

SO_GERICHTE VSBES.2019.177 vom 6. Oktober 2020

SO Obergericht, 2020-10-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.177_d20201006

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.177 du 6 octobre 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.177 del 6 ottobre 2020

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der IV-Stelle vom 24. Mai 2019 sei vollumfänglich aufzuheben.

E. 2

a) Dem Beschwerdeführer seien ab wann rechtens die gesetzlichen IV-Leistungen (berufliche Eingliederungsmassnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % zzgl. Verzugszins zu 5 % seit wann rechtens zuzusprechen. b) Eventualiter: Es sei eine gerichtliche, psychiatrische Begutachtung den Fall des Beschwerdeführers betreffend durchzuführen. c) Subeventualiter: Die Beschwerdesache sei zur psychiatrisch-gutachterlichen Neuabklärung (inkl. ergänzende beruflich-erwerbsbezogene Abklärungen) sowie zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 3

Aufgrund der vom IV-Arzt Dr. F.____ am 26. November 2018 festgestellten Unleserlichkeit der militärärztlichen Akten seien bei der [...] die vollständigen militärärztlichen Original-Akten des Versicherten zu edieren und diese seien den Parteien zur Stellungnahme zukommen zu lassen und das vorliegende Beschwerdeverfahren bis zum Vorliegen der vollständigen militärärztlichen Akten des Versicherten zu sistieren (Beweisthema: Vollständigkeit der medizinischen Beurteilungsunterlagen).

E. 4

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen

Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, gemäss polydisziplinärer Begutachtung könnten aus fachmedizinischer Sicht keine Diagnosen gestellt werden, die sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkten. Aus neuropsychologischer Sicht sei lediglich von einer minimalen neuropsychologischen Störung auszugehen, welche sich jedoch nicht auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirke. Die medizinischen Fachexperten kämen aus polydisziplinärer Sicht zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer nach wie vor sämtliche bisher ausgeübten Tätigkeit im Rahmen von 100 % zumutbar seien. Eine Arbeitsunfähigkeit lasse sich aus

versicherungsmedizinischer Sicht somit nicht begründen. Folglich sei eine Invalidität im Sinne des Gesetzes zu verneinen. Ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung sei nicht entstanden.

5.2 Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, die angefochtene Verfügung vermöge aus mehreren Gründen nicht zu überzeugen und es könne nicht auf das Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ abgestellt werden, um eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu begründen (A.S. 20). So seien die Ergebnisse der berufspraktischen Erprobung im Bergrestaurant E.____ nicht berücksichtigt worden und die Angaben der Gutachter zur letzten Tätigkeit seien widersprüchlich (A.S. 20 ff.). Ausserdem spreche der behandelnde Psychiater von einer deutlich verminderten Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers (vermutlich deutlich mehr als 60 %), während die Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen wollten; gleichwohl werde aber auf Seite 5 des Gutachtens von einer 10%igen Leistungseinschränkung ausgegangen. Auch der Beschwerdegegnerin sei dieser dem Gutachten inhärente Widerspruch aufgefallen. Dass die Beschwerdegegnerin dennoch an der widersprüchlichen gutachterlichen Einschätzung festgehalten habe, erweise sich als *venire contra factum proprium* und damit im Ergebnis als rechtsmissbräuchlich i.S.v. Art. 2 Abs. 2 ZGB und Art. 5 Abs. 3 BV (A.S. 26 f.). Auch die Angaben von Dr. med. F.____ seien widersprüchlich: So sei der RAD-Arzt gemäss Protokolleintrag vom 3. Oktober 2017 zunächst davon ausgegangen, dass eine anhaltende erhebliche Beeinträchtigung der Belastbarkeit und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hinreichend plausibel erscheine; mit Stellungnahme vom 26. November 2018 habe er seine Meinung jedoch ohne hinreichende Begründung, einzig unter Verweis auf die gutachterlichen Erkenntnisse, geändert (A.S. 27). Auch die Beschwerdegegnerin habe im Vorbescheid vom 16. Oktober 2018 ehemals selber bestätigt, dass der Beschwerdeführer nur ohne Zeit- und Leistungsdruck unter möglichst stressfreien Bedingungen eingesetzt werden könne (A.S. 27 f.). Mit Blick auf das noch zumutbare Tätigkeitsprofil ■ so der Beschwerdeführer weiter ■ erweise sich die Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Küchenhilfe in einem Restaurationsbetrieb als geradezu offensichtlich falsch. Vielmehr sei der Beschwerdeführer auf einen Nischenarbeitsplatz bzw. eine Tätigkeit im geschützten Rahmen angewiesen. Auch bei der Bestimmung des Invalideneinkommens dürfe nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Im Falle des Beschwerdeführers werde aber ein nicht realistisches Entgegenkommen eines Arbeitgebers erwartet. Ohne Hilfestellungen sei der Beschwerdeführer jedenfalls ■ trotz hoher Motivation und Kooperation ■ nicht in der Lage, sich wieder ins Erwerbsleben zu integrieren (A.S. 28 f.). Weiter rügt der Beschwerdeführer, die Gutachter hätten die (Jugend-)Anamnese nicht berücksichtigt: Die sich aus den Militärakten ergebenden Hinweise auf eine psychische Problematik bereits im Alter von 19 Jahren seien nicht beachtet worden. Ausserdem hätten die Gutachten eine kinderpsychiatrische Behandlung verneint, obwohl der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung eine kinder- resp. schulpsychologische Behandlung geschildert habe. Auch dieser innere Widerspruch des Gutachtens sei bis heute nicht geklärt worden (A.S. 29 f.). Damit seien gemäss ICD-10 auch die Grundlagen für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung erfüllt, wie sie auch vom behandelnden Psychiater, Dr. med. C.____, diagnostiziert und begründet worden sei. Die anderslautende Beurteilung der Gutachter erweise sich demgegenüber als nicht substantiiert und unvollständig (A.S. 30 ff.). Zudem weise das Gutachten diesbezüglich einen weiteren Widerspruch auf, da auch die neuropsychologische Teilgutachterin auf die offensichtliche Persönlichkeitsproblematik des

Beschwerdeführers verwiesen habe, wobei eine bloss 10%ige Leistungseinschränkung zu tief angesetzt sei. Die Beurteilung der neuropsychologischen Gutachterin impliziere eine wesentlich höhere Einschränkung (A.S. 32 f.). Im Zusammenhang mit der besonderen Persönlichkeit des Beschwerdeführers sei ausserdem zu berücksichtigen, dass Stresssituationen nicht nur zu einer erheblichen Leistungsverminderung führten, sondern auch zu gravierenden Sekundärfolgen, wie der im Oktober 2013 erlittene Hirnschlag (A.S. 33). Ebenfalls zu bemängeln sei die nicht vollständig und daher unrichtig beleuchtete Familienanamnese des Versicherten, die gutachterlich falsch eingeschätzte Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie nicht untersuchte einschneidende Erlebnisse des Beschwerdeführers (A.S. 33 f.). Schliesslich sei die Alkoholproblematik des Beschwerdeführers seitens RAD falsch beurteilt worden (A.S. 35). Wenn ein Gutachten und die IV-ärztliche Beurteilung derart viele innere Widersprüche und Unvollständigkeiten aufweise, könne nicht darauf abgestellt werden. Stattdessen sei eine neue (gerichtliche) Begutachtung durchzuführen (A.S. 36).

Anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 6. Oktober 2020 bekräftigte der Vertreter des Beschwerdeführers im Wesentlichen seine bisherigen Rügen am psychiatrischen Teilgutachten, insbesondere bezüglich unvollständiger Aktenlage, fehlender inhaltlicher Auseinandersetzung mit der von Dr. med. C.____ diagnostizierten Persönlichkeitsstörung sowie hinsichtlich widersprüchlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Es bestünden erhebliche Zweifel am psychiatrischen Gutachten, aber auch an der Eignung der Gutachterin selbst, weshalb ein psychiatrisches Gerichtsgutachten einzuholen sei (vgl. Verhandlungsprotokoll in A.S. 55 ff.).

6. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 6. Juli 2017 (IV-Nr. 66) beantragte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 24. Mai 2019 (IV-Nr. 113; A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ wie unter vorstehender E. II. 3 dargelegt ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung ■ vorliegend am 9. Februar 2015 (IV-Nr. 59) ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 24. Mai 2019.

7. Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen ursprünglichen Verfügung vom 9. Februar 2015 (IV-Nr. 59) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass der Beschwerdeführer nach verschiedenen Eingliederungsmassnahmen (spätestens) seit Juli 2014 wieder voll arbeitsfähig sei.

7.1 Für die Beurteilung der medizinischen Situation standen der Beschwerdegegnerin die Akten des Krankentaggeldversicherers sowie die Arztzeugnisse und Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte zur Verfügung. Gemäss Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. C.____, vom 22. Juli 2014 (IV-Nr. 57 S. 5 f.), litt der Beschwerdeführer an einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.11) mit reaktiver Komponente. Auslöser für den psychischen Zusammenbruch Ende 2012 seien Schwierigkeiten am Arbeitsplatz (ICD-10 Z56.4 und Z73.0) gewesen. Es bestehe eine leicht erhöhte psychische Sensibilität / Vulnerabilität. Ausserdem weise der Beschwerdeführer einen übermässigen, langdauernden, schädlichen Alkoholkonsum (ICD-10 F10.1) auf, welcher aktuell deutlich gebessert sei. Nach anfänglicher vollständiger Arbeitsunfähigkeit sei es bis im Frühling 2013 zu einer allmählichen Besserung gekommen mit Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % ab Juni 2013. Ab 19. Mai 2014 gelte der Beschwerdeführer als 100 % arbeitsfähig,

weshalb die psychiatrische Behandlung mit Ausnahme von sechswöchentlichen Kontrollsitzen seit Mai 2014 abgeschlossen sei.

Mit Bericht vom 21. November 2014 (IV-Nr. 56) bestätigte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. J. ____, das Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit: Der Beschwerdeführer habe im Rahmen der IV-Wiedereingliederung diverse Kurse und Einsätze besucht. Am 30. September 2013 habe er einen Hirninfarkt mit Hemiparese links erlitten; die Rehabilitation sei vom 14. Oktober 2013 bis 1. November 2013 in der Rehaklinik K. ____, erfolgt. Der Beschwerdeführer habe in dieser Zeit eine Arbeitsstelle in einer Druckerei zu 50 % besetzt, dies laut Angaben des Beschwerdeführers zu seiner Befriedigung sowie zu derjenigen des Arbeitgebers. Anschliessend sei die Stelle angeblich durch einen Rentner besetzt worden. Ab dem 19. Mai 2014 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Er habe die Erlaubnis, als Chauffeur zu arbeiten, sei beim RAV gemeldet und auf Stellensuche. Der Beschwerdeführer befinde sich körperlich und psychisch in einem guten Gesundheitszustand. Die Hemiparese sei klinisch nicht mehr wesentlich. Die Sprache sei noch etwas verlangsamt. Der Beschwerdeführer könne seine bisherigen Tätigkeiten als Chauffeur in einer Früchte- und Gemüsehandlung sowie in einer Druckerei gemäss seinen Angaben problemlos bewältigen ■ dies werde auch weiterhin so möglich sein. Die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar, ganztags, in vollem zeitlichem Rahmen und ohne verminderte Leistungsfähigkeit. Auch andere Tätigkeiten mit normaler körperlicher Belastung (keine Schwerarbeit), Positionswechseln und üblicher geistig-psychischer Belastung seien ganztags ohne Einschränkungen möglich. Falls das Antreten einer entsprechenden Arbeitsstelle möglich sei, sei von körperlicher und psychischer Seite her eine günstige Prognose bezüglich Arbeitsleistung zu stellen.

7.2 Gleichzeitig lagen der Beschwerdegegnerin die Berichte zu den gewährten Frühinterventions- und Eingliederungsmassnahmen vor. Gemäss Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 26. September 2014 (IV-Nr. 53) sei mit Beendigung des Arbeitsversuches in einer Druckerei ersichtlich gewesen, dass der Beschwerdeführer wieder voll arbeitsfähig sei und auch eine gute Arbeitsleistung erbringe. Leider habe es mit der versprochenen Festanstellung nicht geklappt und die seither erfolgten Bewerbungen, unterstützt durch ein Coaching, seien ohne Erfolg geblieben. Über das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) habe der Beschwerdeführer sodann ein monatiges Training in der [...] absolviert. Der Beschwerdeführer habe das 100%-Pensum gut bewältigen können und sei ab 1. Juli 2014 wieder zu 100 % arbeitsfähig geschrieben.

8. Zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 24. Mai 2019 (IV-Nr. 113; A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

8.1 Dem Verlaufsbericht von Dr. med. C. ____, vom 31. August 2017 (IV-Nr. 73) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Der behandelnde Psychiater hielt dazu fest, er habe sich nach Abschluss der ersten Behandlung (Dezember 2012 bis September 2015) etwas zu optimistisch geäussert und sogar von einer «Remission» gesprochen. Dies habe bezüglich der depressiven Störung zwar zutreffend, jedoch habe er den Beschwerdeführer weiterhin als vulnerabel betrachtet und nur stabil dank dem Umstand, dass er 2015 eine Anstellung bei einem Wirt gefunden habe, der ihn stundenweise in der Küche eingesetzt und auf seine geringe Belastbarkeit besonders Rücksicht genommen habe, sodass de facto von einem geschützten Arbeitsplatz gesprochen werden müsse. Nachdem er diese Stelle im Februar 2017 verloren habe, sei es

aufgrund eines verstärkten depressiven Syndroms zu einer Wiederaufnahme der psychiatrischen Behandlung im Mai 2017 gekommen. Erst im Rahmen der aktuellen Behandlung habe sich der Beschwerdeführer über biographische Ereignisse seiner Kindheit geäußert, die sehr wahrscheinlich Auswirkungen auf seine Persönlichkeitsentwicklung gehabt hätten. Er sei als Kleinkind Opfer sexueller Übergriffe durch ein Familienmitglied geworden. Nach einer normalen frühkindlichen, psychomotorischen und sprachlichen Entwicklung habe er vom Kindergartenalter an zu stottern begonnen. Während mehreren Jahren habe er in der Schule kein Wort gesprochen, sondern nur noch schriftlich kommuniziert. Damals hätten verschiedene psychotherapeutische und alternativ-medizinische Behandlungsversuche stattgefunden. Neben diesem elektiven Mutismus habe er auch soziale Phobien entwickelt. Während er den Mutismus im Erwachsenenalter habe überwinden können, seien Stottern und soziale Ängste geblieben.

In diagnostischer Hinsicht sei neu von einer Persönlichkeitsstörung auszugehen. Aufgrund belastender und möglicherweise sogar traumatischer Ereignisse in der Kindheit und Jugend sei es zu einer ungünstigen Persönlichkeitsentwicklung gekommen. Über Jahre habe sich der Beschwerdeführer in einer «ökologischen Nische» und dank vorhandenen Ressourcen psychisch stabil gehalten. Der Alkohol habe wahrscheinlich im Sinne einer «Selbstmedikation» eine stabilisierende Funktion gehabt. Nach der Kündigung im Jahr 2012 sei das bisherige, labile Gleichgewicht zusammengebrochen. Während bei den sozialen Ängsten eine gewisse Besserung zu erzielen sei, werde die zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung trotz (angepasster) Behandlung in einem funktionseinschränkenden Mass bestehen bleiben. Durch die bleibenden Funktionsstörungen mit geringer Belastbarkeit, Verlangsamung und Selbstunsicherheit sei die Arbeitsfähigkeit stark eingeschränkt. Eine Beschäftigung sei im geschützten Rahmen möglich, schätzungsweise zu einem Pensum von 50 bis 60 %. Im ersten Arbeitsmarkt sei längerfristig von einer Arbeitsfähigkeit von höchstens 30 % auszugehen. Mit Bericht vom 11. Dezember 2017 (IV-Nr. 80) bestätigte Dr. med. C. ___ diese Einschätzung.

