

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/171 vom 14. August 2023

Sg Versicherungsgericht, 2023-08-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2022_171

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/171 du 14 août 2023

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/171 del 14 agosto 2023

Regeste

Art. 7 und 8 ATSG; Art. 28 IVG. Würdigung Gutachten. Abweichende Einschätzung des Behandlers vorliegend nicht massgebend. Einkommensvergleich. Aufgrund des schwankenden Einkommens wird beim Valideneinkommen auf den Durchschnittsverdienst abgestellt. Beim Invalideneinkommen ist nicht das erzielte Einkommen massgeblich, da es sich teilweise um einen Soziallohn handelt und die Arbeitsfähigkeit nicht voll ausgeschöpft wird. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. August 2023, IV 2022/171).

Volltext

Entscheid vom 14. August 2023 Besetzung Versicherungsrichterinnen Corinne Schambeck (Vorsitz), Michaela Machleidt Lehmann und Tanja Petrik-Haltiner; Gerichtsschreiberin Julia Dillier Geschäftsnr. IV 2022/171 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Irja Zuber, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 5. Mai 2020 (Eingangsstempel) bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Leistungsbezug an. Nach einer absolvierten Lehre als Mechaniker arbeitete er ab ____ als Fachspezialist Technik im Spital B.____, Spitalregion C.____, in einem 100 %-Pensum (vgl. IV-act. 1 und 56). Gemäss ärztlichem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Mai 2020 besteht beim Versicherten eine organisch affektive/depressive Störung (ICD-10: F06.32) aufgrund eines Status nach Hirninfarkt vom _____. Vom 14. August bis 31. Oktober 2019 sei der Versicherte zu 20 %, vom 1. November bis 31. Dezember 2019 zu 10 %, vom 11. Februar bis 30. April 2020 zu 40 % und vom 1. Mai bis 31. Mai zu 30 % arbeitsunfähig gewesen. In seiner angestammten Tätigkeit bestehe gegenwärtig eine 60%ige bis 70%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 7). Am 24. August 2020 fand ein Gespräch zwischen dem Versicherten und der Eingliederungsverantwortlichen statt. Im Assessmentprotokoll vom 8. September 2020 hielt die Eingliederungsverantwortliche dazu fest, dass aus ihrer Sicht der Versicherte selbständig nach Lösungen gesucht habe, um den Arbeitsplatz respektive die Arbeitsstelle zu erhalten. Mit dem 70 %-Arbeitspensum habe er für sich das optimale Pensum gefunden (IV-act. 28). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) nahm am 18. September 2020 Stellung zum medizinischen Sachverhalt. Der RAD-Arzt E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt fest, dass gestützt auf die im Recht liegenden Arztberichte aus somatisch medizinischer Sicht kein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei. Der kleine, lokal begrenzte Hirninfarkt im Pedunculus cerebelli inferior könne nicht für die vom Versicherten berichtete Erschöpfung und

Leistungsschwäche verantwortlich gemacht werden. Die Diagnose einer organisch affektiven/depressiven Störung sei daher nicht plausibel nachvollziehbar. Möglicherweise habe sich aufgrund des psychisch nicht verarbeiteten Infarktereignisses oder aus anderen Gründen eine leichte depressive Episode entwickelt. Hierzu passe auch der psychopathologische Befund. Der letzte Eintrag des Behandlers in der Krankengeschichte sei jedoch bereits fast ein Jahr alt und daher nicht mehr aussagekräftig. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne daher nicht abschliessend Stellung genommen werden (IV-act. 29-3). Mit Mitteilung vom 21. September 2020 wurde das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abgewiesen (IV-act. 32). Ab dem 1. Januar 2021 wurde der Versicherte beim bisherigen Arbeitgeber, dem Spital B.____, als Mitarbeiter Technik in einem 50 %-Pensum angestellt (IV-act. 57). Nach weiteren Abklärungen (IV-act. 43, 47) wurde aufgrund von Diskrepanzen zwischen den Ausführungen des psychiatrischen Behandlers und des Hausarztes sowie des RAD zur Klärung des medizinischen Sachverhalts ein Gutachten als notwendig erachtet (IV-act. 76; vgl. Mitteilung der IV-Stelle vom 25. Juni 2021, IV-act. 52). Im polydisziplinären (internistisch, neurologisch, neuropsychologisch, orthopädisch, psychiatrisch) Gutachten des Zentrums für Medizinische Begutachtung (nachfolgend: ZMB-Gutachten) vom 14. Juli 2022 attestierten die Sachverständigen als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit narzisstisch-histrionisch-akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) nach Status nach depressiver Episode, mit Abwehr depressiver Symptome, Symptome einer Neurasthenie (ICD-10: F48.0) sowie Ereignisse in der Kindheit (Adipositas), die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge gehabt hätten (ICD-10: Z61.3). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen gestellt: Ein Status nach ischämischem Infarkt im Pedunculus cerebelli inferior links mit Trochlearisparese links am ____, ein grenzwertiger Konsum von Alkohol (angegeben 0.5 l Bier täglich), eine Dyslipidämie, eine Prostatahyperplasie, ein Status nach Kniearthroskopie und medialer Teilmenishektomie und Débridement vorderes Kreuzband und Raffung des medialen Sietenbandes am ____, ein Status nach Kniearthroskopie links und medialer Teilmenishektomie und Ersatz des vorderen Kreuzbandes mit Semitendinosussehne am ____, eine residuelle Diplopie geringer Ausprägung unklarer Zuordnung, aktuell ohne Nachweis einer Augenmotilitätsstörung und unspezifische Schwindelbeschwerden ohne objektiv fassbare Befunde im Sinne einer vestibulocerebellären Funktionsstörung mit Klagen über verminderte Belastbarkeit und Antriebsstörung, vermehrter Ermüdbarkeit und verminderter Konzentrationsfähigkeit, überwiegend wahrscheinlich im Rahmen der psychiatrischen Diagnosen sowie nicht-authentische kognitive Einschränkungen von mnestischen Funktionen, Exekutivfunktionen und Kulturtechniken. Aus rein somatischer Sicht bestünden keine funktionellen Einschränkungen in der angestammten Tätigkeit. Ausgeschlossen seien Tätigkeiten mit Sturzgefahr infolge der geklagten Schwindelbeschwerden und das regelmässige Besteigen von Leitern oder Gerüsten. Aus psychiatrischer Sicht sei die narzisstische und histrionische Persönlichkeitspathologie für die verminderte Leistungsfähigkeit verantwortlich. Auf der Grundlage zweifelhaft valider Befunde könnten aus neuropsychologischer Sicht keine Angaben zu Einschränkungen gemacht werden. Die noch vorhandenen Ressourcen seien hervorzuheben. Insgesamt könne bei relativ bescheidener psychiatrischer Symptomatik von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in angestammter und adaptierter Tätigkeit ausgegangen werden (IV-act. 93-11 ff.). Die RAD-Ärztin Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, gelangte am 28. Juli 2022 zum Schluss, dass die Schlussfolgerungen und Beurteilungen der Gutachter

