerdeführers zu Aktivitäten und Einschränkungen seien widersprüchlich. So habe er beispielsweise angegeben, dass er einfach zu Hause bleiben und nirgendwo hingehen würde, da ihn auch nichts interessiere. Andererseits habe er berichtet, dass er Musik spielen würde und ein Mischpult habe. Er höre auch gerne Jazz und Blues, eigentlich jegliche Art von Musik. Dies tue ihm gut. Ausserdem habe er angegeben, dass er regelmässig mit dem Hund spazieren gehe und bei Freunden in J._____ gewesen sei, was aber eine Ausnahme gewesen sei. Allerdings habe er auch berichtet, dass er zu seiner Tochter nach I._____ gegangen und in der Zwischensaison drei Wochen in K._____

19 / 25 gewesen sei, wo er ein Haus am Fluss habe. Darüber hinaus habe er angegeben, sich maximal zwei Stunden voll konzentrieren oder auf den Füessen stehen zu können. Danach sei er müde und müsse liegen. Er könne sich sicher nicht mehr so konzentrieren, wie es einmal gegangen sei. So könne er beispielsweise nicht mehr eine ganze Nacht oder einen ganzen Tag mit dem Auto irgendwo hinfahren. Nach ein paar Stunden müsse er es lassen. Früher habe er von morgens um 9 Uhr bis zur Sperrstunde gearbeitet. Jetzt komme er um 10 Uhr und gehe um 14 Uhr. Bei der Schilderung des Tagesablaufes habe er dann aber angegeben, dass er um 14 Uhr mit dem Hund spazieren gehe würde, bevor er sich hinlege und 40 Minuten ganz intensiv schlafe. Danach gehe er wieder mit dem Hund und wenn es notwendig sei, gehe er noch einmal rauf (um zu arbeiten; Anmerkung des Gerichts) oder auch nicht. Oben mache er Kontrolle und wenn er oben bleibe, müsse er auch etwas mit den Gästen Kontakt haben oder abrechnen. Wenn es länger gehe, rechne er die Kasse ab. Um 20.30 Uhr sei die Küche fertig. So um 20 Uhr oder 20.30 Uhr habe er Feierabend, wenn er oben sei. Nach Auffassung von Dr. med. B._____ spricht dies nun aber dafür, dass der Beschwerdeführer gelegentlich länger arbeite als nur die vier zuerst von ihm genannten Stunden und dass dies nicht etwa von einer Krankheit abhängig sei, sondern davon, ob es notwendig sei oder nicht (vgl. IV-act. 54 S. 57 f. und S. 50). Dies erscheint plausibel. Weiter hielt Dr. med. B._____ fest, der Beschwerdeführer berichte, dass er grosse Probleme mit der Konzentration habe und vergesslich sei. Gleichzeitig berichte er aber auch, dass er

die Bestellungen schreiben müsse. Er habe zwar zwei Köche, aber es sei keiner davon fähig, wirklich alles zu bestellen. Wenn er oben sei und einer von 1000 Artikeln fehle, könne er diesen nirgends mehr kaufen. Er mache die Bestellungen daher immer selber bzw. kontrolliere diese. Dr. med. B. _____ leitete daraus nachvollziehbar ab, dass sich der Beschwerdeführer die Bestellungen offenbar besser zutraue als den beiden Köchen, was nicht unbedingt für gravierende Einschränkungen der Konzentration oder des Gedächtnisses spreche (vgl. IV-act. 54 S. 58 und S. 50 f.). Schliesslich wies Dr. med. B. _____ darauf hin, dass der Beschwerdeführer eine grosse Müdigkeit erwähne. Er sei auch tagsüber müde, schon am Morgen. Zu 90 % schlafe er tagsüber. Allerdings habe er auch berichtet, dass er sich wieder einen Hund zugelegt habe, damit er nicht gleich ins Bett, sondern rausgehe, was er jetzt auch tue. Der Hund müsse ja raus, sonst sei er nachher verrückt. Dr. med. B. _____ schloss darauf, dass die Müdigkeit doch nicht so gross sei, oder mit einem Spaziergang überwunden werden könne, jedenfalls spreche dies dafür, dass der Beschwerdeführer wohl eher nicht an 90 % der Tage um 14 Uhr schlafen gehe (vgl. IV-act. 54 S. 58 und S. 51). Allerdings habe er mit dem Schlafapnoesyndrom auch einen gewichtigen Grund für die Schlafstörungen und die Tagesmüdigkeit. Das genaue Ausmass der dadurch bedingten