8.2 Dr. med. J. ___, Facharzt für Innere Medizin, hielt mit Bericht vom 28. Oktober 2017 (IV-Nr. 79) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

Der Beschwerdeführer leide an den Folgen eines Hirnschlages im Jahr 2013. Unter intensiver Therapie und physiotherapeutischen Massnahmen seien die motorischen Ausfälle nur noch gering. Es bestehe jedoch eine depressive Entwicklung mit Mutlosigkeit und Zukunftsängsten. Der Beschwerdeführer habe letztmals in einem Bergrestaurant als Küchenhilfe gearbeitet und sei je nach Bedarf zur Arbeit abgerufen worden; die dort anfallenden Arbeiten habe er ausführen können, in Stresssituationen, d.h. insbesondere unter Zeitdruck, sei jedoch seine Leistungsfähigkeit aus psychischen Gründen deutlich eingeschränkt gewesen. Momentan sei der Beschwerdeführer ohne Arbeit. Eine geeignete Arbeitsstelle könne er ohne zeitliche Einschränkung besetzen, aber mit der Möglichkeit einer geringeren Arbeitsleistung. Möglich seien leichte körperliche Tätigkeiten. In psychischer Hinsicht seien dem Beschwerdeführer Stellen mit geringer psychischer Belastung zumutbar, ohne äussere Stresssituation mit der Möglichkeit einer subjektiv freien Arbeitsgestaltung. Wichtig wäre, dass Druck seitens Mitarbeiter oder Vorgesetzten vermieden werden könnte. Denkbar seien Lageristen-Arbeiten ohne körperliche Belastungen, Chauffeurdienste, Mithilfe in einem Betrieb etc.

Der Hausarzt des Beschwerdeführers legte seinem Bericht ausserdem die Austrittsberichte der Rehaklinik K. ___ vom 22. November 2013 (IV-Nr. 79 S. 5 ff.) und 30. Oktober 2013

(IV-Nr. 79 S. 13 ff.) bei, wonach die damals durchgeführte neuropsychologische Untersuchung insgesamt ein durchschnittliches bis überdurchschnittliches Leistungsprofil gezeigt habe und die Arbeitsfähigkeit mit Blick auf das unauffällige kognitive Leistungsprofil aus neuropsychologischer Sicht nicht eingeschränkt sei.

8.3 Mit Bericht vom 8. Januar 2018 (IV-Nr. 83) empfahl Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, nach Würdigung der Aktenlage die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen des behandelnden Psychiaters zum medizinischen Sachverhalt und zur Arbeitsunfähigkeit erschienen nicht ohne weiteres nachvollziehbar. An der Diagnose Bipolar II-Störung seien bislang ebenso Zweifel angebracht, wie an der Behauptung, durch die Fehldiagnose (ICD-10 F33) und Fehlbehandlung sei es beim Beschwerdeführer zu massiven kognitiven Einbussen gekommen, welche die Arbeitsfähigkeit erheblich einschränkten. Nachvollziehbar erscheine dagegen, dass die körperliche Belastbarkeit des Beschwerdeführers nach dem Hirninfarkt 2013 eingeschränkt geblieben sei. Unklar blieben hier jedoch Ausmass und das entsprechende Zumutbarkeitsprofil.

8.4 Im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ vom 16. Mai 2018 (IV-Nrn. 92.1 ■ 92.3) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

keine

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Der Beschwerdeführer habe angegeben, psychisch nicht belastbar zu sein. Er beschreibe kognitive und mnestiche Einschränkungen sowie eine vegetative Begleitsymptomatik und Ängste. Eine psychiatrische Behandlung sei im Jahr 2012 begonnen, aber nicht durchgehend weitergeführt worden. Ein C2-Abusus bestehe seit ca. zwanzig Jahren. Aktuell könne keine depressive Episode beschrieben werden. Der Beschwerdeführer sei aktuell euthym, wenn auch affektiv reduziert schwingungsfähig. Eine Persönlichkeitsstörung, wie in einer früheren Beurteilung beschrieben, könne nicht bestätigt werden (IV-Nr. 92.1 S. 5). Es gebe aufgrund der aktuellen Begutachtung keine psychiatrische Diagnose, die Einschränkungen begründen würden. Der im Oktober 2013 erlittene Hirnschlag sei vollständig abgeheilt. Es könnten keine relevanten neurologischen Ausfallsymptome oder Befunde festgestellt werden. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden seien neurologischerseits nicht erklärbar. Dies gelte auch für die im internistischen Gutachten gestellten Diagnosen. Die Hypertonie mit Risikofaktoren sei zwar ursächlich für den Hirnschlag, könne aber die Beschwerdesymptomatik des Beschwerdeführers nicht erklären (IV-Nr. 92.1 S. 6).

Der Beschwerdeführer sei vorwiegend als Lieferant von Gemüse und Früchten für Restaurantbetriebe tätig gewesen. Es handle sich hierbei um das Ein- und Ausladen des Camions, verbunden mit Heben und Verschieben von Gewichten, Zwangshaltungen seien notwendig gewesen. In dieser Tätigkeit bestehe aufgrund der aktuellen Untersuchung keine Einschränkung der körperlichen wie psychischen Leistungsfähigkeit. Der Versicherte sei zu 100 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit arbeitsfähig. Qualitativ bestehe eine 10%ige Leistungseinschränkung aufgrund eines verringerten Arbeitstempos sowie verminderter Belastbarkeit unter stressigen Bedingungen (IV-Nr. 92.1 S. 6).

8.5 Dr. med. C. ___ nahm am 6. Juni 2018 zum D. ___-Gutachten Stellung (IV-Nr. 94). Dabei bekräftigte der behandelnde Psychiater die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Die Vermutung liege nahe, dass es sich bei der letzten Anstellung des Beschwerdeführers im Gastgewerbe mehr um eine geschützte Arbeitsstelle gehandelt habe. Selbst diese habe den Beschwerdeführer immer wieder an den Rand seiner psychischen Belastbarkeit gebracht. Was das psychiatrische Gutachten anbelange, stütze sich die Teilgutachterin allein auf ihre (punktuelle) Untersuchung. Es fehlten fremdanamnestische Angaben (z.B. des früheren Arbeitgebers) und seine Argumente als behandelnder Psychiater würden nur in einem kurzen Satz abgetan. Es bestünden deutliche Hinweise, dass der psychiatrische Teil des Gutachtens tendenziös sei.

8.6 Gemäss Stellungnahme von RAD-Facharzt Dr. med. F. ___ vom 12. Juli 2018 (IV-Nr. 96) erscheine das polydisziplinäre Gutachten umfassend, in Kenntnis der Vorakten gestellt, auf allseitigen Untersuchungen beruhend, die geklagten Beschwerden berücksichtigend, IV-fremde Faktoren und Diskrepanzen mit anderen medizinischen Einschätzungen diskutierend und in der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeits(un)fähigkeit nachvollziehbar. Dies gelte insbesondere auch für das psychiatrische Teilgutachten, auch wenn der RAD nicht alle Einschätzungen der Gutachterin schlüssig nachvollziehen könne (z.B. fehlende überzeugende Belege für das Vorliegen einer genuinen rezidivierenden affektiven Störung, ICD-10 F33) und Befunde anders interpretiere (statt ICD-10 F10.1, schädlicher Konsum, wäre auch eine Abhängigkeit, ICD-10 F10.25, zu diskutieren).

Die Bedenken des behandelnden Psychiaters gegen das psychiatrische Teilgutachten stützten sich dagegen nicht auf neue medizinische Fakten, sondern auf dessen, bereits bekannten, anderslautenden Einschätzungen. Gutachter seien in der Wahl ihrer Quellen bekanntlich frei, was auch die Frage betreffe, ob sie eine Fremdanamnese beizögen oder nicht. Anhaltspunkte für eine tendenziöse Begutachtung vermöge der RAD nicht zu erkennen. Dr. med. C. ___ verliere in seinem Kommentar allerdings auch kein Wort über die offensichtliche Alkoholproblematik des Versicherten; entsprechend fehle bei ihm auch eine Reflektion von deren möglichen Auswirkungen, z.B. in Form der als vermindert angegebenen Belastbarkeit.

Der RAD könne sich der Beurteilung der Gutachter anschliessen. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als Küchenhilfe, sowie in jeder anderen, der körperlichen Leistungsfähigkeit angepassten und seiner Qualifikation entsprechenden Verweistätigkeit betrage 90 % (zeitlich 100%-Pensum, Leistungsminderung 10 %). Diese Einschätzung gelte überwiegend wahrscheinlich ab der erneuten Anmeldung des Versicherten.

8.7 In seiner Stellungnahme zum Vorbescheid vom 10. Oktober 2018 (IV-Nr. 101 S. 21) wies der behandelnde Psychiater erneut darauf hin, dass Auskünfte vom letzten Arbeitgeber und damit wichtige Entscheidungsgrundlagen fehlten. Bereits in einem früheren Schreiben habe er die Vermutung geäussert, dass ■ gemäss Aussagen des Beschwerdeführers ■ die Stelle als Küchengehilfe praktisch einem «geschützten Arbeitsplatz» geglichen habe. Der Beschwerdeführer habe diese Arbeit nur darum verrichten können, weil er von seinem Arbeitgeber mit äusserster Nachsicht und Geduld behandelt worden sei. Das ganze Küchenteam sei über die psychische Vulnerabilität des Beschwerdeführers informiert gewesen und man habe ihm in der Küche einen möglichst stressfreien Arbeitsplatz zugeteilt. Da es sich um Stundenarbeit auf Abruf gehandelt habe, sei der Beschwerdeführer nie durchgehend 100 % beschäftigt gewesen. Der Beschwerdeführer sei während dieser

Zeit am Rand eines Erschöpfungszustandes gewesen und habe unter depressiven Symptomen gelitten. Gleichzeitig führte Dr. med. C. ___ an, die Beschreibung einer «optimal angepassten Arbeitsstelle» gemäss Vorbescheid entspreche der Definition eines geschützten Arbeitsplatzes.

8.8 Am 16. November 2018 reichte der Vertreter des Beschwerdeführers dessen Militärakten («Alt-Akten» vom 27. Oktober 1994) bei der Beschwerdegegnerin ein (vgl. IV-Nr. 104 S. 2 ff.). Diesen könne entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dienstuntauglich sei (IV-Nr. 104 S. 1). Auf dem am 28. Juli 1977 unterzeichneten Formular «Ärztlicher Fragebogen für die Aushebung» (IV-Nr. 104 S. 11 f.) hatte der Beschwerdeführer angegeben, dass er aufgrund eines Unfalls im Jahr 1968 eine Augenverletzung erlitten habe und auf dem rechten Auge «unter 0.1» sehe. Mit nur einem gesunden Auge habe er Angst, dieses auch noch zu verlieren. Als sonstige durchgemachte und/oder gegenwärtige Leiden hielt der Beschwerdeführer fest, «immer nervös, Sprachfehler (Stottern, wenn ich sprechen muss), manchmal Depressionen, Hoffnungslosigkeit» (IV-Nr. 104 S. 12).

8.9 Am 26. November 2018 nahm Dr. med. F. ___ dahingehend Stellung (IV-Nr. 105), dass keine neuen medizinischen Gesichtspunkte erkennbar seien. Die Einwände stellten überwiegend eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhaltes (wie im Gutachten abgeklärt) dar und seien naturgemäss durch eine andere Interessenlage gekennzeichnet. Dass der Beschwerdeführer ca. 1977 militärärztlich als dienstuntauglich befunden worden sei, vermöge nichts über seinen aktuellen Gesundheitszustand und seine Arbeitsfähigkeit auszusagen.

8.10

8.10.1 Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin (vgl. IV-Nr. 106) reichte der Beschwerdeführer am 18. Januar 2019 verschiedene Unterlagen zu seiner Anstellung im Bergrestaurant E. ___ zu den Akten (vgl. IV-Nr. 107). Dem Arbeitszeugnis des ehemaligen Betriebsleiters und Vorgesetzten des Beschwerdeführers, I. ___, vom 31. Dezember 2016 (IV-Nr. 107 S. 4) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 15. Juni 2015 bis zum 31. Dezember 2016 hauptsächlich für die Reinigung des Geschirrs von Restaurant und Küche, das Rüsten von Gemüse, die Mithilfe beim Anrichten von Salaten und Desserts, die fach- und sachgerechte Lagerung der Lebensmittel, Ordnung und Sauberkeit in der Küche sowie die Einhaltung der Lebensmittelvorschriften verantwortlich gewesen sei. Der Beschwerdeführer könne als pünktlicher, zuverlässiger und pflichtbewusster Mitarbeiter weiterempfohlen werden. Er habe seine Aufgaben bereitwillig und sorgfältig erledigt; seine Umgangsformen seien korrekt und gut und sein Verhalten gegenüber Vorgesetzten und Kollegen einwandfrei. Da ein Pächterwechsel anstehe, sei das Arbeitsverhältnis aufgelöst worden. Man würde den Beschwerdeführer aber jederzeit wieder einstellen.

8.10.2 Gegenüber der Beschwerdegegnerin erteilte Herr I. ___ am 30. Januar 2019 folgende Auskünfte (IV-Nr. 109 S. 1): Die Arbeiten des Beschwerdeführers im Bergrestaurant E. ___ seien im geschützten Rahmen erfolgt. Er sei mit einfachen Arbeiten beschäftigt worden und es sei auch darauf geachtet worden, dass immer eine Arbeit nach der anderen zugeteilt worden sei, damit der Beschwerdeführer in seinem Tempo arbeiten können. Hauptsächlich habe er an der Abwaschmaschine gearbeitet, dort habe er sich wohl gefühlt und wenn er eine Pause gebraucht habe, habe er sich diese nehmen können. Leistungsdruck sei für den Beschwerdeführer sehr schlecht; er sei nervös geworden und habe angefangen

zu stottern, danach habe er den Stress nicht verarbeiten können und sei unsicher und müde geworden. Ein Stellenbeschrieb existiere nicht.

9. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre D.____-Gutachten vom 16. Mai 2018 (IV-Nrn. 92.1 ■ 92.3), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Das D.____-Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärztinnen und Fachärzten sowie einer Fachpsychologin für Neuropsychologie, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Anamnese erhoben (IV-Nr. 92.1 S. 9 ■ 14, 17 ■ 23, 28 ■ 32; IV-Nr. 92.2 S. 3 ■ 6; vgl. auch IV-Nr. 92.3 betreffend Laboruntersuchung) sowie die ihnen vorliegenden Vorakten studiert haben (IV-Nr. 92.1 S. 35 ■ 53; IV-Nr. 92.2 S. 2). Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt.