plausibel und nachvollziehbar seien, weshalb auf das ZMB-Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 98). Mit Vorbescheid vom 3. August 2022 stellte die IV-Stelle dem Versicherten gestützt auf die gutachterlich festgelegte Arbeitsfähigkeit von 80 % und einen errechneten Invaliditätsgrad von 20 % eine Rentenabweisung in Aussicht (IV-act. 101). Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch die Procap, am 9. November 2022 Einwand erheben und begründete diesen u.a. mit Verweis auf die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters und des Arbeitgebers (IV-act. 111). Der RAD-Arzt van Briel hielt das ZMB-Gutachten für schlüssig und erkannte aus den Stellungnahmen des behandelnden Psychiaters und des Arbeitgebers keine neuen zu berücksichtigenden Erkenntnisse (IV-act. 113-3). Mit Verfügung vom 28. September 2022 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren im Sinne des Vorbescheids ab (IV-act. 114). Gegen die rentenabweisende Verfügung vom 28. September 2022 richtet sich die vorliegende Beschwerde des Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwältin Irja Zuber von der Procap Schweiz, vom 31. Oktober 2022 mit dem Antrag auf deren Aufhebung und auf Zusprache einer Invalidenrente. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung macht der Beschwerdeführer geltend, er sei mit dem ZMB-Gutachten nicht einverstanden. Gemäss dem behandelnden Psychiater liege eine organisch affektive/depressive Störung und eine organisch emotional labile Störung vor. Er könne im normalen Arbeitsalltag mit angepasstem Stellenprofil zwar vier bis fünf Stunden täglich arbeiten, danach seien seine kognitiven Leistungen aber erschöpft. Zum Zeitpunkt der Begutachtung sei er erholt gewesen und die Begutachtungsumstände hätten nicht den realen Gegebenheiten entsprochen. Bei der Festlegung des Invalideneinkommens werde sodann ausgeführt, dass er die bisherige Tätigkeit weiterhin ausüben könne. Diese Annahme sei falsch. Gemäss der Stellungnahme des Arbeitgebers habe der Arbeitsplatz bzw. das Pflichtenheft erheblich angepasst werden müssen. Der Arbeitgeber habe aufgrund des langjährigen Anstellungsverhältnisses auf eine Lohnanpassung verzichtet. Bei einem Teil des Lohnes handle es sich um einen Soziallohn, welcher ausgeschieden werden müsste (act. G1). In der Beschwerdeantwort vom 5. Januar 2023 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung bringt sie zusammenfassend vor, dass die Vorbringen des Beschwerdeführers keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des ZMB-Gutachtens aufzeigen würden. Die in der Beschwerde vorgetragene Kritik richte sich in erster Linie gegen das psychiatrische Teilgutachten. Dazu sei festzuhalten, dass es nicht auf die Diagnose ankomme, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Das Argument des Beschwerdeführers, er sei erholt aus dem Urlaub gekommen und habe daher beim Gutachten einen besseren Eindruck hinterlassen, treffe nicht zu. Der psychiatrische Sachverständige habe berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer im Gespräch bei der Berichterstattung plötzlich Tränen in den Augen gehabt und heftig zu weinen begonnen habe. Er habe den Beschwerdeführer somit auch unter Belastung gesehen und dessen Emotionalität in seine Beurteilung miteinbezogen. Insgesamt sei festzuhalten, dass dem ZMB-Gutachten volle Beweiskraft zukomme. Schliesslich führe die Berufung des Beschwerdeführers auf die Stellungnahme des Arbeitgebers zu keinem anderen Schluss. Es sei die Aufgabe der Sachverständigen, anhand der objektiven Befunderhebungen die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu bestimmen. Da der Beschwerdeführer gemäss ZMB-Gutachten in der angestammten Tätigkeit als Fachspezialist Technik zu 80 % arbeitsfähig sei, entspreche der

Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Bei einem Invaliditätsgrad von 20 % bestehe kein Rentenanspruch (act. G4). Auf die weiteren Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zur Begründung ihrer Anträge sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen

Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und der dazugehörigen Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft getreten. Die vorliegend angefochtene Verfügung datiert vom 28. September 2022. In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 144 V 210 E. 4.3.1). Vorliegend meldete sich der Beschwerdeführer im Mai 2020 zum Rentenbezug an, weshalb frühestens ab Dezember 2020 ein allfälliger Rentenanspruch in Betracht fällt (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Soweit die angefochtene Verfügung einen noch unter Geltung des alten Rechts entstehenden Rentenanspruch zum Gegenstand hat, sind die Bestimmungen in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung anwendbar (vgl. auch Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Rz 9101). Sie werden nachfolgend in dieser Fassung zitiert.

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 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. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das

Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des

Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens gemäss Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C_801/2018, E. 4.3). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b und BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Umstritten ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. Die Beschwerdegegnerin stützte sich dabei auf das ZMB-Gutachten vom 14. Juli 2022. Gemäss diesem Gutachten ist dem Beschwerdeführer eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter und in einer leidensangepassten Tätigkeit zumutbar. Der Beschwerdeführer macht u.a. unter Verweis auf die Stellungnahme seines behandelnden Psychiaters im Wesentlichen geltend, die vom psychiatrischen Gutachter gestellten Diagnosen seien falsch. Sein behandelnder Psychiater habe eine organisch affektiv/depressive Störung und eine organisch emotional labile (asthenische) Störung diagnostiziert. In der medizinischen Literatur werde dabei von einer "Poststroke Depression" gesprochen. Die sogenannte Poststroke Depression trete als Komplikation des Schlaganfalls in nahezu 50 % der Fälle auf. Der Behandler habe ausgeführt, dass die "Poststroke Depression" sich durch eine deutlich schlechtere Erholung der kognitiven Leistungen charakterisiere. Das treffe bei ihm zu. Das Gutachten trage dieser Situation und dieser Diagnose zu wenig Rechnung (act. G1). Es ist demnach vorab zu prüfen, ob das ZMB-Gutachten beweiskräftig ist und darauf abgestellt werden kann. Der psychiatrische Sachverständige nahm eine ausführliche Untersuchung des Beschwerdeführers vor (vgl. IV-act. 93-57 ff.). Er hatte Kenntnis von den relevanten medizinischen Berichten, insbesondere von denjenigen des behandelnden Psychiaters, befragte den Beschwerdeführer eingehend zu seinen Beschwerden sowie den Lebensumständen und erhob die Befunde regelrecht (vgl. IV-act. 93-53 ff.). Die Herleitung der Diagnosen begründete der Sachverständige differenziert und nachvollziehbar. So hielt er fest, dem Beschwerdeführer habe es in der Kindheit und im späteren Leben an Selbstwertgefühl gemangelt. Diesen Mangel habe er durch seine sportliche Aktivität und Karriere als [...] kompensiert, bis er diese Tätigkeit infolge Erreichens eines gewissen Alters habe aufgeben müssen. Danach habe er versucht, durch Arbeit seine Defizite aus narzisstischer Ebene zu kompensieren, bis es dann zum Kleinhirninfrakt im Jahr ____ gekommen sei. Dies sei für ihn ein Zusammenbruch seiner bisherigen narzisstischen Abwehr gewesen. Er habe sich während der gesamten Untersuchung aufgestellt und fröhlich gezeigt und erst gegen Ende habe er begonnen, heftig zu weinen. Dies sei als Affektinkontinenz zu qualifizieren, sei aber eigentlich ein adäquater Zusammenbruch seiner bisherigen Abwehr. Somit sei aus psychiatrischer Sicht klar, dass es sich um eine psychogene Leistungsverminderung handle. Die organischen Aspekte seien durch den Neurologen und die Neuropsychologin zu