20 / 25 Einschränkungen könne aber nicht festgelegt werden, weil die diesbezüglichen Angaben widersprüchlich seien (vgl. IV-act. 54 S. 51 und S. 58). Dr. med. B. _____ schloss daraus, dass der Beschwerdeführer zwar über verschiedene doch deutliche Schwierigkeiten, Einschränkungen und Symptome geklagt, er aber vieles im weiteren Gespräch wieder stark relativiert habe. Aus den Schilderungen des Beschwerdeführers zum Tagesablauf und zu den übrigen Aktivitäten müsse man letztlich schliessen, dass keine relevanten Einschränkungen bestünden. Der Beschwerdeführer nehme sich mehr Freizeit, habe wohl eine bessere Work-Life-Balance, worauf ja auch die Behandlung in der Tagesklinik abzielen scheine (vgl. IV-act. 54 S. 51 und S. 58). Diese gutachterliche Beurteilung ist nachvollziehbar.

E. 9.1.5

Zum Komplex "Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" der Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) hielt Dr. med. B. _____ in seinem Gutachten sodann fest, es falle auf, dass lediglich eine ambulante Behandlung am Ambulatorium der E. _____ in grossen Abständen dokumentiert sei. Zudem sei die Behandlerin zwar Oberärztin, aber nicht Psychiaterin, weshalb es sich formal auch nicht um eine psychiatrische Behandlung handle (vgl. IV-act. 54 S. 53). Sodann sei das Medikament, welches der Beschwerdeführer nach seinen Angaben regelmässig einnehme, in seinem Blut nicht nachweisbar. Der Beschwerdeführer habe zwar angegeben, dass er es manchmal vergessen würde; er habe aber explizit auch angegeben, dass er es am Untersuchungstag eingenommen habe. Dr. med. B. _____ schloss daraus, dass der Beschwerdeführer nicht davon ausgehe, von einer antidepressiven medikamentösen Behandlung profitieren zu können, was bedeute, dass der Leidensdruck möglicherweise nicht gross genug sei, dass allfällige Nebenwirkungen in Kauf genommen würden (vgl. IV-act. 54 S. 56 und S. 51 f.). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die Nichteinnahme des Medikaments sei unbelegt, kann ihm unter Hinweis auf die Ergebnisse der Laboruntersuchung vom 18. Dezember 2024 nicht gefolgt werden (vgl. IV-act. 54 S. 63 ff. und S. 52). Auch ist die geltend gemachte depressionsbedingte Vergesslichkeit im Lichte der erwähnten Kontrolltätigkeit des Beschwerdeführers im Betrieb und der erhaltenen

Fähigkeit, die Bestellungen zu schreiben, damit nichts vergessen gehe, zu relativieren. Was sodann den eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck anbelangt, hielt Dr. med. B._____ in seinem Gutachten fest, gemäss dem Verlaufsprotokoll Eingliederung vom 14. August 2024 könne im Bereich Eingliederung keine Unterstützung geboten werden, der Beschwerdeführer habe

21 / 25 seine Tätigkeit 1:1 ersetzt. Gemäss Info des Jobcoaches möchte/benötige der Beschwerdeführer keine Unterstützung in der beruflichen Eingliederung (vgl. IV- act. 54 S. 47; vgl. auch IV-act. 34 S. 4 f., wonach der Beschwerdeführer gemäss dem Verlaufsprotokoll Eingliederung keine Unterstützung in Form eines Jobcoachings wollte bzw. er nach Angaben des Jobcoaches nicht wollte, dass die internen Abläufe eingesehen werden). Insofern ist sowohl der behandlungs- als auch der eingliederungsanamnestische Leidensdruck zu relativieren.

E. 9.2

Wenn Dr. med. B._____ anhand der vorerwähnten Indikatoren zum Schluss gelangt, die Kriterien eines selbstständigen, von psychosozialen Faktoren unabhängigen psychischen Leidens von Krankheitswert seien nicht erfüllt und die Anpassungsstörung begründe keine anhaltenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 54 S. 59, S. 56 und S. 51), so erscheint dies im Rahmen einer Gesamtbetrachtung durchaus nachvollziehbar und schlüssig. Soweit der Beschwerdeführer die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit dadurch in Zweifel zu ziehen versucht, dass er gemäss dem aktenkundigen Arbeitsunfähigkeitszeugnis der E._____ vom 25. Februar 2025 nachweislich noch immer zu 50 % arbeitsfähig sei (vgl. act. A.1 S. 6), ist in genereller Weise darauf hinzuweisen, dass die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt. Die psychiatrische Exploration eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern der Experte – wie vorliegend – lege artis vorgegangen ist (BGE 145 V 361 E. 4.1.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_18/2020 vom 19. Mai 2020 E. 4.1). Dr. med. B._____ selbst begründete die Abweichung von der Einschätzung von Dr. med. C._____ zudem vor allem damit, dass er nach dem strukturierten Beweisverfahren vorgehen musste (vgl. IV-act. 54 S. 53). Das heisse vereinfacht gesagt, dass er differenziert zur Konsistenz habe Stellung nehmen, den Einfluss von psychosozialen Belastungsfaktoren habe ausschliessen und auch die Frage habe beantworten müssen, ob alle sinnvollen therapeutischen Optionen ausgeschöpft seien. Vorliegend sei aber die Konsistenz nicht gegeben und psychosoziale Belastungsfaktoren hätten einen sehr grossen Einfluss, wie auch Dr. med. C._____ immer wieder betone. Auch könne man nicht davon ausgehen, dass die therapeutischen Optionen ausgeschöpft seien (vgl. IV-act. 54 S. 53 f.). Insofern ist es denn auch nicht widersprüchlich, wenn Dr. med. B._____ trotz diagnostizierter "Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10: F43.21)" von einer