9.1 Im allgemeininternistischen Teilgutachten wurde ausgeführt, aus internistischer Sicht liege eine Hypertonie vor mit den Risikofaktoren einer Hyperlipidämie, Nikotinabusus und chronischem C2-Abusus. Dieser bestehe seit Jahren. Am 30. September 2013 habe der Beschwerdeführer einen ischämischen Insult der Arteria cerebri media mit brachiofazialer Hemiparese links erlitten. Die erfolgte Rehabilitation sei abgeschlossen und in der aktuellen Untersuchung seien keine Residuen feststellbar. Die Hypertonie sei adäquat behandelt. Dies gelte auch für die Hyperlipidämie. Der chronische C2-Abusus bestehe weiterhin. Er sei wahrscheinlich ursächlich für den Vitamin B12-Mangel (IV-Nr. 92.1 S. 15). Als weitere Diagnosen ergaben sich für den allgemeininternistischen Gutachter gestützt auf die Anamnese sowie die Vorakten ein Status nach Hernienoperation links vor ca. zwanzig Jahren sowie ein Status nach Verletzung des rechten Auges am 10. April 1968 (Unfall im Jugendalter) mit deutlichem Visusverlust (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 10, 14), was jedoch weder für die langjährig ausgeübte Tätigkeit als Chauffeur noch für das erfolgreiche Absolvieren des Staplerkurses im Rahmen der Erstanmeldung (vgl. IV-Nr. 38, 59) ein Hindernis darstellte, obschon beides ein einigermaßen intaktes Sehvermögen erfordert. Der Beschwerdeführer macht denn auch keine ophthalmologischen Einschränkungen geltend. Aufgrund der erhobenen Diagnosen erscheint es nachvollziehbar, dass aus allgemeininternistischer Sicht in der aktuellen Begutachtung keine Einschränkungen von Relevanz mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt wurden (IV-Nr. 92.1 S. 15 f.).

9.2 Gemäss neurologischem Teilgutachten habe der Beschwerdeführer berichtet, dass er schnell nervös werde und nicht mehr so belastbar sei wie früher. In Überforderungssituationen «mache es schnell zu». In Bezug auf den Schlaganfall im Oktober 2013 bestünden subjektiv keine wesentlichen Einschränkungen mehr. Er dürfe auch wieder Autofahren. Bei Anspannung entwickle er Sprechschwierigkeiten bis zum Stottern; dieses Problem habe er aber auch schon vor dem Hirnschlag gekannt (IV-Nr. 92.1 S. 28 f.). Die neurologische Gutachterin hielt als einzige Diagnose (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eine lakunäre Ischämie im Medialstromgebiet rechts im Oktober 2013 mit komplett regredientem brachiofazial betontem Hemisyndrom links und vaskulären Risikofaktoren (Nikotinabusus, Hypercholesterinämie, Hypertonie) fest (IV-Nr. 92.1 S. 33). Im Rahmen des auf die Akutversorgung folgenden Rehabilitationsaufenthaltes in der Rehaklinik K.____ (14. Oktober 2013 bis 1. November 2013) hätten sich funktionelle Verbesserungen der Motorik und der Gehfähigkeit ergeben. Ausserdem habe auch eine neuropsychologische Testung stattgefunden, in der sich ein durchschnittliches bis überdurchschnittliches Leistungsprofil gezeigt habe. Bei unauffälligem kognitivem

Leistungsprofil sei die Fahreignung als gegeben betrachtet worden, bei noch verminderter körperlicher Belastbarkeit aber nur ein stufenweiser Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess empfohlen worden. Im weiteren Verlauf hätten keine neurologischen Untersuchungen mehr stattgefunden und subjektiv habe sich der Beschwerdeführer von den damaligen Einschränkungen auch so gut wie komplett erholt. Im aktuellen klinischen Neurostatus zeigten sich noch Reflexdifferenzen zugunsten von links als Hinweis auf die stattgehabte cerebrale Ischämie. Alltagsrelevante Einschränkungen seien hingegen nicht zu erkennen (IV-Nr. 92.1 S. 32 f.). Da die Expertin aktuell keine relevanten neurologischen Symptome erheben konnte (vgl. auch den regelrechten bzw. unauffälligen Untersuchungsbefund in IV-Nr. 92.1 S. 32), leuchtet ein, dass sie den Beschwerdeführer aus rein neurologischer Sicht als voll arbeitsfähig einstufte (IV-Nr. 92.1 S. 34). Auffällig sei im Rahmen des Untersuchungsgesprächs allerdings gewesen, dass der Beschwerdeführer schnell nervös werde und in solchen Situationen auch zu stottern beginne. Gemäss den aktuellen Angaben bestehe eine Einschränkung der Belastbarkeit. Diese scheine aber auf psychischen und nicht auf neurologischen bzw. neuropsychologischen Faktoren zu beruhen; insofern müsse dieser Punkt aus psychiatrischer Sicht beurteilt werden (IV-Nr. 92.1 S. 33).

9.3

9.3.1 Im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung wurden mit dem Beschwerdeführer zahlreiche Testverfahren durchgeführt (vgl. IV-Nr. 92.2 S. 5 f.). In diagnostischer Hinsicht hielt die Neuropsychologin fest, es liessen sich leichte bis mittelschwere kognitive Minderleistungen in der fokussierten Aufmerksamkeit (Konzentrationsleistung) und in der visuellen Explorationsgeschwindigkeit sowie leicht verminderte Leistungen in der Abrufleistung für verbale Einzelinformationen bei einem ansonsten unauffälligen kognitiven Leistungsprofil objektivieren. Vom klinischen Eindruck her zeigten sich eine Anspannung und Nervosität sowie Auffälligkeiten in der Sprachproduktion (Stottern, Verlangsamung bzw. Verzögerungen beim Sprechen) allenfalls im Rahmen bzw. in Abhängigkeit der Anspannung / Nervosität. Zu Beginn der Untersuchung seien Anspannung und Sprechschwierigkeiten deutlich ausgeprägt, im Verlauf nähmen diese ab, verschwänden jedoch nicht ganz. Der Beschwerdeführer gebe eine Anspannung und Nervosität sowie eine Erleichterung am Ende der Untersuchung an. Die verminderten Leistungen in der fokussierten Aufmerksamkeit (erhöhter Zeitaufwand bei überdurchschnittlicher Fehlerkontrolle) sowie die verminderten Leistungen in der visuellen Explorationsfähigkeit (Verlangsamung bei durchschnittlicher Qualität) seien möglicherweise durch ein sehr kontrolliertes bzw. vorsichtiges Vorgehen allenfalls im Rahmen der Persönlichkeit mitbedingt. Insgesamt sei unter Berücksichtigung des gesamten kognitiven Leistungsprofils von einer minimalen neuropsychologischen Störung auszugehen.

Die aktuell objektivierten Befunde seien mit der neuropsychologischen Voruntersuchung vom 29. Oktober 2013 vergleichbar (vgl. E. II. 8.2 hievor). Bereits damals habe sich in einem Papier-/Bleistiftverfahren zur Überprüfung der fokussierten Aufmerksamkeit ein erhöhter Zeitbedarf bei hoher Genauigkeit gezeigt. Dass sich aktuell im Vergleich zur Voruntersuchung neu Auffälligkeiten in der visuellen Explorationsgeschwindigkeit zeigten, sei darauf zurückzuführen, dass die visuelle Explorationsfähigkeit damals nicht geprüft worden sei und nicht auf eine Verschlechterung in diesem Bereich. Eine tendenzielle Verschlechterung zeige sich in der verbalen Abrufleistung für Einzelinformationen (damals durchschnittliche Leistungen, aktuell leicht verminderte Leistungen), eine tendenzielle

Verbesserung in der Wiedererkennensleistung, wobei es sich dabei um tendenzielle und nicht statistisch signifikante Veränderungen handle. In der Voruntersuchung im Jahr 2013 sei das kognitive Leistungsprofil als «altersentsprechend bzw. normgerecht» beurteilt worden, obwohl sich wie beschrieben leichte Minderleistungen in der fokussierten Aufmerksamkeit und im verbalen Gedächtnis für Einzelinformationen hätten objektivieren lassen. Unter Berücksichtigung der damaligen und aktuellen vergleichbaren Befunde seien diese leichten objektivierten Minderleistungen damals und heute als minimale neuropsychologische Störung einzuschätzen. Damals sei die Arbeitsfähigkeit als Chauffeur (Kat. B) aus rein neuropsychologischer Sicht nicht als eingeschränkt betrachtet worden. Dieser Beurteilung könne zugestimmt werden, da sich die objektivierten leichten Minderleistungen nicht auf die Fahreignung auswirkten (IV-Nr. 92.2 S. 6 f.).

9.3.2 Zur Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen führte die Neuropsychologin Folgendes aus: Unter Berücksichtigung des objektivierten kognitiven Leistungsprofils sei davon auszugehen, dass der Versicherte im Alltag einerseits Schwierigkeiten habe, mehrere neue sprachliche Einzelinformationen (Informationen ohne Kontext) nach Interferenz abzurufen bzw. längerfristig zu behalten, d.h. ein Teil der gelernten bzw. aufgenommenen Informationen könne nicht wiedergegeben werden bzw. gehe vergessen. Andererseits sei in Situationen, in denen der Beschwerdeführer konzentriert einer Tätigkeit nachgehe, von einem erhöhten Zeitbedarf auszugehen, d.h. er benötige für gewisse Aufgaben etwas mehr Zeit, da er sehr kontrolliert vorgehe bzw. auf die Qualität / Richtigkeit achte. Zudem seien die Auffälligkeiten in der Sprachproduktion zu erwähnen, d.h. die Sprechschwierigkeiten, welche sich möglicherweise in Abhängigkeit von der Anspannung bzw. Nervosität in der jeweiligen spezifischen Situation, d.h. in für den Beschwerdeführer unangenehmen bzw. «stressigen» Situationen, deutlicher zeigten. Als Ressourcen bzw. Stärken könnten unter Berücksichtigung des gesamten kognitiven Leistungsprofils und der Verhaltensbeobachtung die Lern- und Gedächtnisleistungen für Kontextinformationen, der verbale Antrieb, die Anstrengungsbereitschaft und die rein kognitive Belastbarkeit angesehen werden. Die kognitive Leistungsfähigkeit insgesamt könne als Ressource betrachtet werden. Zudem arbeite der Beschwerdeführer kontrolliert (gute Qualität). Unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben scheine die psychische Belastbarkeit einen wichtigen Faktor darzustellen bzw. je nach Situation deutlich eingeschränkt zu sein, was sich auch auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken könne. Unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben (u.a. Erfahrungen in der Schule, Arbeitssituation zuletzt als Chauffeur) scheine die psychische Befindlichkeit / Belastbarkeit in für den Beschwerdeführer stressigen Situationen teilweise deutlich eingeschränkt zu sein (IV-Nr. 92.2 S. 8).

9.3.3 Zur Frage der Arbeits(un)fähigkeit (vgl. IV-Nr. 92.2 S. 8 f.) hielt die Expertin fest, dass aus rein neuropsychologischer Sicht unter Berücksichtigung des objektivierten kognitiven Leistungsprofils von keiner (quantitativen oder qualitativen) Einschränkung der Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Chauffeur (Kat. B) auszugehen sei. Unter Berücksichtigung der Verhaltensbeobachtung, der anamnestischen Angaben und der psychischen Befindlichkeit sei jedoch fraglich, wie gut der Versicherte mit Leistungs- und/oder Zeitdruck umgehen könne. Zudem sei davon auszugehen, dass die Arbeitssituation bzw. das Arbeitsklima eine wichtige Rolle spiele. Es sei diesbezüglich auf das psychiatrische Gutachten zu verweisen.

Bei einer allenfalls angepassten Tätigkeit sollte unter Berücksichtigung des objektivierten kognitiven Leistungsprofils und der Verhaltensbeobachtung einerseits die Sprachproduktion keine primäre bzw. entscheidende Rolle spielen. Zudem sollte nicht die Schnelligkeit im Vordergrund stehen bzw. ein leicht erhöhter Zeitbedarf möglich sein. Unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben sei davon auszugehen, dass die psychische Belastbarkeit im Vordergrund stehe, d.h. die optimal angepasste Tätigkeit möglichst keine für den Beschwerdeführer stressigen Situationen beinhalten sollte. Die Arbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit betrage 100 % (100%-Pensum ohne Leistungseinschränkung).

Was die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Küchenhilfe anbelange, sei aus rein neuropsychologischer Sicht unter Berücksichtigung der objektivierten Befunde von einem leicht erhöhten Zeitbedarf auszugehen.

9.3.4 Mit Blick auf die in den durchgeführten Testverfahren erhobenen Befunde erscheinen die Schlussfolgerungen der neuropsychologischen Gutachterin, Dr. phil. L. ____, wonach unter Berücksichtigung des gesamten kognitiven Leistungsprofils sowie Einbezug von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen insgesamt von einer minimalen neuropsychologischen Störung auszugehen sei, nachvollziehbar. Einleuchtend sind auch die gutachterlichen Ausführungen zum Vergleich der aktuellen Befunde mit denjenigen aus der neuropsychologischen Voruntersuchung vom 29. Oktober 2013 (vgl. E. II. 8.2 hievov), in der eine vergleichbare leichte Minderleistung im Sinne einer minimalen neuropsychologischen Störung festgestellt worden war. In neuropsychologischer Hinsicht hat sich der gesundheitliche Zustand bzw. das funktionelle Leistungsvermögen des Beschwerdeführers seit der ersten Untersuchung im Oktober 2013 folglich nicht verändert.

Weiter leuchtet die Aussage der Expertin ein, dass die psychische Belastbarkeit des Beschwerdeführers sowohl für die kognitive Leistungsfähigkeit als auch im Zusammenhang mit der Sprachstörung (Stottern) eine entscheidende Rolle spiele und dass es diesbezüglich in für ihn als belastend oder stressig empfundenen Situationen zu Einschränkungen komme. Diese Analyse der Gutachterin lässt sich denn auch gut mit den (wiederholt geäußerten) subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu seinen jetzigen Leiden bzw. Hauptbeschwerden vereinbaren, wonach er sich als psychisch nicht belastbar erlebe und in für ihn stressigen Situationen nervös werde und «wie blockiert» sei (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 5 f., 9 f., 12, 17, 25, 29 f.; IV-Nr. 92.1 S. 3).

Vor diesem Hintergrund erscheint plausibel, dass Dr. phil. L. ____ aus neuropsychologischer Sicht gestützt auf das objektivierte kognitive Leistungsprofil sowie mit Blick auf die vergleichbaren Befunde aus der Voruntersuchung vom Oktober 2013 grundsätzlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der langjährigen Tätigkeit als Chauffeur postuliert, hingegen bei der Tätigkeit als Küchenhilfe einen leicht erhöhten Zeitbedarf sieht und darauf hinweist, dass eine optimal angepasste Tätigkeit der psychischen Belastbarkeit des Beschwerdeführers hinsichtlich Leistungs-/Zeitdruck und Arbeitsklima Rechnung tragen und den Fokus ausserdem nicht auf die Sprachproduktion legen sollte.