qualifizieren (IV-act. 93-59). Der psychiatrische Sachverständige gelangte schliesslich zum Schluss, dass die psychischen Funktionen beim Beschwerdeführer trotz allem recht gut erhalten seien (vgl. IV-act. 93-60 zu den Ressourcen), weshalb – entgegen dem Behandler – aufgrund der objektiv erhobenen Befunde keine schwere psychische Störung diagnostiziert werden könne. Aus psychiatrischer Sicht sei anzufügen, dass die vom Beschwerdeführer beklagten kognitiven Leistungseinbussen, seine rasche Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit lediglich als auf psychogener Ebene verursacht interpretierbar seien. Bezüglich der Klagen des Beschwerdeführers könne auch von einer neurasthenischen Symptomatik gesprochen werden. Von seiner Persönlichkeit her handle es sich bei ihm um eine narzisstische- und histrionisch-akzentuierte Persönlichkeit. Hintergründig bestehe eine abgewehrte depressive Seite des Beschwerdeführers. Bei relativ bescheidener psychiatrischer Symptomatik sei der Beschwerdeführer als zu 20 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt zu beurteilen (IV-act. 93-14 f.). Der neurologische Sachverständige führte in seinem Teilgutachten aus, dass eine Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden (Schwindelbeschwerden, Tinnitus, Schluckstörung) und den spärlich objektiv fassbaren Befunden bestehe (IV-act. 93-47). Bemerkenswert seien die Angaben des Beschwerdeführers, wonach seine Beeinträchtigung ausschliesslich durch die Leistungsminderung aufgrund von Antriebslosigkeit, Ermüdbarkeit und Konzentrationsstörungen bedingt sei. Entsprechend sei davon auszugehen, dass mit den besagten somatischen Beschwerden zumindest eine quantitative Einschränkung seiner Antriebsfähigkeit nicht zu begründen sei. Zumindest bei der längeren Befragung des Beschwerdeführers anlässlich der neurologischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf relevante kognitive Defizite bzw. auf eine affektive Störung ergeben. Eine organische kognitive/affektive Störung auf der Grundlage der isolierten Läsion des Pedunculus cerebelli inferior könne nur mit Vorbehalt postuliert werden, zumal auch die bildgebenden Untersuchungen des Neurocraniums keine Hinweise auf cerebrale Veränderungen als mögliche Grundlage entsprechender Symptome ergeben hätten (IV-act. 93-49 f.). Diese Einschätzung steht sodann im Einklang mit der übrigen medizinischen Aktenlage. So berichtete bereits Prof. Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, am 30. Januar 2019 von einem unauffälligen Befund (IV-act. 18). Nach weiteren Abklärungen aufgrund geklagter Schwindelgefühle (vgl. IV-act. 94-2 ff.) hielt Prof. Dr. G.____ am 19. Februar 2022 fest, nach altersentsprechend normaler zerebraler Kernspintomographie bestünde kein Ischämienachweis. MR-tomografisch zeige sich nach eigener Ansicht der Bilder die residuae Gliose im Pedunculus cerebelli links sowie einzelne kleineren Gliosen im Marklager beider Hemisphären. Eine neue akute Ischämie komme nicht zur Darstellung, auch keine Neoplasie oder andere relevanten Läsionen (IV-act. IV-94-5 f.). Auch Dr. med. H.____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, konnte die Schwindelgefühle anlässlich der Untersuchung vom 23. Dezember 2021 nicht zuordnen (vgl. IV-act. 94). Die neuropsychologische Gutachterin schilderte alsdann, der Beschwerdeführer klagte über deutliche Einschränkungen hinsichtlich seiner Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit. Die durchgeführte Leistungs- sowie Beschwerdevalidierung, als auch einzelne eingebettete Leistungsvalidierungsindikatoren seien unauffällig ausgefallen. Es hätten sich aber Hinweise für ein problematisches Leistungsverhalten gezeigt. In der Gesamtschau aller verfügbaren Informationen sei die Validität der objektivierbaren Befunde in Zweifel zu ziehen. Es sei von Aggravation oder Verdeutlichung von Symptomen auszugehen. Die Befunde entsprächen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht der tatsächlichen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Dies schliesse zwar das Bestehen tatsächlicher kognitiver Einschränkungen nicht aus, sie