E. 10

/ 25 Einholen fremdanamnestischer Auskünfte grundsätzlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten unterliegt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_318/2024 vom 23. Januar 2025 E. 4.1.2 und 9C_379/2019 vom 26. September 2019 E. 3.5.1). Vorliegend standen dem Gutachter denn auch – wie dargelegt – zahlreiche Berichte der behandelnden (Fach-)Arztpersonen zur Verfügung (vgl. IV- act. 54 S. 4 ff.). Hinzu kommt,

dass die behandelnde Ärztin Dr. med. C._____ am 6. März 2025, d.h. nach der Erstattung des psychiatrischen Gutachtens, eine ärztliche Stellungnahme einreichte (vgl. IV-act. 66 S. 3 f.), wozu Dr. med. B._____ am 3. April 2025 ergänzend Stellung nahm und dabei auch eine telefonische Auskunft bei Dr. med. C._____ einholte (vgl. IV-act. 69 S. 3 f.). Daneben hielt der Hausarzt Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bereits in seinem Bericht vom 29. März 2024 fest, den Beschwerdeführer am 7. Juli 2023 zuletzt gesehen und ihn danach an die E._____ und mithin an Dr. med. C._____ zugewiesen zu haben (vgl. IV-act. 29 S. 3). Insofern ist die Vorgehensweise des psychiatrischen Gutachters nicht zu beanstanden. In seinem Gutachten vom 30. Januar 2025 gelangte Dr. med. B._____ letztlich zum Schluss, beim Beschwerdeführer liege folgende Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sowohl aktuell als auch in der Vergangenheit vor (vgl. IV-act. 54 S. 55 und S. 60): "Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10: F43.21)". 8.1. Zur Herleitung der Diagnose führte Dr. med. B._____ aus, zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung am 18. Dezember 2024 sei die Grundstimmung des Beschwerdeführers diskret zum depressiven Pol hin verschoben gewesen, die affektive Modulationsfähigkeit sei etwas erschwert herstellbar bzw. etwas eingeschränkt, aber nicht aufgehoben gewesen. Es sei auch eine Auslenkung zum positiven Pol hin gelungen. Der Beschwerdeführer habe Zukunftsängste beschrieben und festgehalten, er sei hoffnungslos sowie anhaltend etwas deprimiert, letztmals sei das vor zehn Tagen der Fall gewesen. Ausserdem habe er eine Minderung der Vitalgefühle, eine Affektarmut sowie eine Antriebsminderung beschrieben, Mimik und Gestik seien aber lebhaft gewesen und aus der Schilderung des Tagesablaufes könne man entnehmen, dass er doch auch viele Aktivitäten ausführe. Der Beschwerdeführer habe etwas widersprüchliche Angaben zu Symptomen und Einschränkungen gemacht, die beschriebenen, eher gravierenden Einschränkungen habe er meist wieder relativiert, sodass zumindest von einer starken Verdeutlichungstendenz auszugehen sei. Weil die Erhebung des Psychostatus auch eine stark suggestive Komponente enthalte, gehe er (Dr. med. B._____) davon aus, dass dies auch in der vorliegenden Situation der Fall gewesen sei. Er gehe insgesamt nicht davon aus, dass die Kriterien einer depressiven