9.4

9.4.1 Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. M. ____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, werden nach einer eingehenden Befragung des Beschwerdeführers (IV-Nr. 92.1 S. 17 ff.) die Untersuchungsbefunde dargelegt, wobei auch die Ergebnisse aus der neuropsychologischen Begutachtung (vgl. E. II. 9.3 hievov) aufgeführt sind

(IV-Nr. 92.1 S. 22 f.). Zum psychiatrischen Befund hielt die Expertin fest, der Beschwerdeführer sei wach, zu allen Qualitäten (Ort, Zeit, Situation und eigener Person) ausreichend orientiert. Es bestünden leichte Langzeit- und Kurzzeitgedächtnisstörungen. Subjektiv würden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen geklagt. Während des eineinhalbstündigen Gesprächs sei keine Abnahme der Konzentration zu beobachten gewesen. Es gebe keinen Anhalt für psychotisches Erleben im Sinne von Wahrnehmungs- oder Sinnestäuschungen; keine Ich-Störungen. Formal gedanklich sei der Beschwerdeführer etwas verlangsamt, ansonsten bestünden keine Auffälligkeiten, keine inhaltlichen Denkstörungen. Es herrsche eine euthyme Grundstimmung vor und eine leicht herabgesetzte affektive Schwingungsfähigkeit; der Beschwerdeführer lächle nur selten, eher gegen Ende des Gesprächs. Eine innere Anspannung sei eher zu Beginn der Begutachtung zu beobachten. Es gebe Hinweise auf spezifische Phobien (Höhenangst, Flugangst). Der Antrieb sei auf normalem Niveau. Es bestehe kein ausgeprägter sozialer Rückzug und kein Anhalt für Selbst- oder Fremdgefährdung (IV-Nr. 92.1 S. 22).

9.4.2 Bezüglich Diagnosestellung hielt die Gutachterin sodann fest, zum aktuellen Zeitpunkt lasse sich beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht keine Symptomatik feststellen, die eine arbeitsfähigkeitsbeeinträchtigende Diagnose rechtfertigen würde. Der Beschwerdeführer präsentiere sich von der Stimmung her euthym, lediglich reduziert affektiv schwingungsfähig. Er selbst beklage keine Traurigkeit, betone nur deutlich verminderte Stresstoleranz im Arbeitsprozess. Während der Begutachtung habe weder eine Antriebs-/Energieminderung noch sozialer Rückzug eruiert werden können. Suizidalen Gedanken und Absichten habe der Beschwerdeführer verneint. Somit könne ein Rezidiv einer depressiven Episode leichten bis mittleren Grades, wie vom behandelnden Psychiater Dr. med. C. ___ im August 2017 und Dezember 2017 festgestellt, nicht bestätigt werden.

Bemerkenswert sei die Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer erneut an seinen behandelnden Psychiater gewandt habe, nachdem die IV-Stelle am 12. Juli 2017 den Vorbescheid getroffen habe, dass auf sein neues Leistungsbegehren nicht eingetreten werde. Infolgedessen habe Dr. med. C. ___ am 31. August 2017 einen Verlaufsbericht verfasst, in dem zwei in der ersten Behandlungsphase (2012 bis 2015) nie diskutierte Diagnosen ■ ängstlich-vermeidende (selbstunsichere) Persönlichkeitsstörung und soziale Phobie ■ aufgeführt seien. Dazu lasse sich Folgendes sagen: Die Hinweise auf die ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszüge ergäben sich aus der Schilderung der Situation in der Firma B. ___, als der Beschwerdeführer von einem Arbeitskollegen angegriffen worden sei und der Chef sich nicht genügend für ihn eingesetzt habe, was er (im Kontext anderer kleinerer Arbeitskonflikte) als Mobbing wahrgenommen und sich an die Opferhilfe gewandt habe.

Während der aktuellen Untersuchung hätten die Hauptkriterien der vermeidenden Persönlichkeitsstörung (Überzeugung, unattraktiv oder minderwertig im Vergleich zu anderen zu sein; ständige Besorgnis, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden) nicht bestätigt werden können. Der Beschwerdeführer habe sich selbst als jemanden bezeichnet, der ruhig und überlegt handle; er habe betont, dass er gerne Menschen möge und kontaktfreudig sei. Er engagiere sich ungern in Vereinen oder grossen Institutionen, pflege aber Kontakte in kleineren Gruppen oder Zweierbeziehungen. Das illustrierten seine jahrelangen Freundschaften (zwei Kollegen vom früheren Karambole-Spielclub), die gute Beziehung mit zwei erwachsenen Kindern und die langjährige Partnerschaft. Die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung / Akzentuierung

weise einige sich überschneidende Merkmale mit einer sozialen Phobie auf, vor allem das niedrige Selbstwertgefühl und die Furcht vor Kritik. Beide Symptome seien vom Beschwerdeführer nicht angegeben und auch während der aktiven Befragung verneint worden. Dagegen spreche auch folgendes Beispiel: Auf die Kritik betreffend sein Aussehen und das Arbeitstempo während der Eingliederungsmassnahme in einer Druckerei vom Dezember 2013 bis Juli 2014 habe der Beschwerdeführer adäquat und konstruktiv reagiert.

Der Beschwerdeführer gebe an, an Höhen- und Flugangst zu leiden, was den spezifischen Phobien zugeordnet werde (IV-Nr. 92.1 S. 23 f.).

Was die vom behandelnden Psychiater angegebene «psychische Vulnerabilität» anbelange, so die Gutachterin an anderer Stelle (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 26), sei dessen Schilderung, wonach es durch traumatische und belastende Ereignisse in der Kindheit (die während der aktuellen Begutachtung nicht hätten eruiert werden können) zu einer ungünstigen Persönlichkeitsentwicklung gekommen sei, nicht ganz nachvollziehbar. Ihres Erachtens habe sich die Tendenz, Konflikte zu vermeiden, nicht gerne im Mittelpunkt zu stehen, grössere Menschenmengen zu meiden, infolge des Stotterns, das nicht rechtzeitig behandelt worden sei und immer noch in Stress- und Aufregungssituationen auftrete, entwickelt. Der private und berufliche Lebensweg des Beschwerdeführers zeige, dass es ihm trotz dieser sprachlichen Einschränkung gelungen sei, Partnerschaften einzugehen, sich über mehrere Jahre an einem Arbeitsplatz zu behaupten und seine Hobbys zu pflegen.

Beim Beschwerdeführer bestehe ein schädlicher Alkoholgebrauch, wenn auch aktuell, nach subjektiven Angaben, in mässigen Mengen. Daraufhin deute der erhöhte CDT-Wert, bei allerdings normwertiger Gamma-GT (vgl. Laborwerte, IV-Nr. 92.1 S. 22 und IV-Nr. 92.3). Die genaue Entwicklung sei rückwirkend schwer beurteilbar, da keine Beobachtungen bzw. Unterlagen aus den Jahren 2006 bis 2012 vorlägen. Damals habe der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben bis zu einem Liter Wein am Tag getrunken. In den Berichten von Dr. med. C.____ vom Februar und Juli 2014 werde sein Konsumverhalten nur knapp beschrieben, nämlich, dass ab Frühling 2014, nach halbjähriger Abstinenz während der Behandlung der Folgen des Hirninfarkts, wieder ein «kontrolliertes, gesellschaftliches Trinken» bestehe. Gegen die Alkoholabhängigkeit sprächen vom Beschwerdeführer verneinte Toleranzentwicklung und Kontrollverminderung sowie nie erlebte Entzugssymptomatik. Es sei durchaus anzunehmen, dass die konfliktreiche Arbeitssituation die Entwicklung des Alkoholmissbrauchs begünstigt habe. Da sich der Beschwerdeführer jedoch bis Dezember 2012 nicht in Behandlung befunden habe, müsse die Frage, ob eine relevante psychische Störung Ursache der Suchtentwicklung gewesen sei, verneint werden. Weil im aktuellen Zeitpunkt keine alkoholkonsumbedingten kognitiven Einschränkungen bestünden (die neuropsychologische Untersuchung zeige eine minimale kognitive Leistungsstörung) und auch die Leberwerte erfreulicherweise im Normbereich lägen, könne die Frage nach irreversiblen Suchtfolgeschäden ebenso verneint werden (IV-Nr. 92.1 S. 24).

9.4.3 Bezüglich Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen hielt Dr. med. M.____ fest, der Beschwerdeführer verfüge über viele Ressourcen und Fähigkeiten. In Anbetracht des Ratingbogens Mini-ICF-APP liessen sich keine Beeinträchtigungen der wichtigsten Fähigkeiten (Anpassung an Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen sowie Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit) feststellen. Sowohl am Arbeitsplatz als Chauffeur bei der Firma B.____ als auch während der letzten Anstellung als Küchenhilfe habe er seine Durchhaltefähigkeit trotz verschiedener ungünstiger Faktoren bewiesen. Leicht- bis

mittelgradig beeinträchtigt seien lediglich Selbstbehauptungsfähigkeit und Gruppenfähigkeit. Uneingeschränkt erschienen aber Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie familiäre Beziehungen und Spontanaktivitäten.

Wie dem Fallbericht der Wiedereingliederungsmassnahme, die knapp sechs Monate dauerte, zu entnehmen sei, habe sich der Beschwerdeführer kooperativ, motiviert und kritikfähig gezeigt. Auch während der aktuellen Untersuchung habe er seine Enttäuschung darüber geäußert, dass er die versprochene Anstellung in der Druckerei nicht bekommen habe. Negative Auswirkungen, zumindest beim Erstkontakt, könnte man lediglich dem Stottern zuzuschreiben, wobei diese sprachliche Behinderung nicht so ausgeprägt sei, dass die Verständigung beeinträchtigt sei. Nachdem sich der Beschwerdeführer an die Situation gewöhnt habe, sei die Sprache ausserdem flüssig und das Stottern trete nur in Situationen auf, die der Beschwerdeführer als «Stresssituation» bezeichne. Die Beobachtungen während des Belastbarkeitstrainings und seine knapp anderthalbjährige Tätigkeit im Bergrestaurant zeigten, dass das Stottern keinesfalls die Eingliederung in ein neues Team oder seine Arbeitsfähigkeit einschränke (IV-Nr. 92.1 S. 26).

9.4.4 Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. med. M.____ dahingehend, dass der Beschwerdeführer zum aktuellen Zeitpunkt in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenhilfe 100 % tätig sein könne. Die Präsenzzeit betrage uneingeschränkt acht Stunden. Es bestehe eine qualitative Leistungseinschränkung von ca. 10 % infolge eines verringerten Arbeitstempos sowie reduzierter Belastbarkeit unter stressigen Bedingungen. Die 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe unverändert seit 2016 (nach Angaben des Beschwerdeführers habe er zwar auf Abruf, unter anderem bei schönem Wetter aber bis zu einem Pensum von 100 % gearbeitet), da sich weder aus dem psychiatrischen Bericht noch aus den subjektiven Angaben entnehmen lasse, dass eine weitere depressive Episode in der Zwischenzeit eingetreten sei.

Eine optimal angepasste Tätigkeit sollte nach Einschätzung der Expertin in keinem Fall einen Zeit- und Leistungsdruck für den Beschwerdeführer aufweisen. Auch häufige Kundenkontakte wegen seines Stotterns sollten vermieden werden. Ansonsten seien psychiatrischerseits keine weiteren Forderungen zu stellen. Die maximale Präsenz wäre, wie auch bei der bisherigen Tätigkeit, acht Stunden am Tag. Unter optimalen Bedingungen könne eine Leistungsfähigkeitsminderung ausgeschlossen werden. Eine solche Tätigkeit könne jederzeit begonnen werden, auch in vollem Umfang. Die Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Kontakt, bedingt durch die Sprachstörungen, könnten sich vielleicht zu Beginn der Unterhaltung ungünstig auswirken, dauerhaft bestünden jedoch keine Schwierigkeiten, die den Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt verhindern könnten. (IV-Nr. 92.1 S. 26 f.).

9.4.5 Auch das psychiatrische Teilgutachten vermag in diagnostischer Hinsicht zu überzeugen. So leuchtet ein, dass Dr. med. M.____ in Anbetracht des erhobenen und bis auf leichte Langzeit- und Kurzzeitgedächtnisstörungen unauffälligen Psychostatus sowie der Ergebnisse gemäss Mini-ICF-APP keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen erheben konnte. Die Gutachterin hat sich ausserdem mit den Vorakten bzw. den von Dr. med. C.____ erhobenen Befunden auseinandergesetzt und in nachvollziehbarer Weise aufgezeigt, weshalb sie weder ein Rezidiv einer depressiven Episode noch eine Persönlichkeitsstörung und/oder soziale Phobie bestätigen kann. Plausibel erscheinen auch die gutachterlichen Ausführungen zum Alkoholkonsum des Beschwerdeführers, woraus ersichtlich wird, weshalb die Gutachterin (gestützt auf Laborwerte, Anamnese und

Vorakten) von einem schädlichen Alkoholgebrauch und nicht von einer Alkoholabhängigkeit ausgeht.

In Bezug auf die Frage der Arbeits(un)fähigkeit ist hingegen unklar, wie die von Dr. med. M. ___ erwähnte «qualitative Leistungseinschränkung von ca. 10 % infolge eines verringerten Arbeitstempos sowie reduzierter Belastbarkeit unter stressigen Bedingungen» (IV-Nr. 92.1 S. 26; vgl. E. II. 9.4.4 hievon) einzuordnen ist. Eine solche sieht die Gutachterin in Bezug auf die bisherige Tätigkeit, wobei sie als solche die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Küchenhilfe anführt. Insgesamt geht aus den gutachterlichen Ausführungen aber nicht eindeutig hervor, ob es sich bei der postulierten Einschränkung letztlich um eine Quantifizierung des von der neuropsychologischen Expertin für die Arbeit als Küchenhilfe erwähnten «leicht erhöhten Zeitbedarfs» und/oder der von Dr. phil. L. ___ allgemein beschriebenen (grundsätzlich plausiblen) situativ verminderten psychischen Belastbarkeit des Beschwerdeführers handelt, und ob Dr. med. M. ___ damit überhaupt die Aussage einer um 10 % verminderten Arbeitsfähigkeit treffen wollte, da sie gleichzeitig auch für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausging (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 26 unten, S. 27).

Die Annahme einer 10%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vermöchte jedenfalls nicht zu überzeugen: Gemäss den von der Beschwerdegegnerin nach der Begutachtung eingeholten Auskünften des ehemaligen Vorgesetzten, H. ___, und den damit im Wesentlichen übereinstimmenden Ausführungen des Beschwerdeführers (auf denen auch die entsprechenden Aussagen von Dr. med. C. ___ beruhen; vgl. IV-Nr. 101 S. 21; E. II. 8.5 und 8.7) muss hinsichtlich der Tätigkeit als Küchenhilfe im Bergrestaurant E. ___ von einem Arbeitsversuch (vgl. Beschwerde, A.S. 20) bzw. einer Verweistätigkeit mit nicht optimal angepasstem Tätigkeitsprofil ausgegangen werden. Allfällige diesbezügliche Einschränkungen liessen sich somit nicht auf die langjährige (angestammte) Tätigkeit als Chauffeur oder optimal angepasste Verweistätigkeiten, für welche die Gutachter keine Einschränkungen sehen, übertragen. Grundsätzlich gegen eine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (infolge verminderter psychischer Belastbarkeit) spräche sodann auch der Umstand, dass die psychiatrische Gutachterin nachvollziehbarerweise gerade keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erheben konnte. Die von Dr. med. M. ___ angeführte Einschränkung liesse sich demnach auf keine entsprechende Diagnose stützen und könnte daher keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Allenfalls ging die Gutachterin aber auch davon aus, die neuropsychologisch festgestellte Abweichung bewege sich im Normbereich und basiere nicht auf einer Krankheit. Dies würde auch erklären, weshalb Dr. med. M. ___ an anderer Stelle ■ wie bereits erwähnt ■ durchwegs von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit sprach.