bestünden aber sicherlich nicht im gezeigten Ausmass (IV-act. 93-69 ff.). Ein Mangel an dieser Einschätzung ist nicht zu erkennen und wird im Übrigen auch nicht geltend gemacht. Wie bereits das psychiatrische, das neurologische und das neuropsychologische Fachgutachten erfüllen auch das allgemein-internistische und das orthopädische Teilgutachten zweifelsohne die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien an ein beweiskräftiges verwaltungsexternes Gutachten. Die Sachverständigen haben den Beschwerdeführer persönlich untersucht und nahmen seine subjektiven Klagen auf. Sie haben den Gesundheitszustand umfassend und mit breitem Fokus abgeklärt sowie eine sorgfältige klinische Untersuchung des gesamten Bewegungsapparates vorgenommen, soweit es ihre Disziplin erforderte. Sie nahmen ausführlich Kenntnis von den Vorakten und besprachen diese, soweit sie für ihr jeweiliges Teilgutachten einschlägig waren. Sie führten sodann bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen und nachvollziehbaren Ergebnissen. Der Beschwerdeführer äusserte sodann an diesen Teildisziplinen auch zu Recht keine Kritik, zumal diese Befunde weitgehend in Einklang mit der übrigen Aktenlage stehen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das ZMB-Gutachten vom 14. Juli 2022 in sich schlüssig und nachvollziehbar ist. Auch die retrospektive Einschätzung der Gutachter ist nicht zu beanstanden (vgl. IV-act. 93-15), zumal auch die Behandler dem Beschwerdeführer nach dem Hirninfarkt (zunächst) keine Arbeitsunfähigkeit über 20 % attestiert hatten (vgl. IV-act. 3-7 und 7). Der Beschwerdegegnerin ist zuzustimmen, dass die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) es nicht zulässt, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts vom 7. November 2022, 8C_150/2022, E. 12.3). Der Behandler geht von einer maximalen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 50 % aus. Er argumentierte in seiner Stellungnahme vom 29. August 2022, die vom Gutachter gestellten Diagnosen (narzisstisch- und histrionisch-akzentuierte Persönlichkeitszüge und Neurasthenie) seien falsch. Diese Störungen hätten dann schon vor dem Hirninfarkt bestanden haben müssen, was aber nicht der Fall sei. Bis zum Hirninfarkt am ____ sei der Beschwerdeführer psychiatrisch unauffällig und beschwerdefrei gewesen. Seine psychischen Beschwerden hätten erst nach dem Infarkt begonnen und seien somit eindeutig organischer Genese. Der Beschwerdeführer leide seither an einer organisch affektiven/depressiven Störung (ICD-10: F06.32) und einer organischen emotional labilen (asthenischen) Störung (ICD-10: F06.6). Diese Störungen seien charakterisiert durch eine deutliche und anhaltende Affektinkontinenz, Affektlabilität, psychophysische Ermüdbarkeit und unangenehme körperliche Empfindungen sowie Schwindel und Benommenheit. Im normalen Arbeitsalltag könne der Beschwerdeführer nur vier bis fünf Stunden täglich arbeiten. Danach seien seine kognitiven Leistungen (v.a. Konzentration) erschöpft. Zum Zeitpunkt der Begutachtung sei der Beschwerdeführer indessen erholt gewesen und habe in jenen 105 Minuten offensichtlich einen besseren Eindruck vermittelt (IV-act. 111-2). Hinsichtlich dieser Kritik am psychiatrischen Teilgutachten führte der RAD-Arzt in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise aus, dass der Behandler lediglich pauschal erkläre, dass die vom psychiatrischen Sachverständigen gestellten Diagnosen falsch seien. Er setze

sich nicht fachlich mit den Diagnosen des Gutachters auseinander und begründe auch nicht, wie er zu den psychiatrischen Diagnosen einer organischen affektiven/depressiven Störung und einer organisch emotional (asthenische) labilen Störung gelange. Er verweise lediglich darauf, dass der Beschwerdeführer bis zum Infarkt beschwerdefrei gewesen sei. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge hätten schon vor dem Infarkt vorliegen müssen. Der Gutachter habe aber gar nicht angegeben, dass diese Persönlichkeitszüge erst nach dem Infarkt entstanden seien. Im Gegenteil habe er angegeben, dass diese schon immer vorgelegen hätten, aber durch Leistung und Arbeit kompensiert worden seien. Der Infarkt habe zum Zusammenbruch der narzisstischen Abwehr geführt (IV-act. 113). In Ergänzung zu den Ausführungen des RAD ist festzuhalten, dass weder der neurologische Sachverständige noch die neuropsychologische Gutachterin kognitive Einschränkungen bzw. eine organisch bedingte affektive Störung feststellen konnten, obwohl sie den Beschwerdeführer einlässlich und umfassend untersucht und den Gesundheitszustand mit breitem Fokus abgeklärt sowie eine klinische Untersuchung vorgenommen haben. Sie gelangten gestützt auf ihre Untersuchungen zu schlüssigen und nachvollziehbaren Ergebnissen (vgl. die vorstehenden E. 2.2.). Der Behandler kritisierte denn auch diese Teilgutachten nicht und äusserte sich insbesondere nicht zu der Erkenntnis, dass keine organisch bedingte affektive Störung festgestellt werden konnte. Nicht zu hören ist ferner die Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten, wonach nicht berücksichtigt worden sei, dass er anlässlich der Begutachtung erholt gewesen sei und diese lediglich 105 Minuten gedauert habe. Der RAD führte in sich schlüssig aus, dass der Gutachter konstatiert habe, dass der Beschwerdeführer im Gespräch bei der Berichterstattung plötzlich Tränen in den Augen gehabt und heftig zu weinen begonnen habe. Er habe den Beschwerdeführer also auch unter Belastung gesehen und dessen Emotionalität in seine Beurteilung miteinbezogen (IV-act. 113). Ergänzend ist zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer am 30. Mai 2022 von 9.03 bis 12.13 Uhr, d.h. während drei Stunden und 10 Minuten, von der Neuropsychologin untersucht und von 13.45 bis 17.00 Uhr, d.h. während drei Stunden und 15 Minuten, vom Neurologen begutachtet wurde und entsprechend diesen Fachärzten nach über sechs Stunden Begutachtung trotz vorangehendem Urlaub einen Leistungsabfall beim Beschwerdeführer hätte auffallen müssen. Selbst wenn der Einbruch der Leistungsfähigkeit – wie vom Beschwerdeführer behauptet – erst am folgenden Tag eintreten würde, ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer sowohl am 31. Mai als auch am 1. Juni 2022 während mehrerer Stunden begutachtet wurde, indessen auch anlässlich jener Untersuchungen kein Leistungsabfall erkannt werden konnte. Nicht zu bemängeln ist zudem, dass sich der psychiatrische Sachverständige nicht explizit mit den Behandlerberichten von Dr. D.____ auseinandersetzte, zumal es grundsätzlich im Ermessen des Gutachters liegt, welche Berichte er diskutieren möchte (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2018, 9C_276/2017, E. 4.3.2 mit Hinweis). Dennoch erwähnte er, dass der Therapieverlauf seit Dezember 2018 relativ wenig modelliert verlaufe (IV-act. 93-60). Zudem geht er auf die Affektinkontinenz ein und erklärte die von ihm dazu passend gestellte Diagnose einer narzisstischen- und histrionisch-akzentuierten Persönlichkeit, was verdeutlicht, dass sich der Gutachter mit den Berichten des Behandlers auseinandergesetzt hat. Ein Mangel kann darin jedenfalls nicht erblickt werden. Soweit der Beschwerdeführer moniert, der psychiatrische Gutachter habe die reduzierte Leistungsfähigkeit aufgrund der eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit und Müdigkeit nicht genügend berücksichtigt, ist ihm entgegenzuhalten, dass der Sachverständige wiederholt diese vom Beschwerdeführer geklagten Einschränkungen aufgenommen (vgl. IV-act. 93-53, 93-57 und 93-60) und die