E. 11

/ 25 Episode (leicht, mittelgradig oder schwer) nach ICD-10 erfüllt seien. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Ängste bzw. die beschriebene depressive Symptomatik stehe in einem eindeutigen Zusammenhang mit der von diesem ausführlich beschriebenen psychosozialen Belastungssituation, die auch in den Akten immer wieder genannt werde. Er gehe davon aus, dass die Diagnose der Anpassungsstörung die Schwierigkeiten des Beschwerdeführers am besten ICD- 10-konform erfasse. Aufgrund des Zeitkriteriums komme aber nur noch die Diagnose der längeren depressiven Reaktion in Frage (vgl. IV-act. 54 S. 54 f.). 8.2. Diese Herleitung der Diagnose ist unter Berücksichtigung der Kriterien einer Anpassungsstörung nach ICD-10, welche von einer sorgfältigen Bewertung der Beziehung zwischen Art, Inhalt und Schwere der Symptome, Anamnese und Persönlichkeit sowie belastendem Ereignis, belastender Situation oder Lebenskrise abhängt (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage 2014, S. 210), aufgrund der ausführlichen gutachterlichen Befragung des Beschwerdeführers, der Befunderhebung und der Würdigung der Vorakten durchaus nachvollziehbar und vermag – wie nachfolgend dargelegt wird – durch die abweichende Beurteilung der behandelnden Ärztin Dr. med. C._____, mit welcher sich Dr. med. B._____ in seinem Gutachten vom 30. Januar 2025 sowie in der ergänzenden Stellungnahme vom 3. April 2025 auseinandersetzte

(vgl. IV-act. 54 S. 46 ff. und IV-act. 69), nicht in Zweifel gezogen zu werden. 8.2.1. Vorab gilt es festzuhalten, dass Dr. med. C.____, bei welcher der Beschwerdeführer seit dem 10. Juli 2023 in Behandlung war, zunächst ebenfalls eine Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastungssituation am Arbeitsplatz (ICD-10: F43.2) bzw. eine Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22), diagnostizierte (vgl. Berichte vom 11. August 2023 und 27. November 2023 [IV-act. 20 S. 1 und S. 3]). In anamnestischer Hinsicht hielt sie in ihrem Bericht vom 27. November 2023 fest, der selbstständige Gastwirt leide seit ca. zwei Jahren unter einer psychosozialen Belastungssituation am Arbeitsplatz: Zuerst im Rahmen der Coronapandemie und danach wegen schlechter Wetterbedingungen resp. eines schneearmen Winters, was dem Betrieb geschadet habe. Im Rahmen der schwierigen finanziellen Lage habe er sieben Tage pro Woche gearbeitet, kaum noch Freizeit und keine Ferien gehabt. Diese psychische und körperliche Überlastung habe diesen Sommer zu einer starken Erschöpfung mit depressiver Symptomatik und Existenzängsten geführt. Unter regelmässigen, ressourcenorientierten und supportiven Einzelgesprächen mit Entspannungsverfahren sowie medikamentöser Therapie seien die depressive

E. 12

/ 25 Symptomatik und Reizbarkeit des Beschwerdeführers leicht rückläufig. Es bestehe aber weiterhin eine Restsymptomatik in Form von Existenzängsten, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und einer verminderten Belastbarkeit (vgl. IV-act. 20 S. 3 f.). In einem späteren Bericht vom 30. Januar 2024 diagnostizierte Dr. med. C.____ sodann eine depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F32.1; vgl. IV-act. 16). Dabei attestierte sie dem Beschwerdeführer, welcher zuvor vom 29. Juli 2023 bis zum 31. Oktober 2023 zu 80 %, vom 1. November 2023 bis zum 18. Dezember 2023 zu 100 % und vom 19. Dezember 2023 bis zum 31. Januar 2024 zu 70 % arbeitsunfähig war, ab dem 1. Februar 2024 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in seiner bisherigen Tätigkeit als selbstständiger Gastgeber (vgl. IV-act. 16 S. 1). Zum Wechsel der Diagnose hielt Dr. med. B.____ in seinem Gutachten nachvollziehbar fest, dieser sei auffällig, weil bisher von einer Anpassungsstörung ausgegangen worden sei und hier exakt dieselbe Situation (inkl. einer leichten Verbesserung, welche sich auch in der Reduktion der attestierten Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit abbilde; vgl. IV-act. 54 S. 53) beschrieben werde. Wie schon in früheren Berichten werde auch hier wesentlich mit psychosozialen Belastungsfaktoren argumentiert (vgl. IV-act. 54 S. 46 f.): "Einerseits sind es die Existenzängste, wegen finanziellen Sorgen, welche den Patienten belasten und andererseits die verschiedenen Probleme mit dem Personal" (IV-act. 16 S. 3; vgl. IV-act. 54 S. 47). Hinsichtlich der psychosozialen Belastungssituation verwies Dr. med. B.____ zudem auf den Bericht des Hausarztes Dr. med. D.____ vom 29. März 2024, welcher zur Vorgeschichte und Entwicklung des Beschwerdeführers festhält, dieser habe nach der Covid-19- Pandemie als Chef mit drei bis vier Mitarbeitern zunehmend Probleme im Betrieb gehabt: Keine Gäste, wenig Arbeit, aber hohe finanzielle Belastung sowie Personalmangel und Probleme (vgl. IV-act. 29 S. 2; vgl. IV-act. 54 S. 47). Im Verlaufsbericht vom 26. August 2024 bestätigte Dr. med. C.____ die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1; vgl. IV-act. 41 S. 1). Auch hierzu hielt Dr. med. B.____ in seinem Gutachten fest, dass im Text in erster Linie psychosoziale Belastungsfaktoren genannt würden (vgl. IV-act. 54 S. 48). So bemerkte Dr. med. C.____ zur Diagnose was folgt (vgl. IV-act. 41 S. 1): "Der Patient leidet unter einer beruflichen psychosozialen Belastungssituation seit der Corona-Pandemie. Die gegenwärtigen psychisch belastenden Faktoren sind die stressige