So oder anders vermag diese Unklarheit in den Ausführungen der psychiatrischen Expertin den Beweiswert ihres ansonsten überzeugenden Teilgutachtens nicht zu schmälern. Ob die im Gutachten gestellten Diagnosen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nach Art. 4 Abs. 1 IVG darstellen, ist eine frei überprüfbare Rechtsfrage (BGE 140 V 193 E. 3.1 f. S. 195 f.). Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verlöre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_283/2015 vom 24. Juni 2015 E. 3; SVR 2015 IV Nr. 16 S. 45 E. 2.3 [9C_662/2013]; Urteil 9C_3/2015 vom 20. Mai 2015 E. 3.3.2). Vor diesem Hintergrund ist es entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. A.S. 27) nicht zu

beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung grundsätzlich von einer 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen ist.

Da im beweiswertigen psychiatrische Teilgutachten eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, wie dargelegt, in überzeugender Weise verneint wurde, kann ausserdem auf die Durchführung einer Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

9.5 Auch die weiteren Rügen des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 5.2 hievor) vermögen den Beweiswert des D.____-Gutachtens nicht in Frage zu stellen:

So waren die Probleme des Beschwerdeführers an der letzten Arbeitsstelle im Bergrestaurant E.____ den Gutachtern ■ auch ohne den Bericht des Arbeitgebers vom 30. Januar 2019 (E. II. 8.10.2) ■ ebenso bekannt (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 9, S. 17 unten, S. 20, S. 30 oben) wie die als Hauptbeschwerde geklagte verminderte psychische Belastbarkeit im Allgemeinen (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 5 f., 9 f., 12, 17, 25, 29 f.; IV-Nr. 92.1 S. 3; siehe auch E. II. 9.3.4 hievor). Soweit sich die Beschwerden in den eigenen fachärztlichen Untersuchungen objektiveren liessen, wurden sie denn auch bei Festlegung des zumutbaren Leistungsprofils berücksichtigt (Vermeidung von Zeit-/Leistungsdruck sowie häufiger Kundenkontakte; vgl. E. II. 9.3.3 und 9.4.4 hievor). Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde kann damit nicht gesagt werden, die Ergebnisse der berufspraktischen Erprobung im Bergrestaurant E.____ seien nicht berücksichtigt worden. Wie bereits dargelegt (E. II. 9.4.5 hievor) ist denn auch davon auszugehen, dass es sich bei der Tätigkeit im Bergrestaurant gerade nicht um eine optimal angepasste Tätigkeit handelte bzw. es waren entsprechende Anpassungen notwendig (wie die Beschränkung auf die wenigen nicht so exponierten Arbeitsbereiche in einem Restaurant). Hingegen erscheint die Arbeit als Chauffeur, je nach Ausgestaltung, mit Blick auf das zumutbare Leistungsprofil geeignet zu sein. Jedenfalls konnte der Beschwerdeführer als Chauffeur rund 28 Jahre lang im Vollzeitpensum arbeiten und gab denn auch gegenüber den Gutachtern an, er habe bei seiner Tätigkeit als Chauffeur keine Schwierigkeiten gehabt, auch beim Sprechen nicht, ausser wenn der Chef ihn angerufen habe (IV-Nr. 92.2 S. 4, Ziff. 3.2.7 zum arbeitsbezogenen Beschwerdebild). Gestützt auf die nachvollziehbare gutachterliche Beurteilung ist denn auch nicht ersichtlich, weshalb der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit nicht in seiner (angestammten) langjährig ausgeübten Tätigkeit als Chauffeur oder in einer anderen, dem zumutbaren Leistungsprofil entsprechenden Tätigkeit sollte verwerten können. Im Weiteren stellt es keinen Mangel des Gutachtens dar, wenn sich die Gutachterinnen und Gutachter unter dem Titel «angestammte Tätigkeit» zu beiden letzten Tätigkeiten des Beschwerdeführers (Chauffeur und Küchenhilfe) geäussert haben.

Ebenfalls nicht zu beanstanden ist, dass RAD-Arzt Dr. med. F.____ seine Meinung nach Einholung des polydisziplinären Gutachtens geändert hat. Zum einen hatte der RAD-Psychiater den Beschwerdeführer nie selber untersucht; zum andern wurde das Gutachten gerade deshalb eingeholt, weil zuvor keine zuverlässige Beurteilung möglich war. Es liegt daher in der Natur der Sache, dass frühere auf unzureichenden oder unvollständigen medizinischen Grundlagen basierende Meinungen gestützt auf eine spätere beweiswertige und umfassende Expertise revidiert werden (müssen). Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass sich die Beschwerdegegnerin vorliegend (zu Recht) auf das D.____-Gutachten abstützt. Aus einer gegebenenfalls fehlerhaften Stellungnahme des RAD vermag der Beschwerdeführer daher nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, was auch für die von ihm als falsch erachtete Beurteilung der Alkoholproblematik durch den RAD gilt.

Diese wurde im Gutachten, wie bereits dargelegt, eingehend und schlüssig abgehandelt; insbesondere hat die psychiatrische Gutachterin nachvollziehbar dargelegt, weshalb «lediglich» ein schädlicher Alkoholkonsum, nicht aber eine Alkoholabhängigkeit vorliege (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 18 und 24; siehe E. II. 9.4.2 hievor).

Weiter lässt der Beschwerdeführer rügen, die Gutachter hätten die sich aus den Militärakten ergebenden Hinweise auf eine psychische Problematik bereits im Alter von 19 Jahren nicht beachtet. Aus den genannten Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Aushebung im Jahr 1977 als untauglich eingestuft worden war, hauptsächlich aufgrund der erlittenen Verletzung am rechten Auge. Daneben deklarierte der Beschwerdeführer als sonstige Leiden gewisse psychische Auffälligkeiten (vgl. E. II. 8.8 hievor). Daraus lässt sich für die Arbeitsfähigkeit im Verfügungszeitpunkt jedoch nichts ableiten, zumal der Beschwerdeführer später rund 28 Jahre lang voll erwerbstätig war. Wenn damals bereits Beschwerden wie eine erhöhte Nervosität oder Stottern vorlagen, wirkten sie sich in der Folge demnach nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Dass die psychiatrische Gutachterin bezüglich militärärztlicher Akten keine weiteren Abklärungen vorgenommen hat, vermag damit ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Protokoll der öffentlichen Verhandlung vom 6. Oktober 2020, A.S. 55 ff.) ■ keinen Mangel am Gutachten zu begründen. Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Begutachtung selbst deklarierte, nicht im Militär gewesen zu sein, da er als Kind im Alter von zehn Jahren beim Spielen im Wald durch einen Ast fast das rechte Auge verloren habe, von psychischen Beschwerden oder Auffälligkeiten in diesem Zusammenhang jedoch nichts erwähnte (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 19; siehe auch IV-Nr. 92.1 S. 30, wonach der Beschwerdeführer auch gegenüber der neurologischen Gutachterin angab, dass er wegen der Augenverletzung keinen Militärdienst habe leisten müssen). Somit gab es für die Gutachterin keine Veranlassung für weitere Nachforschungen. Nicht haltbar ist vor diesem Hintergrund auch der Vorwurf an die (gemäss Auszug aus dem Medizinalberuferegister, Urkunde 6) ursprünglich aus der Sowjetunion stammende Gutachterin, nicht ausreichend mit den hiesigen militärdienstlichen bzw. militärärztlichen Gepflogenheiten vertraut zu sein. Auch der Vorhalt, in der ehemaligen Sowjetunion habe man eine andere Einstellung zu psychiatrischen Leiden gehabt, stellt die in Deutschland erworbene und durch die zuständigen schweizerischen Behörden seit August 2008 anerkannte fachärztliche Qualifikation von Dr. med. M. ___ als Psychiaterin nicht in Frage und es ergeben sich auch keine anderweitigen Hinweise aus den Akten, die auf eine (behauptete) mangelhafte Kommunikation anlässlich der Begutachtung oder eine anderweitige Nichteignung der Gutachterin schliessen lassen würden.

Was die (jugend-)psychologische Abklärung / Beratung im Kindesalter wegen des Stotterns angeht, war diese den Gutachtern bekannt, ebenso, dass sich der Beschwerdeführer in der Schule während einer gewissen Zeit nur schriftlich äusserte (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 11, 19 und 25). Gleichzeitig hielt die psychiatrische Gutachterin fest, der Beschwerdeführer habe sich nach seinen Aussagen in keiner logopädischen oder kinderpsychiatrischen Behandlung befunden (IV-Nr. 92.1 S. 25). Entgegen den Vorbringen in der Beschwerde kann darin kein Widerspruch innerhalb des Gutachtens erblickt werden, handelt es sich dabei doch um (allenfalls widersprüchliche) Aussagen des Beschwerdeführers selbst bzw. eine Abklärung / Beratung ist nicht zwingend mit einer Behandlung gleichzusetzen. Dass die von den Gutachtern erhobene psychologische Abklärung / Beratung im Kindesalter nicht gross gewichtet wurde, ist mit Blick auf die spätere erfolgreiche berufliche Laufbahn nicht

zu bemängeln. Gleiches gälte grundsätzlich auch für die von Dr. med. C.____ im Neuanmeldungsverfahren erstmals und in einem Satz erwähnten traumatischen und belastenden Ereignisse in der Kindheit (sexueller Missbrauch im Kleinkindalter; vgl. IV-Nr. 73 S. 5; E. II. 8.1), welche jedoch durch die psychiatrische Gutachterin nicht eruiert werden konnten (IV-Nr. 92.1 S. 26; vgl. E. II. 9.4.2 hievor). Auch anderweitige einschneidende oder erschütternde Erlebnisse nannte der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Exploration nicht (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 21). Was das vom Beschwerdeführer anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 6. Oktober 2020 angerufene Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2015.308 vom 3. November 2017 (Urkunde 7) in einem sachverhätlich anders gelagerten Fall anbelangt, vermag der Beschwerdeführer daraus weder einen generellen noch für den vorliegenden Fall bestehenden Anspruch auf Beizug allfälliger schulpyschologischer Akten abzuleiten.

Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer, wenn er in den biographischen Ereignissen in der Kindheit ■ gestützt auf die Einschätzung seines behandelnden Psychiaters ■ die Grundlagen für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung bestätigt sehen will. Der psychiatrischen Gutachterin, Dr. med. M.____, waren die (sich im Laufe der Zeit verändernden) Stellungnahmen von Dr. med. C.____ bekannt und sie hat schlüssig dargelegt, weshalb (entgegen der Einschätzung des behandelnden Psychiaters) weder die Voraussetzungen für eine Persönlichkeitsstörung noch für eine soziale Phobie erfüllt sind (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 23 f., 26; siehe E. II. 9.4.2 hievor). Daran vermag auch die Bezugnahme der neuropsychologischen Gutachterin auf allfällige persönlichkeitsrelevante Aspekte des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Dass die Ausführungen im neuropsychologischen Gutachten ausserdem eine wesentlich höhere Einschränkung implizierten, erweist sich in Anbetracht der von Dr. phil. L.____ erhobenen und im Vergleich zur Voruntersuchung im Oktober 2013 unveränderten minimalen neuropsychologischen Störung (bei gleichzeitig postulierter 100%iger Arbeitsfähigkeit) nicht als haltbar. Bezüglich der vom Gutachten abweichenden Beurteilung von Dr. med. C.____ ist ausserdem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E. II. 4.3 hievor). Diesbezüglich erscheint es zumindest als auffällig, dass Dr. med. C.____ erstmals Ende August 2017 die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt hat (vgl. E. II. 8.1 hievor), nachdem dem Beschwerdeführer, welcher seine Neuanmeldung zunächst mit dem erneuten Auftreten einer Depression begründet hatte (vgl. IV-Nr. 67), im Juli 2017 ein Nichteintreten auf sein Leistungsbegehren in Aussicht gestellt worden war (vgl. IV-Nr. 72; siehe auch E. I. 2 hievor). Zuvor waren auch für den behandelnden Psychiater, der den Beschwerdeführer bereits über einen längeren Zeitraum vom Dezember 2012 bis September 2015 (vgl. IV-Nr. 73 S. 1) behandelte, keine entsprechenden Anhaltspunkte, wie akzentuierte Persönlichkeitszüge oder Hinweise auf traumatische Kindheitserlebnisse, explorierbar.

Schliesslich vermag auch der an der öffentlichen Verhandlung vom 6. Oktober 2020 nachgereichte und nach dem Verfügungszeitpunkt ergangene Verlaufsbericht von Dr. med. C.____ vom 17. Juli 2019 (Urkunde 5) keine Zweifel am D.____-Gutachten zu erwecken, zumal dieser Verlaufsbericht im Wesentlichen nochmals die bereits mit Bericht vom 31. August 2017 (vgl. E. II. 8.1 hievor) geäusserte Einschätzung enthält. Diese war den Gutachtern bekannt und Dr. med. M.____ legte, wie vorstehend bereits erwähnt, nachvollziehbar dar, weshalb die Hauptkriterien einer Persönlichkeitsstörung aus

fachärztlicher Sicht nicht als erfüllt betrachtet werden können. Ausserdem hielt sie ausdrücklich fest, dass sie die von Dr. med. C.____ erhobenen traumatischen Kindheitserlebnisse anlässlich ihrer Untersuchung nicht habe eruieren können (vgl. E. II. 9.4.2 hievor). Soweit der behandelnde Psychiater hinsichtlich Alkoholproblematik eine seit bald einem Jahr andauernde Abstinenz erwähnt, bestätigt dies im Übrigen die gutachterliche Feststellung, wonach beim Beschwerdeführer keine Alkoholabhängigkeit vorliege.

Hinsichtlich Kontaktfähigkeit zu Dritten und zur Familie rügt der Beschwerdeführer eine nicht vollständig erfasste und damit nicht richtig beurteilte Beziehung zu Frau G.____ (vgl. Beschwerde, A.S. 33 f.). Gegenüber den Gutachtern hat der Beschwerdeführer nach der Familien-/Sozialanamnese und/oder dem Tagesablauf befragt wiederholt ausdrücklich von seiner Partnerin gesprochen und ausgeführt, er lebe seit 20 bzw. 22 Jahren in einer Beziehung/Partnerschaft und seine Lebenspartnerin (Frau G.____) bewohne die zweite Wohnung in seinem Zweifamilienhaus (im oberen Stock) und zahle ihm Miete (IV-Nr. 92.1 S. 11, 12, 18, 20, 21, 30, 31). Er koche für sich und die Partnerin (IV-Nr. 92.1 S. 21, 31). Ausserdem erwähnte er, die Partnerin habe aus der ersten Beziehung einen Sohn, den sie gemeinsam grossgezogen hätten und zu dem er eine gute Beziehung habe (IV-Nr. 92.1 S. 20). Dass die Gutachter gestützt auf diese Angaben des Beschwerdeführers von einer langjährigen (intakten) Partnerschaft ausgingen (IV-Nr. 92.1 S. 25; vgl. auch S. 15), obwohl es sich gemäss Ausführungen in der Beschwerdeschrift nicht (mehr) um eine emotionale Lebenspartnerin handle, sondern nur noch um eine faktisch-materielle Wohnpartnerin, kann ihnen nicht angelastet werden und es ist auch nicht ersichtlich, weshalb bzw. was namentlich die psychiatrische Gutachterin hätte nachfragen müssen. Ausserdem ist es nicht falsch, wenn im Gutachten von einer langjährigen Partnerschaft die Rede ist, selbst wenn es zu einer Trennung gekommen sein sollte. So ist denn auch nicht ersichtlich, weshalb die Schlussfolgerung betreffend (guter bzw. uneingeschränkter) Kontaktfähigkeit des Beschwerdeführers deshalb unzutreffend sein sollte.