Symptome einer Neurasthenie (ICD-10: F48.0) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erkannt hat. Die Neurasthenie unterscheidet zwei Hauptformen, wobei sich diese weitgehend überschneiden. Bei einer Form ist das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig mit einer abnehmenden Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Bei der anderen Form liegt das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung. Bei beiden Typen finden sich eine ganze Reihe von anderen unangenehmen körperlichen Empfindungen wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerzen, Gefühl einer allgemeinen Unsicherheit (Horst Dilling/Werner Mombour/Martin H. H. ___t [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., Bern 2015, S. 235 f.). Folglich wurden mit der gutachterlich gestellten Diagnose die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (Müdigkeit, Erschöpfung) hinreichend berücksichtigt. Mit der Beschwerdegegnerin ist schliesslich festzuhalten, dass aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht letztlich nicht die Diagnose oder die Schwere einer Erkrankung entscheidend ist, sondern deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit resultiert aus einer Diagnose – mit oder ohne diagnoseinhärentem Bezug zum Schweregrad – allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbussen bei psychischen Störungen (vgl. Urteil des Bundesgerichtes vom 17. November 2021, 8C_280/2021, E. 6.2.2 mit Hinweisen). Es gehört zudem zur Aufgabe des Gutachters, den von ihm erhobenen Befund anhand der Klinik kritisch zu überprüfen und dessen Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag detailliert darzulegen. So darf der oder die medizinische Sachverständige die Angaben des Exploranden im Rahmen der klinischen Untersuchung nicht vorbehaltlos als richtig ansehen. Bestandteil einer stichhaltigen Begutachtung bilden unter anderem Angaben zum ärztlich beobachteten Verhalten, Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben wie auch Hinweise, welche zur Annahme von Aggravation führen können (Urteile des Bundesgerichts vom 19. Januar 2023, 8C_149/2022, E. 6.1, und vom 24. Mai 2022, 9C_38/2022, E. 4.3). Überdies sind beim Vorliegen eines psychischen Gesundheitsschadens nicht nur die Befunde und die Arbeitsfähigkeitsschätzung alleine massgebend, vielmehr ist eine Indikatorenprüfung – wie dies der psychiatrische Sachverständige in seinem Teilgutachten vorgenommen hat – durchzuführen. Im Gegensatz dazu äusserte sich der Behandler nicht zur Konsistenz. Ebenfalls fehlt es in der Stellungnahme des Behandlers an einer Würdigung der noch verbleibenden Ressourcen. Der psychiatrische Sachverständige demgegenüber äusserte sich zu den dem Beschwerdeführer noch verbleibenden Ressourcen und gelangte namentlich auf der Basis einer umfassenden und evidenzbasierten Analyse zum Schluss, dass die narzisstischen- und histrionisch-akzentuierten Persönlichkeitszüge, die Symptome einer Neurasthenie sowie die Erfahrungen in seiner Kindheit zu einer um 20 % reduzierten Leistungs- und Arbeitsfähigkeit führen. Diese Schlussfolgerung ist nachvollziehbar und nicht zu beanstanden, zumal die attestierte Arbeitsfähigkeit – im Gegensatz zu der vom Behandler gestellten 50%igen Arbeitsunfähigkeit – insbesondere auch unter Berücksichtigung des vom Beschwerdeführer gezeigten Aktivitätsniveau in vergleichbaren Bereichen (geregelter Tagesablauf mit Teilzeiterwerbstätigkeit, diverse Hobbies wie Schwimmen, Radfahren, Wandern, Gärtnern, intakter Freundeskreis) als schlüssig erscheint (vgl. IV-act. 93-30, 93-36). Zwar ist festzuhalten, dass die Diagnose der akzentuierten Persönlichkeitszüge als Z-Kodierung nicht unter den Begriff der invalidenrechtlich

erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung fällt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. August 2019, 8C_699/2018, E. 4.2.2 m.w.H.). Nachdem der Gutachter aber nachvollziehbar ausführte, dass zusätzlich die Symptome einer Neurasthenie vorliegen und entsprechend ein psychiatrischer Gesundheitsschaden (inkl. Indikatorenprüfung) ausgewiesen ist, ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachters auch aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht nicht zu beanstanden. Nichts zu seinen Gunsten ableiten kann der Beschwerdeführer sodann aus seinen weiteren Ausführungen hinsichtlich der Poststroke Depression. Zwar ist zutreffend, dass in der Literatur beschrieben wird, dass sich nach einem Schlaganfall neben anderen psychischen Störungen am häufigsten eine Depression entwickelt. In der angloamerikanischen Literatur hat sich dafür der Begriff der "Poststroke Depression" etabliert. Die Ursache für eine sogenannte Poststroke Depression ist trotz zahlreicher Untersuchungen bis heute nicht ausreichend geklärt (Melanie Wipprecht/Holger Grötzbach, Poststroke Depression bei Aphasie: Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, in: NeuroGeriatric 4 2013, S. 149 ff.). Einigkeit besteht jedoch in der Fachliteratur darin, dass es für eine Diagnosestellung eines formalen diagnostischen Vorgehens bedarf (vgl. Wipprecht/Grötzbach, a.a.O., S. 150 ff.; Amytis Towfighi/Bruce Ovbiagele/Nada El Husseini/Maree L. Hackett/Ricardo E. Jorge/Brett M. Kissela/Pamela H. Mitchell/Leslie E. Skolarus/Mary A. Whooley/Linda S. Williams, Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, Vol. 48 No. 2, e30–e43.). Anlässlich der Begutachtung wurden keine depressiven Symptome beklagt und vom Gutachter auch nicht erhoben. Soweit der Beschwerdeführer aufgrund der Literatur, wonach eine sogenannte Poststroke Depression gehäuft vorkommt, eine psychiatrische Beeinträchtigung als überwiegend wahrscheinlich erachtet bzw. das psychiatrische Teilgutachten in Zweifel ziehen möchte, ist ihm nicht zu folgen. In der Literatur wird von einer Wahrscheinlichkeit von rund 30 % ausgegangen (Wipprecht/Grötzbach, a.a.O., S. 149 m.w.H.). Das bedeutet im Umkehrschluss, dass nur ein Drittel der Patienten nach einem Schlaganfall von einer sogenannten Poststroke Depression betroffen sind. Von einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit kann jedenfalls nicht gesprochen werden. Ohnehin ist – wie bereits unter E. 2.4.7 ausgeführt – nicht die Diagnose ausschlaggebend, sondern deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, die stets im Einzelfall zu beurteilen ist. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Behandlers nach dem Hirninfarkt zu Beginn fast monatlich geändert hat (von einer anfänglich 20%igen, auf eine 10%ige, dann auf eine 40%ige, 30%ige und schliesslich auf eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit), ohne dass diese Veränderung nachvollziehbar erläutert wurde. In der Literatur wird beschrieben, dass eine positive Wirkung von Antidepressiva festgestellt werden konnte (Towfighi/Ovbiagele/El Husseini/Hackett/Jorge/Kissela/Mitchell/Skolarus/Whooley/Williams, a.a.O., unter Punkt "Management: Pharmacotherapy to Treat PSD"). Es erscheint somit wenig nachvollziehbar, dass sich die Arbeitsfähigkeit trotz psychiatrischer Behandlung (inkl. Medikation) stetig verschlechtert haben soll. Dabei ist nicht von Bedeutung, dass der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben subjektiv von Beginn an weniger leisten konnte, da einzig die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit ausschlaggebend ist. Mit der Beschwerdegegnerin ist schliesslich festzuhalten, dass die Stellungnahme des Arbeitgebers aufgrund der nicht medizinischen Beurteilung nicht berücksichtigt werden kann, zumal diese die subjektive Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers widerspiegelt. Es ist zwar als positiv zu werten, dass der Beschwerdeführer seine subjektiv empfundene Arbeitsfähigkeit