Tätigkeit im Gastgewerbe, die Wetterabhängigkeit des Hotelbetriebes und Personalprobleme, sowie private Belastungen. A._____ ist deutlich weniger belastbar, schneller erschöpft, braucht mehr Pausen und erholt sich weniger in der

E. 13

/ 25 Freizeit." Zum Verlauf bzw. den veränderten Befunden notierte sie sodann was folgt (vgl. IV-act. 41 S. 1): "A._____ beklagt sich in den Gesprächssitzungen immer wieder über berufliche und private Sorgen. Er erwähnt, er sei weiterhin nicht belastbar und die Arbeit in der Küche sei ihm zu stressig. Eine Steigerung des Arbeitspensums war wegen der reduzierten Belastbarkeit und schnellen Erschöpfung nicht durchführbar. Der Patient ist oft klagend, erwähnt, er sei schnell müde, vergesslich, unkonzentriert und reizbar. Zudem leide er unter Durchschlafstörungen und einem nicht erholsamen Schlaf. Ferien und freie Tage bringen nicht die erhoffte Erholung. Seit dem 01.02.2024 arbeitet er zu 50 %, vor allem in der Führung des Betriebes." Hierzu merkte der psychiatrische Gutachter plausibel an, es fehle ein ausführlicher Psychostatus nach AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie), so dass die gestellte Diagnose nicht wirklich nachvollzogen werden könne (vgl. IV-act. 54 S. 48). 8.2.2. Wenn nun Dr. med. B._____ in seinem Gutachten zum Schluss gelangt, dass Dr. med. C._____ in allen Berichten ganz wesentlich mit der psychosozialen Belastungssituation des Beschwerdeführers argumentiere, weshalb die Diagnose der Anpassungsstörung sicherlich (und auch weiterhin) gerechtfertigt sei, und es ihr nicht gelinge, überzeugend nachzuweisen, dass unabhängig davon tatsächlich ein psychisches Leiden von Krankheitswert im Sinne einer beispielsweise depressiven Episode bestehe (vgl. IV-act. 54 S. 53), so ist dies durchaus nachvollziehbar. Dies gilt umso mehr, als eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert rechtsprechungsgemäss umso ausgeprägter vorhanden sein muss, je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_481/2024 vom 4. März 2025 E. 5.2.1 und 8C_441/2024 vom 31. Januar 2025 E. 6.1). Hieran vermag auch die Stellungnahme von Dr. med. C._____ vom 6. März 2025 (vgl. IV-act. 66 S. 3 f.) nichts zu ändern. Denn darin führte sie im Wesentlichen aus, dass die depressive Symptomatik eine Eigendynamik in Unabhängigkeit von den sozialen Auslösebedingungen gezeigt habe, weshalb die Diagnose einer depressiven Anpassungsstörung in eine mittelgradige depressive Episode umgewandelt worden sei (vgl. IV-act. 66 S. 3). Dies vermag insofern nicht zu überzeugen, als Dr. med. C._____ nach zuvor festgehaltener leichter Verbesserung der depressiven Symptomatik (vgl. Bericht vom 27. November 2023 [IV-act. 20 S. 4]) und gesteigerter Arbeitsfähigkeit (vgl. Bericht vom 30. Januar 2024 [IV-act. 16 S. 1]) in ihrem Verlaufsbericht vom 26. August 2024 nach wie vor mit der

E. 13.1

Laut Art. 69 Abs. 1bis IVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um Leistungen aus der