Unbehelflich ist schliesslich auch das Argument des Beschwerdeführers, Stresssituationen führten bei ihm zu gravierenden Sekundärfolgen, wie der im Oktober 2013 erlittene Hirnschlag. Zum einen ist der Hirnschlag gemäss den überzeugenden Ausführungen im internistischen und neurologischen Teilgutachten (vgl. E. II. 9.1 und 9.2 hievor) primär im Zusammenhang mit den diesbezüglichen (zwischenzeitlich jedoch gut eingestellten bzw. medikamentös behandelten) Risikofaktoren des Beschwerdeführers zu sehen (und nicht mit Stresssituationen). Zum andern hat sich der Beschwerdeführer davon nahezu vollständig erholt, sodass weder im Zeitpunkt der erstmaligen rechtskräftigen Leistungsablehnung im Februar 2015 (vgl. E. II. 7 hievor) noch im Zeitpunkt der streitigen neuen Verfügung vom 24. Mai 2019 Einschränkungen vorhanden waren. Anderweitige mögliche Sekundärfolgen sind nicht ersichtlich. Entsprechend ist denn auch keine Veränderung ausgewiesen.

10. Nach dem Gesagten erweist sich das polydisziplinäre D.____-Gutachten als beweiswertig, womit sich die Einholung eines Gerichtsgutachtens erübrigt. Es liegen beim Beschwerdeführer somit keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen vor und auch in neuropsychologischer Hinsicht ist der aktuelle Befund mit demjenigen gemäss Voruntersuchung im Oktober 2013 vergleichbar. Entsprechend ist denn auch keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf die Durchführung einer Invaliditätsberechnung verzichtet hat. Nachdem keine invaliditätsrelevante Diagnose mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erstellt ist, besteht zudem auch kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen.

11. Im Ergebnis ist damit im Vergleich zur ersten rechtskräftigen Leistungsablehnung im Februar 2015 keine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten. Die Beschwerdegegnerin hat die im Rahmen der Neuanmeldung geltend gemachten Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 25. Mai 2019 (IV-Nr. 113; A.S. 1 ff.) daher zu Recht abgewiesen. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

13. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird beschlossen und erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

4. Eine Kopie des Verhandlungsprotokolls vom 6. Oktober 2020 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

5. Je eine Kopie der an der öffentlichen Verhandlung vom 6. Oktober 2020 eingereichten Unterlagen (Urkunden 5 ■ 7) sowie der Kostennote vom 6. Oktober 2020 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Wittwer

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_634/2020 vom 4. Mai 2021 bestätigt.

E. 6

Der frühere Vorgesetzte des Beschwerdeführers im Bergrestaurant E. ____, Herr H. ____, sei als Zeuge gerichtlich zu befragen (Beweisthema: effektive Arbeitsleistung des Beschwerdeführers, Nischenarbeitsplatz und Umstände der Auflösung des Arbeitsverhältnisses).

E. 7

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit einzuberufen und durchzuführen.

E. 8

Vor Eröffnung des materiellen Entscheids sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung zu geben.

E. 8.10

8.10.1 Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin (vgl. IV-Nr. 106) reichte der Beschwerdeführer am 18. Januar 2019 verschiedene Unterlagen zu seiner Anstellung im Bergrestaurant E.____ zu den Akten (vgl. IV-Nr. 107). Dem Arbeitszeugnis des ehemaligen Betriebsleiters und Vorgesetzten des Beschwerdeführers, I.____, vom 31. Dezember 2016 (IV-Nr. 107 S. 4) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 15. Juni 2015 bis zum 31. Dezember 2016 hauptsächlich für die Reinigung des Geschirrs von Restaurant und Küche, das Rüsten von Gemüse, die Mithilfe beim Anrichten von Salaten und Desserts, die fach- und sachgerechte Lagerung der Lebensmittel, Ordnung und Sauberkeit in der Küche sowie die Einhaltung der Lebensmittelvorschriften verantwortlich gewesen sei. Der Beschwerdeführer könne als pünktlicher, zuverlässiger und pflichtbewusster Mitarbeiter weiterempfohlen werden. Er habe seine Aufgaben bereitwillig und sorgfältig erledigt; seine Umgangsformen seien korrekt und gut und sein Verhalten gegenüber Vorgesetzten und Kollegen einwandfrei. Da ein Pächterwechsel anstehe, sei das Arbeitsverhältnis aufgelöst worden. Man würde den Beschwerdeführer aber jederzeit wieder einstellen. 8.10.2

Gegenüber der Beschwerdegegnerin erteilte Herr I.____ am 30. Januar 2019 folgende Auskünfte (IV-Nr. 109 S. 1): Die Arbeiten des Beschwerdeführers im Bergrestaurant E.____ seien im geschützten Rahmen erfolgt. Er sei mit einfachen Arbeiten beschäftigt worden und es sei auch darauf geachtet worden, dass immer eine Arbeit nach der anderen zugeteilt worden sei, damit der Beschwerdeführer in seinem Tempo arbeiten können.

Hauptsächlich habe er an der Abwaschmaschine gearbeitet, dort habe er sich wohl gefühlt und wenn er eine Pause gebraucht habe, habe er sich diese nehmen können. Leistungsdruck sei für den Beschwerdeführer sehr schlecht; er sei nervös geworden und habe angefangen zu stottern, danach habe er den Stress nicht verarbeiten können und sei unsicher und müde geworden. Ein Stellenbeschrieb existiere nicht. 9. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre D.____-Gutachten vom 16. Mai 2018 (IV-Nrn. 92.1 – 92.3), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Das D.____-Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärztinnen und Fachärzten sowie einer Fachpsychologin für Neuropsychologie, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Anamnese erhoben (IV-Nr. 92.1 S. 9 – 14, 17 – 23, 28 – 32; IV-Nr. 92.2 S. 3 – 6; vgl. auch IV-Nr. 92.3 betreffend Laboruntersuchung) sowie die ihnen vorliegenden Vorakten studiert haben (IV-Nr. 92.1 S. 35 – 53; IV-Nr. 92.2 S. 2). Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt. 9.1 Im

allgemeininternistischen Teilgutachten wurde ausgeführt, aus internistischer Sicht liege eine Hypertonie vor mit den Risikofaktoren einer Hyperlipidämie, Nikotinabusus und chronischem C2-Abusus. Dieser bestehe seit Jahren. Am 30. September 2013 habe der Beschwerdeführer einen ischämischen Insult der Arteria cerebri media mit brachiofazialer Hemiparese links erlitten. Die erfolgte Rehabilitation sei abgeschlossen und in der aktuellen

Untersuchung seien keine Residuen feststellbar. Die Hypertonie sei adäquat behandelt. Dies gelte auch für die Hyperlipidämie. Der chronische C2-Abusus bestehe weiterhin. Er sei wahrscheinlich ursächlich für den Vitamin B12-Mangel (IV-Nr. 92.1 S. 15). Als weitere Diagnosen ergaben sich für den allgemeininternistischen Gutachter gestützt auf die Anamnese sowie die Vorakten ein Status nach Hernienoperation links vor ca. zwanzig Jahren sowie ein Status nach Verletzung des rechten Auges am 10. April 1968 (Unfall im Jugendalter) mit deutlichem Visusverlust (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 10, 14), was jedoch weder für die langjährig ausgeübte Tätigkeit als Chauffeur noch für das erfolgreiche Absolvieren des Staplerkurses im Rahmen der Erstanmeldung (vgl. IV-Nr. 38, 59) ein Hindernis darstellte, obschon beides ein einigermaßen intaktes Sehvermögen erfordert. Der Beschwerdeführer macht denn auch keine ophthalmologischen Einschränkungen geltend. Aufgrund der erhobenen Diagnosen erscheint es nachvollziehbar, dass aus allgemeininternistischer Sicht in der aktuellen Begutachtung keine Einschränkungen von Relevanz mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt wurden (IV-Nr. 92.1 S. 15 f.).

9.2 Gemäss neurologischem Teilgutachten habe der Beschwerdeführer berichtet, dass er schnell nervös werde und nicht mehr so belastbar sei wie früher. In Überforderungssituationen «mache es schnell zu». In Bezug auf den Schlaganfall im Oktober 2013 bestünden subjektiv keine wesentlichen Einschränkungen mehr. Er dürfe auch wieder Autofahren. Bei Anspannung entwickle er Sprechschwierigkeiten bis zum Stottern; dieses Problem habe er aber auch schon vor dem Hirnschlag gekannt (IV-Nr. 92.1 S. 28 f.). Die neurologische Gutachterin hielt als einzige Diagnose (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eine lakunäre Ischämie im Mediatromgebiet rechts im Oktober 2013 mit komplett regredientem brachiofazial betontem Hemisyndrom links und vaskulären Risikofaktoren (Nikotinabusus, Hypercholesterinämie, Hypertonie) fest (IV-Nr. 92.1 S. 33). Im Rahmen des auf die Akutversorgung folgenden Rehabilitationsaufenthaltes in der Rehaklinik K.____ (14. Oktober 2013 bis 1. November 2013) hätten sich funktionelle Verbesserungen der Motorik und der Gehfähigkeit ergeben. Ausserdem habe auch eine neuropsychologische Testung stattgefunden, in der sich ein durchschnittliches bis überdurchschnittliches Leistungsprofil gezeigt habe. Bei unauffälligem kognitivem Leistungsprofil sei die Fahreignung als gegeben betrachtet worden, bei noch verminderter körperlicher Belastbarkeit aber nur ein stufenweiser Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess empfohlen worden. Im weiteren Verlauf hätten keine neurologischen Untersuchungen mehr stattgefunden und subjektiv habe sich der Beschwerdeführer von den damaligen Einschränkungen auch so gut wie komplett erholt. Im aktuellen klinischen Neurostatus zeigten sich noch Reflexdifferenzen zugunsten von links als Hinweis auf die stattgehabte cerebrale Ischämie. Alltagsrelevante Einschränkungen seien hingegen nicht zu erkennen (IV-Nr. 92.1 S. 32 f.). Da die Expertin aktuell keine relevanten neurologischen Symptome erheben konnte (vgl. auch den regelrechten bzw. unauffälligen Untersuchungsbefund in IV-Nr. 92.1 S. 32), leuchtet ein, dass sie den Beschwerdeführer aus rein neurologischer Sicht als voll arbeitsfähig einstufte (IV-Nr. 92.1 S. 34). Auffällig sei im Rahmen des Untersuchungsgesprächs allerdings gewesen, dass der Beschwerdeführer schnell nervös werde und in solchen Situationen auch zu stottern beginne. Gemäss den aktuellen Angaben bestehe eine Einschränkung der Belastbarkeit. Diese scheine aber auf psychischen und nicht auf neurologischen bzw. neuropsychologischen Faktoren zu beruhen; insofern müsse dieser Punkt aus psychiatrischer Sicht beurteilt werden (IV-Nr. 92.1 S. 33).

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 4. Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 18. September 2019 auf eine Beschwerdeantwort und beantragt die Abweisung der Beschwerde (A.S. 44). 5. Mit Eingabe vom 30. September 2019 (A.S. 46 ff.) reicht der Vertreter des Beschwerdeführers eine Kostennote zu den Akten. 6. Mit Verfügung vom 12. Mai 2020 (A.S. 52 f.) werden die Anträge des Beschwerdeführers auf Partei- und Zeugenbefragung sowie Beizug weiterer Akten (militärärztliche Originalakten, Arbeitslosenakten) abgewiesen. Gleichzeitig werden die Parteien zur vom Beschwerdeführer beantragten öffentlichen Verhandlung vor dem Versicherungsgericht vom 6. Oktober 2020 vorgeladen, wobei der Beschwerdegegnerin das Erscheinen freigestellt wird. 7. Am 6. Oktober 2020 führt das Versicherungsgericht die erwähnte öffentliche Verhandlung durch (vgl. Verhandlungsprotokoll vom 6. Oktober 2020, A.S. 55 ff.). Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht weitere Unterlagen (Urkunden 5 – 7) zu den Akten und wiederholt die in der Beschwerde vom 24. Juni 2019 gestellten Beweisanträge (Beizug der militärärztlichen Original-Akten und der Arbeitslosenakten, Befragung von Frau G.____ und Herrn I.____ sowie Einholung eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens; vgl. Rechtsbegehren, Ziff. 2b, 3 – 6). Nach eingehender Beratung (unter Ausschluss der Parteien) eröffnet das Gericht dem Beschwerdeführer und seinem Vertreter, dass die Urkunden 5 – 7 zu den Akten genommen und die Beweisanträge abgewiesen werden. Sodann hält der Vertreter des Beschwerdeführers sein Plädoyer. In der Folge schliesst der Präsident des Versicherungsgerichts die öffentliche Verhandlung. Im Nachgang zur Verhandlung reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine ergänzende Kostennote (A.S. 60) ein. 8. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Der massgebende Sachverhalt betrifft die Beurteilung des mit der Neuanmeldung vom 6. Juli 2017 (IV-Nr. 66) geltend gemachten Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen durch die Verfügung vom 24. Mai 2019 (IV-Nr. 113; A.S. 1 ff.), weshalb die ab 1. Januar 2012 geltende Rechtslage (6. IV-Revision) zu berücksichtigen ist. 2.2 Demnach haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.2) jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelrente. Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit.

b). 3. Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf aArt. 41 IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. BGE 105 V 30) – durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen, AHI 1999 S. 84 E. 1b).

4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien

Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

5. Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, gemäss polydisziplinärer Begutachtung könnten aus fachmedizinischer Sicht keine Diagnosen gestellt werden, die sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkten. Aus neuropsychologischer Sicht sei lediglich von einer minimalen neuropsychologischen Störung auszugehen, welche sich jedoch nicht auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirke. Die medizinischen Fachexperten kämen aus polydisziplinärer Sicht zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer nach wie vor sämtliche bisher ausgeübten Tätigkeit im Rahmen von 100 % zumutbar seien. Eine Arbeitsunfähigkeit lasse sich aus versicherungsmedizinischer Sicht somit nicht begründen. Folglich sei eine Invalidität im Sinne des Gesetzes zu verneinen. Ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung sei nicht entstanden.