voll ausschöpft. Die Gutachter kamen jedoch übereinstimmend zum Schluss, dass ihm aus rein medizinisch-theoretischer Sicht eine 80%ige Arbeitstätigkeit zuzumuten sei. Sie stellten zudem fest, dass beim Beschwerdeführer eine bewusste Tendenz bestehe, sein Arbeitsprogramm reduzieren zu wollen. Er wolle prüfen, ob eine Frühpensionierung möglich sei. Aus ökonomischer Sicht sei es für ihn vorteilhaft, wenn er eine entsprechende Unterstützung durch die Invalidenversicherung erhalte (IV-act. 93-15). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die nachträglich eingegangene Stellungnahme des Behandlers sowie des Arbeitgebers keine wesentlichen objektiven Aspekte aufzeigen, die im Gutachten ausser Acht gelassen worden wären. Sie sind daher nicht geeignet, das Gutachten in Zweifel zu ziehen. Der Sachverhalt ist somit spruchreif abgeklärt, weshalb sich keine weiteren Abklärungen aufdrängen und der Eventualantrag des Beschwerdeführers abzuweisen ist. Zu prüfen bleibt der Einkommensvergleich und damit die erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands. Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt auf Grund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis). Die Beschwerdegegnerin berechnete das Valideneinkommen des Beschwerdeführers aus dem Durchschnitt der in den Jahren 2015 bis 2019 erzielten und im IK-Auszug ersichtlichen Einkommen (Fr. 84'720.-- [2015], Fr. 96'909.-- [2016], Fr. 90'486.-- [2017], Fr. 81'427.-- [2018] und Fr. 97'063.-- [2019]) und ermittelte so einen indexierten Betrag von Fr. 91'473.--. Weist das zuletzt erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. März 2021, 8C_745/2020, E. 6.3). Wie dem IK-Auszug zu entnehmen ist, unterlagen die vom Beschwerdeführer erzielten Einkommen relativ starken Schwankungen. Weshalb es zu diesen Schwankungen kam, ist den Angaben des Arbeitgebers (IV-act. 14) nicht zu entnehmen und damit nicht ohne Weiteres erkennbar. Daher nahm die Beschwerdegegnerin zu Recht eine Durchschnittsberechnung vor. Die Höhe des Valideneinkommens wird denn vom Beschwerdeführer auch nicht beanstandet. Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, können gemäss Bundesgericht die Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik herangezogen werden (BGE 143 V 296 E. 2.2 und 135 V 297 E. 5.2; Urteile des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2022,

8C_72/2022, E. 7.1, und vom 10. August 2018, 8C_313/2018, E. 6.2 f.). Der Beschwerdeführer ist seit dem 1. Januar 2021 in einem 50 % Pensum als Mitarbeiter Technik beim bisherigen Arbeitgeber angestellt. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers handelt es sich bei einem Teil des erzielten Lohnes um einen Soziallohn (vgl. Beschwerde; act. G1 Rz. II.4). Ob es sich tatsächlich um einen Soziallohn handelt, kann vorliegend offen bleiben, da gemäss dem als beweiskräftig erachteten Gutachten dem Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen als auch in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zumutbar ist. Demnach schöpft er mit seinem aktuell geleisteten Pensum von 50 % seine Arbeitsfähigkeit nicht voll aus. Den Gutachtern war der Stellenbeschrieb der bisherigen Tätigkeit bekannt (u.a. grosse Anforderungen an Konzentration/Aufmerksamkeit sowie Sorgfalt, mittleres Auffassungs- und Durchhaltevermögen; IV-act. 94-3). Zwar hat es die Beschwerdegegnerin unterlassen, im Anforderungsprofil der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers den Pikettdienst explizit zu erwähnen. Die Gutachter hatten jedoch Kenntnis der vollständigen Akten, die im Übrigen wenig umfangreich waren, und entsprechend auch vom vollständigen Anforderungsprofil (inkl. Pikettdienst). Sie erwähnten sodann ausdrücklich die E-Mail der Case Managerin vom 27. Oktober 2020, welcher zu entnehmen ist, dass der Beschwerdeführer Pikettdienst (20 % Arbeitsvolumen) geleistet hatte (IV-act. 93-3 mit Verweis auf IV-act. 34-1). Die Gutachter gelangten somit in Kenntnis des vollständigen Anforderungsprofils der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers zum Schluss, dass einzig aus psychiatrischer Sicht bei bescheidener psychiatrischer Symptomatik eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen ist, was sowohl für die bisherige als auch eine Verweistätigkeit gilt. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer nach seinem Hirninfarkt im ___ im Jahr 2019 und bis April 2020 seine bisherige Tätigkeit in einem 80 %-Pensum ausübte (IV-act. 16-2: Eintrag in der Krankengeschichte am 14. Mai 2019: "arbeitet ziemlich problemlos zu 80 %"). Erst danach reduzierte er sein Pensum (siehe auch Ausführungen der Gutachter: bewusste Tendenz zur Reduktion des Arbeitspensums [IV-act. 93-15]). Folglich ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nach wie vor einen Lohn entsprechend dem Valideneinkommen erzielen könnte und der Invaliditätsgrad somit dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entspricht (sog. Prozentvergleich; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2019, 9C_851/2018, E. 5.1). Bei der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 20 % besteht dementsprechend ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad. Die Beschwerdegegnerin wies damit zu Recht einen Rentenanspruch ab. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Da der Beschwerdeführer vollumfänglich unterliegt, ist die Gerichtsgebühr ihm aufzuerlegen (Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihm daran angerechnet. Der Beschwerdeführer hat mangels Obsiegens keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contratio). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer bezahlt die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- unter Anrechnung des Kostenvorschusses von Fr. 600.--.

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