E. 13.2

Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

E. 14

/ 25 psychosozialen Belastungssituation argumentierte (vgl. dazu auch den Verweis von Dr. med. B._____ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 3. April 2025 auf das Gutachten

vom 30. Januar 2025 [IV-act. 69 S. 2]), indem sie ausführte, der Beschwerdeführer leide seit der Corona-Pandemie unter einer beruflichen psychosozialen Belastungssituation mit gegenwärtigen psychisch belastenden Faktoren in Form von stressiger Tätigkeit im Gastgewerbe, Wetterabhängigkeit des Hotelbetriebs, Personalproblemen und privaten Belastungen (vgl. IV-act. 41 S. 1 sowie vorstehende Erwägung 8.2.1). In diesem Zusammenhang gilt es zudem darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer auch im Gespräch mit dem Eingliederungsberater der IV vom 4. März 2024 angab, Corona und die schlechten Wetterverhältnisse machten die Wirte kaputt. Mit dem fehlenden Personal sei auch immer viel Druck vorhanden. Man bekomme kein Personal, das etwas könne. Er sei aktuell immer müde, bereits am Morgen, habe nun aber jemanden eingestellt, der ihm die Buchhaltung mache (vgl. IV-act. 23 S. 1); auch das Kochen habe er abgegeben (vgl. IV-act. 23 S. 2). Der Eingliederungsberater bemerkte sodann, die psychischen Probleme hätten vor allem mit der Corona-Krise zu tun, welche dem Beschwerdeführer finanzielle Existenzprobleme eingebracht habe. Was wirklich krankheitsbedingt sei und was eher betriebliche bzw. wirtschaftliche Probleme seien, sei nicht klar (vgl. IV-act. 23 S. 4 und IV-act. 34 S. 2). Sodann wies Dr. med. B. _____ – wie dargelegt – in seinem Gutachten zudem daraufhin, dass in sämtlichen Berichten von Dr. med. C. _____ ein ausführlicher Psychostatus nach AMDP fehle, sodass die gestellte Diagnose auch aus diesem Grund nicht nachvollzogen werden könne (vgl. IV-act. 54 S. 48 und S. 53). Darüber hinaus sei Dr. med. C. _____ nicht Psychiaterin, sondern Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin mit dem interdisziplinären Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin. Damit seien ihre Berichte, auch wenn sie Oberärztin bei den E. _____ sei, keine psychiatrischen Berichte (vgl. IV-act. 54 S. 48 und S. 53). Der Einwand von Dr. med. C. _____, wonach der Beschwerdeführer in regelmässigen Supervisionen durch ihren Vorgesetzten, Dr. med. Dr. phil. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vorgestellt und besprochen worden sei (vgl. IV-act. 66 S. 3), vermag hieran nichts zu ändern. Angesichts der hiervor erwähnten Berichte von Dr. med. C. _____ kann der Beschwerdegegnerin entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers auch nicht zum Vorwurf gereichen, keine aktuellen Verlaufsberichte eingeholt zu haben. Soweit der Beschwerdeführer sodann geltend macht, die psychischen Beschwerden würden bereits seit langem bestehen bzw. seien im Jahr 2014 derart gross gewesen, dass er gar Suizidgedanken gehabt habe und somit von einer

E. 15

/ 25 schweren psychiatrischen Vorbelastung auszugehen sei (vgl. act. A.1. S. 3), ist darauf hinzuweisen, dass auch die damalige Gesundheitsschädigung mit einer psychosozialen Belastungssituation einherging. Jedenfalls lässt sich dem Gutachten von Dr. med. B. _____ diesbezüglich gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers was folgt entnehmen (vgl. IV-act. 54 S. 44): "Sie [seine Ehefrau; Anmerkung des Gerichts] habe mit zweiundvierzig einen Hirnschlag gehabt und der Expl. habe zwei Jahre lang alles alleine machen müssen. Neben dem gemeinsamen Kind habe sie noch ein Kind mitgebracht. Der Expl. habe weiter als _____chauffeur gearbeitet, er denke, das sei bis 2015 gewesen. 2015 sei auch die Scheidung gewesen. Es sei ihm damals alles zu viel gewesen. Der Job als _____chauffeur habe der Expl. verloren, weil er den Führerschein habe abgeben müssen. Es sei ihm damals ganz schlecht gegangen. Er sei in eine stationäre Behandlung gegangen." Dabei ist anzumerken, dass sich der damalige Gesundheitszustand für den vorliegend zu beurteilenden Rentenanspruch, welcher frühestens ab dem 1. Juni 2024 entstehen könnte, ohnehin nicht als relevant erweist. Schliesslich vermag auch der Umstand, dass der Eingliederungsberater im August 2024 den Eindruck hatte, der Beschwerdeführer habe

sicher eine depressive Phase und sei antriebslos (vgl. IV-act. 32 und 34), gestützt auf welchen der Beschwerdeführer vorbringt, die gesundheitlichen Beschwerden seien somit auch für einen medizinischen Laien evident gewesen (vgl. act. A.1 S. 4), an der Schlüssigkeit der Diagnose von Dr. med. B. _____ nichts zu ändern. Denn rechtsprechungsgemäss obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache grundsätzlich den Ärztinnen und Ärzten und nicht den Fachleuten der Berufsberatung oder der beruflichen Eingliederung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_594/2024 vom 20. Juni 2025 E. 4.2.2 und 8C_64/2024 vom 1. Mai 2025 E. 3.4).