5.2 Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, die angefochtene Verfügung vermöge aus mehreren Gründen nicht zu überzeugen und es könne nicht auf das Gutachten der Begutachtungsstelle D. ___ abgestellt werden, um eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu begründen (A.S. 20). So seien die Ergebnisse der berufspraktischen Erprobung im Bergrestaurant E. ___ nicht berücksichtigt worden und die Angaben der Gutachter zur letzten Tätigkeit seien widersprüchlich (A.S. 20 ff.). Ausserdem spreche der behandelnde Psychiater von einer deutlich verminderten Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers (vermutlich deutlich mehr als 60 %), während die Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen wollten; gleichwohl werde aber auf Seite 5 des Gutachtens von einer 10%igen Leistungseinschränkung ausgegangen. Auch der Beschwerdegegnerin sei dieser dem Gutachten inhärente Widerspruch aufgefallen. Dass die Beschwerdegegnerin dennoch an der widersprüchlichen gutachterlichen Einschätzung festgehalten habe, erweise sich als venire contra factum proprium und damit im Ergebnis als rechtsmissbräuchlich i.S.v. Art. 2 Abs. 2 ZGB und Art. 5 Abs. 3 BV (A.S. 26 f.). Auch die Angaben von Dr. med. F. ___ seien

widersprüchlich: So sei der RAD-Arzt gemäss Protokolleintrag vom 3. Oktober 2017 zunächst davon ausgegangen, dass eine anhaltende erhebliche Beeinträchtigung der Belastbarkeit und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hinreichend plausibel erscheine; mit Stellungnahme vom 26. November 2018 habe er seine Meinung jedoch ohne hinreichende Begründung, einzig unter Verweis auf die gutachterlichen Erkenntnisse, geändert (A.S. 27). Auch die Beschwerdegegnerin habe im Vorbescheid vom 16. Oktober 2018 ehemals selber bestätigt, dass der Beschwerdeführer nur ohne Zeit- und Leistungsdruck unter möglichst stressfreien Bedingungen eingesetzt werden könne (A.S. 27 f.). Mit Blick auf das noch zumutbare Tätigkeitsprofil – so der Beschwerdeführer weiter – erweise sich die Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Küchenhilfe in einem Restaurationsbetrieb als geradezu offensichtlich falsch. Vielmehr sei der Beschwerdeführer auf einen Nischenarbeitsplatz bzw. eine Tätigkeit im geschützten Rahmen angewiesen. Auch bei der Bestimmung des Invalideneinkommens dürfe nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Im Falle des Beschwerdeführers werde aber ein nicht realistisches Entgegenkommen eines Arbeitsgebers erwartet. Ohne Hilfestellungen sei der Beschwerdeführer jedenfalls – trotz hoher Motivation und Kooperation – nicht in der Lage, sich wieder ins Erwerbsleben zu integrieren (A.S. 28 f.). Weiter rügt der Beschwerdeführer, die Gutachter hätten die (Jugend-)Anamnese nicht berücksichtigt: Die sich aus den Militärakten ergebenden Hinweise auf eine psychische Problematik bereits im Alter von 19 Jahren seien nicht beachtet worden. Ausserdem hätten die Gutachten eine kinderpsychiatrische Behandlung verneint, obwohl der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung eine kinder- resp. schulpsychologische Behandlung geschildert habe. Auch dieser innere Widerspruch des Gutachtens sei bis heute nicht geklärt worden (A.S. 29 f.). Damit seien gemäss ICD-10 auch die Grundlagen für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung erfüllt, wie sie auch vom behandelnden Psychiater, Dr. med. C.____, diagnostiziert und begründet worden sei. Die anderslautende Beurteilung der Gutachter erweise sich demgegenüber als nicht substantiiert und unvollständig (A.S. 30 ff.). Zudem weise das Gutachten diesbezüglich einen weiteren Widerspruch auf, da auch die neuropsychologische Teilgutachterin auf die offensichtliche Persönlichkeitsproblematik des Beschwerdeführers verwiesen habe, wobei eine bloss 10%ige Leistungseinschränkung zu tief angesetzt sei. Die Beurteilung der neuropsychologischen Gutachterin impliziere eine wesentlich höhere Einschränkung (A.S. 32 f.). Im Zusammenhang mit der besonderen Persönlichkeit des Beschwerdeführers sei ausserdem zu berücksichtigen, dass Stresssituationen nicht nur zu einer erheblichen Leistungsverminderung führten, sondern auch zu gravierenden Sekundärfolgen, wie der im Oktober 2013 erlittene Hirnschlag (A.S. 33). Ebenfalls zu bemängeln sei die nicht vollständig und daher unrichtig beleuchtete Familienanamnese des Versicherten, die gutachterlich falsch eingeschätzte Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie nicht untersuchte einschneidende Erlebnisse des Beschwerdeführers (A.S. 33 f.). Schliesslich sei die Alkoholproblematik des Beschwerdeführers seitens RAD falsch beurteilt worden (A.S. 35). Wenn ein Gutachten und die IV-ärztliche Beurteilung derart viele innere Widersprüche und Unvollständigkeiten aufweise, könne nicht darauf abgestellt werden. Stattdessen sei eine neue (gerichtliche) Begutachtung durchzuführen (A.S. 36). Anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 6. Oktober 2020 bekräftigte der Vertreter des Beschwerdeführers im Wesentlichen seine bisherigen Rügen am psychiatrischen Teilgutachten, insbesondere bezüglich unvollständiger Aktenlage, fehlender inhaltlicher Auseinandersetzung mit der von Dr. med. C.____ diagnostizierten Persönlichkeitsstörung sowie hinsichtlich

widersprüchlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Es bestünden erhebliche Zweifel am psychiatrischen Gutachten, aber auch an der Eignung der Gutachterin selbst, weshalb ein psychiatrisches Gerichtsgutachten einzuholen sei (vgl. Verhandlungsprotokoll in A.S. 55 ff.). 6. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 6. Juli 2017 (IV-Nr. 66) beantragte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 24. Mai 2019 (IV-Nr. 113; A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – wie unter vorstehender E. II. 3 dargelegt – durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung – vorliegend am 9. Februar 2015 (IV-Nr. 59) – bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 24. Mai 2019. 7. Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen ursprünglichen Verfügung vom 9. Februar 2015 (IV-Nr. 59) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass der Beschwerdeführer nach verschiedenen Eingliederungsmassnahmen (spätestens) seit Juli 2014 wieder voll arbeitsfähig sei. 7.1 Für die Beurteilung der medizinischen Situation standen der Beschwerdegegnerin die Akten des Krankentaggeldversicherers sowie die Arztzeugnisse und Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte zur Verfügung. Gemäss Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. C. ____, vom 22. Juli 2014 (IV-Nr. 57 S. 5 f.), litt der Beschwerdeführer an einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.11) mit reaktiver Komponente. Auslöser für den psychischen Zusammenbruch Ende 2012 seien Schwierigkeiten am Arbeitsplatz (ICD-10 Z56.4 und Z73.0) gewesen. Es bestehe eine leicht erhöhte psychische Sensibilität / Vulnerabilität. Ausserdem weise der Beschwerdeführer einen übermässigen, langdauernden, schädlichen Alkoholkonsum (ICD-10 F10.1) auf, welcher aktuell deutlich gebessert sei. Nach anfänglicher vollständiger Arbeitsunfähigkeit sei es bis im Frühling 2013 zu einer allmählichen Besserung gekommen mit Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % ab Juni 2013. Ab 19. Mai 2014 gelte der Beschwerdeführer als 100 % arbeitsfähig, weshalb die psychiatrische Behandlung mit Ausnahme von sechswöchentlichen Kontrollsitzungen seit Mai 2014 abgeschlossen sei. Mit Bericht vom 21. November 2014 (IV-Nr. 56) bestätigte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. J. ____, das Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit: Der Beschwerdeführer habe im Rahmen der IV-Wiedereingliederung diverse Kurse und Einsätze besucht. Am 30. September 2013 habe er einen Hirninfarkt mit Hemiparese links erlitten; die Rehabilitation sei vom 14. Oktober 2013 bis 1. November 2013 in der Rehaklinik K. ____ erfolgt. Der Beschwerdeführer habe in dieser Zeit eine Arbeitsstelle in einer Druckerei zu 50 % besetzt, dies laut Angaben des Beschwerdeführers zu seiner Befriedigung sowie zu derjenigen des Arbeitgebers. Anschliessend sei die Stelle angeblich durch einen Rentner besetzt worden. Ab dem 19. Mai 2014 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Er habe die Erlaubnis, als Chauffeur zu arbeiten, sei beim RAV gemeldet und auf Stellensuche. Der Beschwerdeführer befinde sich körperlich und psychisch in einem guten Gesundheitszustand. Die Hemiparese sei klinisch nicht mehr wesentlich. Die Sprache sei noch etwas verlangsamt. Der Beschwerdeführer könne seine bisherigen Tätigkeiten als Chauffeur in einer Früchte- und Gemüsehandlung sowie in einer Druckerei gemäss seinen Angaben problemlos bewältigen – dies werde auch weiterhin so möglich sein. Die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar, ganztags, in vollem zeitlichem Rahmen und ohne verminderte Leistungsfähigkeit. Auch andere Tätigkeiten mit normaler körperlicher Belastung (keine Schwerarbeit), Positionswechseln und üblicher geistig-psychischer Belastung seien

ganztags ohne Einschränkungen möglich. Falls das Antreten einer entsprechenden Arbeitsstelle möglich sei, sei von körperlicher und psychischer Seite her eine günstige Prognose bezüglich Arbeitsleistung zu stellen. 7.2 Gleichzeitig lagen der Beschwerdegegnerin die Berichte zu den gewährten Frühinterventions- und Eingliederungsmassnahmen vor. Gemäss Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 26. September 2014 (IV-Nr. 53) sei mit Beendigung des Arbeitsversuches in einer Druckerei ersichtlich gewesen, dass der Beschwerdeführer wieder voll arbeitsfähig sei und auch eine gute Arbeitsleistung erbringe. Leider habe es mit der versprochenen Festanstellung nicht geklappt und die seither erfolgten Bewerbungen, unterstützt durch ein Coaching, seien ohne Erfolg geblieben. Über das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) habe der Beschwerdeführer sodann ein monatiges Training in der [...] absolviert. Der Beschwerdeführer habe das 100%-Pensum gut bewältigen können und sei ab 1. Juli 2014 wieder zu 100 % arbeitsfähig geschrieben. 8. Zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 24. Mai 2019 (IV-Nr. 113; A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: 8.1 Dem Verlaufsbericht von Dr. med. C.____ vom 31. August 2017 (IV-Nr. 73) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: - Ängstlich-vermeidende (selbstunsichere) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) - Depressive Störung leichten bis mittleren Grades, Rezidiv (F33.20) - Alkoholabhängigkeit, aktuell abstinent (F10.20), sekundäre Alkoholabhängigkeit - Soziale Phobien (F40.1) - Stottern (F98.6) - Elektiver Mutismus in der Kindheit (F94.0) Der behandelnde Psychiater hielt dazu fest, er habe sich nach Abschluss der ersten Behandlung (Dezember 2012 bis September 2015) etwas zu optimistisch geäussert und sogar von einer «Remission» gesprochen. Dies habe bezüglich der depressiven Störung zwar zutreffend, jedoch habe er den Beschwerdeführer weiterhin als vulnerabel betrachtet und nur stabil dank dem Umstand, dass er 2015 eine Anstellung bei einem Wirt gefunden habe, der ihn stundenweise in der Küche eingesetzt und auf seine geringe Belastbarkeit besonders Rücksicht genommen habe, sodass de facto von einem geschützten Arbeitsplatz gesprochen werden müsse. Nachdem er diese Stelle im Februar 2017 verloren habe, sei es aufgrund eines verstärkten depressiven Syndroms zu einer Wiederaufnahme der psychiatrischen Behandlung im Mai 2017 gekommen. Erst im Rahmen der aktuellen Behandlung habe sich der Beschwerdeführer über biographische Ereignisse seiner Kindheit geäussert, die sehr wahrscheinlich Auswirkungen auf seine Persönlichkeitsentwicklung gehabt hätten. Er sei als Kleinkind Opfer sexueller Übergriffe durch ein Familienmitglied geworden. Nach einer normalen frühkindlichen, psychomotorischen und sprachlichen Entwicklung habe er vom Kindergartenalter an zu stottern begonnen. Während mehreren Jahren habe er in der Schule kein Wort gesprochen, sondern nur noch schriftlich kommuniziert. Damals hätten verschiedene psychotherapeutische und alternativ-medizinische Behandlungsversuche stattgefunden. Neben diesem elektiven Mutismus habe er auch soziale Phobien entwickelt. Während er den Mutismus im Erwachsenenalter habe überwinden können, seien Stottern und soziale Ängste geblieben. In diagnostischer Hinsicht sei neu von einer Persönlichkeitsstörung auszugehen. Aufgrund belastender und möglicherweise sogar traumatischer Ereignisse in der Kindheit und Jugend sei es zu einer ungünstigen Persönlichkeitsentwicklung gekommen. Über Jahre habe sich der Beschwerdeführer in einer «ökologischen Nische» und dank vorhandenen Ressourcen psychisch stabil gehalten. Der Alkohol habe wahrscheinlich im Sinne einer «Selbstmedikation» eine stabilisierende Funktion gehabt. Nach der Kündigung im Jahr 2012 sei das bisherige, labile Gleichgewicht zusammengebrochen. Während bei den sozialen Ängsten eine gewisse Besserung zu

erzielen sei, werde die zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung trotz (angepasster) Behandlung in einem funktionseinschränkenden Mass bestehen bleiben. Durch die bleibenden Funktionsstörungen mit geringer Belastbarkeit, Verlangsamung und Selbstunsicherheit sei die Arbeitsfähigkeit stark eingeschränkt. Eine Beschäftigung sei im geschützten Rahmen möglich, schätzungsweise zu einem Pensum von 50 bis 60 %. Im ersten Arbeitsmarkt sei längerfristig von einer Arbeitsfähigkeit von höchstens 30 % auszugehen. Mit Bericht vom 11. Dezember 2017 (IV-Nr. 80) bestätigte Dr. med. C.____ diese Einschätzung.

8.2 Dr. med. J.____, Facharzt für Innere Medizin, hielt mit Bericht vom 28. Oktober 2017 (IV-Nr. 79) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Lakunärer Hirninfarkt im Versorgungsgebiet der A. cerebri media rechts - Brachiofacial betonte Hemiparese links - Depressive Entwicklung - Persönlichkeitsstörung - Stottern Der Beschwerdeführer leide an den Folgen eines Hirnschlages im Jahr 2013. Unter intensiver Therapie und physiotherapeutischen Massnahmen seien die motorischen Ausfälle nur noch gering. Es bestehe jedoch eine depressive Entwicklung mit Mutlosigkeit und Zukunftsängsten. Der Beschwerdeführer habe letztmals in einem Bergrestaurant als Küchenhilfe gearbeitet und sei je nach Bedarf zur Arbeit abgerufen worden; die dort anfallenden Arbeiten habe er ausführen können, in Stresssituationen, d.h. insbesondere unter Zeitdruck, sei jedoch seine Leistungsfähigkeit aus psychischen Gründen deutlich eingeschränkt gewesen. Momentan sei der Beschwerdeführer ohne Arbeit. Eine geeignete Arbeitsstelle könne er ohne zeitliche Einschränkung besetzen, aber mit der Möglichkeit einer geringeren Arbeitsleistung. Möglich seien leichte körperliche Tätigkeiten. In psychischer Hinsicht seien dem Beschwerdeführer Stellen mit geringer psychischer Belastung zumutbar, ohne äussere Stresssituation mit der Möglichkeit einer subjektiv freien Arbeitsgestaltung. Wichtig wäre, dass Druck seitens Mitarbeiter oder Vorgesetzten vermieden werden könnte. Denkbar seien Lageristen-Arbeiten ohne körperliche Belastungen, Chauffeurdienste, Mithilfe in einem Betrieb etc. Der Hausarzt des Beschwerdeführers lege seinem Bericht ausserdem die Austrittsberichte der Rehaklinik K.____ vom 22. November 2013 (IV-Nr. 79 S. 5 ff.) und 30. Oktober 2013 (IV-Nr. 79 S. 13 ff.) bei, wonach die damals durchgeführte neuropsychologische Untersuchung insgesamt ein durchschnittliches bis überdurchschnittliches Leistungsprofil gezeigt habe und die Arbeitsfähigkeit mit Blick auf das unauffällige kognitive Leistungsprofil aus neuropsychologischer Sicht nicht eingeschränkt sei.