E. 16

/ 25 Erwägung 8.1). Im Weiteren hielt Dr. med. B. _____ in seinem Gutachten was folgt fest: Der Beschwerdeführer gehe jetzt wöchentlich nach G. _____ in die Tagesklinik und das schon seit sicher sechs oder sieben Monaten (seit dem 13. Juni 2024 [vgl. IV-act. 41 S. 1]; Anmerkung des Gerichts). Er gehe am Donnerstag den ganzen Tag hin. Mit Dr. med. C. _____ habe er ungefähr einmal im Monat ein Gespräch. Auf die Frage, wie es ihm aktuell gehe, habe er vor allem über die sehr schwierige Situation im H. _____ berichtet. Die Auslastung sei sehr vom Wetter und den Schneeverhältnissen abhängig (vgl. IV-act. 54 S. 44 f.). Sodann berichte der Beschwerdeführer, er könne sich maximal zwei Stunden voll konzentrieren oder auf den Füßen stehen, dann sei er müde und müsse liegen. Es passiere sogar in der Tagesklinik, dass er liegen gehe (vgl. IV-act. 54 S. 45). Es gehe ihm immer etwa gleich. Er bleibe einfach zu Hause, gehe nirgends hin und es interessiere ihn auch nichts. Das sei schon so, seit er das erste Mal zum Arzt gegangen sei; damals sei es noch schlechter gegangen. Er könne sich psychisch nicht selber aufbauen, er kriege die Batterie nicht voll (vgl. IV-act. 54 S. 45). Konzentrieren gehe sicher nicht, wie es einmal gegangen sei. Er merke es auch, indem er beispielsweise nicht mehr die ganze Nacht über oder einen ganzen Tag mit dem Auto irgendwo hinfahren könne. Nach ein paar Stunden müsse er es lassen. Bei der Arbeit sei er einfach müde, er stehe schon müde auf. Er merke es auch in der Tagesklinik, wenn es zu lange gehe, dann müsse er sich brutal zusammenreißen. Nach zwei, drei Stunden werde es schwierig. Er sei schon sehr vergesslich geworden, sodass es im selber peinlich sei und es ihn ärgern würde (vgl. IV-act. 54 S. 45). Was den Indikator "Komorbiditäten" anbelangt, hielt Dr. med. B. _____ in seinem Gutachten fest, dass am

E. 20

Januar 2025 [recte:

E. 22

/ 25 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgeht. Dass Dr. med. B. _____ aus der Tatsache, dass der Beschwerdeführer gelegentlich von L. _____ nach M. _____ fahre und dabei keine Probleme habe, eine vollständige Arbeitsfähigkeit hergeleitet hätte, ist angesichts der umfassenden Indikatorenprüfung nicht ersichtlich. Vor dem Hintergrund des durchgeführten strukturierten Beweisverfahrens verfängt auch das Argument des Beschwerdeführers, wonach es notorisch sei, dass Dr. med. C. _____, welche ihn seit langem betreue, weitaus fundiertere Angaben zu seinem Gesundheitszustand machen könne als ein Parteigutachter, der ihn einmalig untersucht habe, nicht. Stattdessen gilt es vielmehr auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 und 125 V 351 E. 3b/cc). Schliesslich relativierte Dr.

med. C._____ anlässlich des Telefongesprächs mit Dr. med. B._____ am 2. April 2025 ihre Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands massgeblich (vgl. IV-act. 69 S. 3 f.). Hinweise dafür, dass der in der ergänzenden Stellungnahme von Dr. med. B._____ vom 3. April 2025 wiedergegebene Gesprächsinhalt unzutreffend sein sollte, sind weder ersichtlich noch werden solche vom Beschwerdeführer benannt. Vielmehr lässt es dieser bei einer pauschalen Bestreitung bewenden (vgl. act. A.1 S. 7 f.). 10. Insgesamt sprechen somit keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. B._____, weshalb diesem Gutachten vom 30. Januar 2025 volle Beweiskraft zukommt. In psychiatrischer Hinsicht leidet der Beschwerdeführer somit an einer Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10: F43.21), ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sowohl aktuell als auch in der Vergangenheit. 11. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die Beschwerdegegnerin sei nicht auf die obstruktive Schlafapnoe eingegangen, welche sich in signifikanter Weise auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirke, zumal eine gegenseitige Wechselwirkung zwischen der Schlafapnoe und den psychischen Beschwerden bestehe (vgl. act. A.1 S. 6), kann ihm nicht gefolgt werden. So hielt der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes, RAD-Arzt Dr. med. N._____, in seinem Abschlussbericht vom 11. Februar 2025 fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne vollumfänglich auf das eingeholte psychiatrische Gutachten vom 30. Januar 2025 abgestellt werden. Der Bericht aus der pneumologisch-schlafmedizinischen Sprechstunde vom 22. Januar 2025 (vgl. IV-act. 54 S. 67) beschreibe durch die empfohlenen Therapien eine besserungsfähige schwere obstruktive Schlafapnoe, wobei lungenfunktionell ein Normalbefund festgestellt worden sei ohne Obstruktion

E. 23

/ 25 oder Einschränkung der CO-Diffusionskapazität. Als zumutbare Therapien seien eine aCPAP-Therapie (Schlafmaskentherapie) mit Einschulungstermin bei der Lungenliga, ein Rauchstopp und eine Gewichtsreduktion empfohlen (vgl. IV-act. 74 S. 17). Auch der psychiatrische Gutachter Dr. med. B._____ ging in seinem Gutachten davon aus, dass die Schlafapnoe behandelbar sei (vgl. IV-act. 54 S. 59). Die Wechselwirkung zwischen der Schlafapnoe und der depressiven Verstimmung (vgl. IV-act. 54 S. 67) ist sodann insoweit zu relativieren, als die fehlenden funktionellen Auswirkungen der Anpassungsstörung gutachterlicherseits mittels strukturiertem Beweisverfahren nachvollziehbar plausibilisiert worden sind. Zudem wurden – wie hiervor bereits dargelegt – im Gutachten unter anderem widersprüchliche Angaben zur Schlafstörung bzw. Tagesmüdigkeit festgestellt, wie etwa eine beklagte grosse Müdigkeit, welche jedoch mit Spaziergängen mit dem Hund überwindbar sei (vgl. IV-act. 54 S. 51 und 58), sowie eine erhaltene Tagesstruktur und Fähigkeit, auch länger zu arbeiten, was ebenfalls gegen eine limitierende Tagesschläfrigkeit spricht (vgl. IV-act. 54 S. 50 und S. 57 f.). Insofern stellte Dr. med. B._____ denn auch eine starke Verdeutlichung von Einschränkungen und Symptomen fest (vgl. IV-act. 54 S. 52). Schliesslich gilt es festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gemäss dem Bericht aus der pneumologisch-schlafmedizinischen Sprechstunde vom 22. Januar 2025 (vgl. IV-act. 54 S. 66) auf der Epworth-Schläfrigkeitsskala (ESS) lediglich sieben Punkte erreichte, was für eine durchschnittliche bzw. keine abnorme (möglicherweise pathologische) Schläfrigkeit spricht (vgl. MSD Manual zur ESS, abrufbar unter <https://www.msdmanuals.com/de/profi/multimedia/clinical-calculator/epworth-schlaefrigkeitsskala-ess> [besucht am 16. September 2025]). 12. Insgesamt ist es somit nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin von einem fehlenden invalidisierenden Gesundheitsschaden ausging. Vor diesem Hintergrund kann auf die beantragte Einholung

eines psychiatrischen sowie somatischen Gutachtens verzichtet werden, zumal das Streitberufene Gericht aufgrund der bereits abgenommenen Beweise seine Überzeugung gebildet hat und annehmen darf, dass diese Überzeugung durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert würde (vgl. BGE 145 I 167 E. 4.1, 144 II 427 E. 3.1.3, 141 I 60 E. 3.3, 136 I 229 E. 5.3 und 134 I 140 E. 5.3; vgl. Urteile des Bundesgerichts 2C_867/2022 vom 18. Juli 2023 E. 4.1, 8C_411/2021 vom 27. August 2021 E. 4.3.2, 9C_319/2020 vom 19. August 2020 E. 2.2 und 9C_89/2020 vom 18. Juni 2020 E. 4.8). Die Beschwerde erweist sich im Ergebnis als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

E. 24

/ 25 Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, rechtfertigt es sich, die Gerichtskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf CHF 700.00 festzusetzen. Diese sind vom unterliegenden Beschwerdeführer zu tragen.

E. 25

/ 25 Es wird erkannt:

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