8.3 Mit Bericht vom 8. Januar 2018 (IV-Nr. 83) empfahl Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, nach Würdigung der Aktenlage die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen des behandelnden Psychiaters zum medizinischen Sachverhalt und zur Arbeitsunfähigkeit erschienen nicht ohne weiteres nachvollziehbar. An der Diagnose Bipolar II-Störung seien bislang ebenso Zweifel angebracht, wie an der Behauptung, durch die Fehldiagnose (ICD-10 F33) und Fehlbehandlung sei es beim Beschwerdeführer zu massiven kognitiven Einbussen gekommen, welche die Arbeitsfähigkeit erheblich einschränkten. Nachvollziehbar erscheine dagegen, dass die körperliche Belastbarkeit des Beschwerdeführers nach dem Hirninfarkt 2013 eingeschränkt geblieben sei. Unklar blieben hier jedoch Ausmass und das entsprechende Zumutbarkeitsprofil.

8.4 Im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ vom 16. Mai 2018 (IV-Nrn. 92.1 – 92.3) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: keine Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - Spezifische Phobien (Höhen-

und Flugangst) (ICD-10 F40.2) - Schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1) - Lakunäre Ischämie im Mediastromgebiet rechts im Oktober 2013 mit - komplett regredientem brachiofazial betonten Hemisyndrom links - vaskuläre Risikofaktoren: Nikotinabusus, Hypercholesterinämie, Hypertonie - Arterielle Hypertonie - cRV: Hyperlipidämie, Nikotinabusus, Hypertonie - chronischer C2-Abusus - Status nach ischämischen Insult am 30. September 2013 der A. cerebri media mit Status nach brachiofazialer Hemiparese links - Status nach Hernienoperation links vor ca. 20 Jahren - Status nach Verletzung des rechten Auges am 10. April 1968 mit deutlichem Visusverlust - Vitamin B12-Mangel, am ehesten aethylisch bedingt Der Beschwerdeführer habe angegeben, psychisch nicht belastbar zu sein. Er beschreibe kognitive und mnestiche Einschränkungen sowie eine vegetative Begleitsymptomatik und Ängste. Eine psychiatrische Behandlung sei im Jahr 2012 begonnen, aber nicht durchgehend weitergeführt worden. Ein C2-Abusus bestehe seit ca. zwanzig Jahren. Aktuell könne keine depressive Episode beschrieben werden. Der Beschwerdeführer sei aktuell euthym, wenn auch affektiv reduziert schwingungsfähig. Eine Persönlichkeitsstörung, wie in einer früheren Beurteilung beschrieben, könne nicht bestätigt werden (IV-Nr. 92.1 S. 5). Es gebe aufgrund der aktuellen Begutachtung keine psychiatrische Diagnose, die Einschränkungen begründen würden. Der im Oktober 2013 erlittene Hirnschlag sei vollständig abgeheilt. Es könnten keine relevanten neurologischen Ausfallsymptome oder Befunde festgestellt werden. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden seien neurologischerseits nicht erklärbar. Dies gelte auch für die im internistischen Gutachten gestellten Diagnosen. Die Hypertonie mit Risikofaktoren sei zwar ursächlich für den Hirnschlag, könne aber die Beschwerdesymptomatik des Beschwerdeführers nicht erklären (IV-Nr. 92.1 S. 6). Der Beschwerdeführer sei vorwiegend als Lieferant von Gemüse und Früchten für Restaurantbetriebe tätig gewesen. Es handle sich hierbei um das Ein- und Ausladen des Camions, verbunden mit Heben und Verschieben von Gewichten, Zwangshaltungen seien notwendig gewesen. In dieser Tätigkeit bestehe aufgrund der aktuellen Untersuchung keine Einschränkung der körperlichen wie psychischen Leistungsfähigkeit. Der Versicherte sei zu 100 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit arbeitsfähig. Qualitativ bestehe eine 10%ige Leistungseinschränkung aufgrund eines verringerten Arbeitstempos sowie verminderter Belastbarkeit unter stressigen Bedingungen (IV-Nr. 92.1 S. 6). 8.5 Dr. med. C. ___ nahm am 6. Juni 2018 zum D. ___-Gutachten Stellung (IV-Nr. 94). Dabei bekräftigte der behandelnde Psychiater die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Die Vermutung liege nahe, dass es sich bei der letzten Anstellung des Beschwerdeführers im Gastgewerbe mehr um eine geschützte Arbeitsstelle gehandelt habe. Selbst diese habe den Beschwerdeführer immer wieder an den Rand seiner psychischen Belastbarkeit gebracht. Was das psychiatrische Gutachten anbelange, stütze sich die Teilgutachterin allein auf ihre (punktuelle) Untersuchung. Es fehlten fremdanamnestiche Angaben (z.B. des früheren Arbeitgebers) und seine Argumente als behandelnder Psychiater würden nur in einem kurzen Satz abgetan. Es bestünden deutliche Hinweise, dass der psychiatrische Teil des Gutachtens tendenziös sei. 8.6 Gemäss Stellungnahme von RAD-Facharzt Dr. med. F. ___ vom 12. Juli 2018 (IV-Nr. 96) erscheine das polydisziplinäre Gutachten umfassend, in Kenntnis der Vorakten gestellt, auf allseitigen Untersuchungen beruhend, die geklagten Beschwerden berücksichtigend, IV-fremde Faktoren und Diskrepanzen mit anderen medizinischen Einschätzungen diskutierend und in der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeits(un)fähigkeit nachvollziehbar. Dies gelte insbesondere auch für das psychiatrische Teilgutachten, auch

wenn der RAD nicht alle Einschätzungen der Gutachterin schlüssig nachvollziehen könne (z.B. fehlende überzeugende Belege für das Vorliegen einer genuinen rezidivierenden affektiven Störung, ICD-10 F33) und Befunde anders interpretiere (statt ICD-10 F10.1, schädlicher Konsum, wäre auch eine Abhängigkeit, ICD-10 F10.25, zu diskutieren). Die Bedenken des behandelnden Psychiaters gegen das psychiatrische Teilgutachten stützten sich dagegen nicht auf neue medizinische Fakten, sondern auf dessen, bereits bekannten, anderslautenden Einschätzungen. Gutachter seien in der Wahl ihrer Quellen bekanntlich frei, was auch die Frage betreffe, ob sie eine Fremdanamnese beizögen oder nicht. Anhaltspunkte für eine tendenziöse Begutachtung vermöge der RAD nicht zu erkennen. Dr. med. C.____ verliere in seinem Kommentar allerdings auch kein Wort über die offensichtliche Alkoholproblematik des Versicherten; entsprechend fehle bei ihm auch eine Reflektion von deren möglichen Auswirkungen, z.B. in Form der als vermindert angegebenen Belastbarkeit. Der RAD könne sich der Beurteilung der Gutachter anschliessen. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als Küchenhilfe, sowie in jeder anderen, der körperlichen Leistungsfähigkeit angepassten und seiner Qualifikation entsprechenden Verweistätigkeit betrage 90 % (zeitlich 100%-Pensum, Leistungsminderung 10 %). Diese Einschätzung gelte überwiegend wahrscheinlich ab der erneuten Anmeldung des Versicherten. 8.7 In seiner Stellungnahme zum Vorbescheid vom 10. Oktober 2018 (IV-Nr. 101 S. 21) wies der behandelnde Psychiater erneut darauf hin, dass Auskünfte vom letzten Arbeitgeber und damit wichtige Entscheidungsgrundlagen fehlten. Bereits in einem früheren Schreiben habe er die Vermutung geäußert, dass – gemäss Aussagen des Beschwerdeführers – die Stelle als Küchengehilfe praktisch einem «geschützten Arbeitsplatz» geglichen habe. Der Beschwerdeführer habe diese Arbeit nur darum verrichten können, weil er von seinem Arbeitgeber mit äusserster Nachsicht und Geduld behandelt worden sei. Das ganze Küchenteam sei über die psychische Vulnerabilität des Beschwerdeführers informiert gewesen und man habe ihm in der Küche einen möglichst stressfreien Arbeitsplatz zugeteilt. Da es sich um Stundenarbeit auf Abruf gehandelt habe, sei der Beschwerdeführer nie durchgehend 100 % beschäftigt gewesen. Der Beschwerdeführer sei während dieser Zeit am Rand eines Erschöpfungszustandes gewesen und habe unter depressiven Symptomen gelitten. Gleichzeitig führte Dr. med. C.____ an, die Beschreibung einer «optimal angepassten Arbeitsstelle» gemäss Vorbescheid entspreche der Definition eines geschützten Arbeitsplatzes. 8.8 Am 16. November 2018 reichte der Vertreter des Beschwerdeführers dessen Militärakten («Alt-Akten» vom 27. Oktober 1994) bei der Beschwerdegegnerin ein (vgl. IV-Nr. 104 S. 2 ff.). Diesen könne entnommen werden, dass der Beschwerdeführer dienstuntauglich sei (IV-Nr. 104 S. 1). Auf dem am 28. Juli 1977 unterzeichneten Formular «Ärztlicher Fragebogen für die Aushebung» (IV-Nr. 104 S. 11 f.) hatte der Beschwerdeführer angegeben, dass er aufgrund eines Unfalls im Jahr 1968 eine Augenverletzung erlitten habe und auf dem rechten Auge «unter 0.1» sehe. Mit nur einem gesunden Auge habe er Angst, dieses auch noch zu verlieren. Als sonstige durchgemachte und/oder gegenwärtige Leiden hielt der Beschwerdeführer fest, «immer nervös, Sprachfehler (Stottern, wenn ich sprechen muss), manchmal Depressionen, Hoffnungslosigkeit» (IV-Nr. 104 S. 12). 8.9 Am 26. November 2018 nahm Dr. med. F.____ dahingehend Stellung (IV-Nr. 105), dass keine neuen medizinischen Gesichtspunkte erkennbar seien. Die Einwände stellten überwiegend eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhaltes (wie im Gutachten abgeklärt) dar und seien naturgemäss durch eine andere Interessenlage gekennzeichnet. Dass der Beschwerdeführer ca. 1977 militärärztlich als dienstuntauglich befunden worden sei, vermöge nichts über seinen

aktuellen Gesundheitszustand und seine Arbeitsfähigkeit auszusagen.

E. 9.3

9.3.1 Im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung wurden mit dem Beschwerdeführer zahlreiche Testverfahren durchgeführt (vgl. IV-Nr. 92.2 S. 5 f.). In diagnostischer Hinsicht hielt die Neuropsychologin fest, es liessen sich leichte bis mittelschwere kognitive Minderleistungen in der fokussierten Aufmerksamkeit (Konzentrationsleistung) und in der visuellen Explorationsgeschwindigkeit sowie leicht verminderte Leistungen in der Abrufleistung für verbale Einzelinformationen bei einem ansonsten unauffälligen kognitiven Leistungsprofil objektivieren. Vom klinischen Eindruck her zeigten sich eine Anspannung und Nervosität sowie Auffälligkeiten in der Sprachproduktion (Stottern, Verlangsamung bzw. Verzögerungen beim Sprechen) allenfalls im Rahmen bzw. in Abhängigkeit der Anspannung / Nervosität. Zu Beginn der Untersuchung seien Anspannung und Sprechschwierigkeiten deutlich ausgeprägt, im Verlauf nähmen diese ab, verschwänden jedoch nicht ganz. Der Beschwerdeführer gebe eine Anspannung und Nervosität sowie eine Erleichterung am Ende der Untersuchung an. Die verminderten Leistungen in der fokussierten Aufmerksamkeit (erhöhter Zeitaufwand bei überdurchschnittlicher Fehlerkontrolle) sowie die verminderten Leistungen in der visuellen Explorationsfähigkeit (Verlangsamung bei durchschnittlicher Qualität) seien möglicherweise durch ein sehr kontrolliertes bzw. vorsichtiges Vorgehen allenfalls im Rahmen der Persönlichkeit mitbedingt. Insgesamt sei unter Berücksichtigung des gesamten kognitiven Leistungsprofils von einer minimalen neuropsychologischen Störung auszugehen. Die aktuell objektivierten Befunde seien mit der neuropsychologischen Voruntersuchung vom 29. Oktober 2013 vergleichbar (vgl. E. II. 8.2 hievore). Bereits damals habe sich in einem Papier-/Bleistiftverfahren zur Überprüfung der fokussierten Aufmerksamkeit ein erhöhter Zeitbedarf bei hoher Genauigkeit gezeigt. Dass sich aktuell im Vergleich zur Voruntersuchung neu Auffälligkeiten in der visuellen Explorationsgeschwindigkeit zeigten, sei darauf zurückzuführen, dass die visuelle Explorationsfähigkeit damals nicht geprüft worden sei und nicht auf eine Verschlechterung in diesem Bereich. Eine tendenzielle Verschlechterung zeige sich in der verbalen Abrufleistung für Einzelinformationen (damals durchschnittliche Leistungen, aktuell leicht verminderte Leistungen), eine tendenzielle Verbesserung in der Wiedererkennensleistung, wobei es sich dabei um tendenzielle und nicht statistisch signifikante Veränderungen handle. In der Voruntersuchung im Jahr 2013 sei das kognitive Leistungsprofil als «altersentsprechend bzw. normgerecht» beurteilt worden, obwohl sich wie beschrieben leichte Minderleistungen in der fokussierten Aufmerksamkeit und im verbalen Gedächtnis für Einzelinformationen hätten objektivieren lassen. Unter Berücksichtigung der damaligen und aktuellen vergleichbaren Befunde seien diese leichten objektivierten Minderleistungen damals und heute als minimale neuropsychologische Störung einzuschätzen. Damals sei die Arbeitsfähigkeit als Chauffeur (Kat. B) aus rein neuropsychologischer Sicht nicht als eingeschränkt betrachtet worden. Dieser Beurteilung könne zugestimmt werden, da sich die objektivierten leichten Minderleistungen nicht auf die Fahreignung auswirkten (IV-Nr. 92.2 S. 6 f.).

9.3.2 Zur Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen führte die Neuropsychologin Folgendes aus: Unter Berücksichtigung des objektivierten kognitiven Leistungsprofils sei davon auszugehen, dass der Versicherte im Alltag einerseits Schwierigkeiten habe, mehrere neue sprachliche Einzelinformationen (Informationen ohne Kontext) nach Interferenz abzurufen bzw. längerfristig zu behalten, d.h. ein Teil der gelernten bzw. aufgenommenen Informationen könne nicht wiedergegeben werden bzw.

gehe vergessen. Andererseits sei in Situationen, in denen der Beschwerdeführer konzentriert einer Tätigkeit nachgehe, von einem erhöhten Zeitbedarf auszugehen, d.h. er benötige für gewisse Aufgaben etwas mehr Zeit, da er sehr kontrolliert vorgehe bzw. auf die Qualität / Richtigkeit achte. Zudem seien die Auffälligkeiten in der Sprachproduktion zu erwähnen, d.h. die Sprechschwierigkeiten, welche sich möglicherweise in Abhängigkeit von der Anspannung bzw. Nervosität in der jeweiligen spezifischen Situation, d.h. in für den Beschwerdeführer unangenehmen bzw. «stressigen» Situationen, deutlicher zeigten. Als Ressourcen bzw. Stärken könnten unter Berücksichtigung des gesamten kognitiven Leistungsprofils und der Verhaltensbeobachtung die Lern- und Gedächtnisleistungen für Kontextinformationen, der verbale Antrieb, die Anstrengungsbereitschaft und die rein kognitive Belastbarkeit angesehen werden. Die kognitive Leistungsfähigkeit insgesamt könne als Ressource betrachtet werden. Zudem arbeite der Beschwerdeführer kontrolliert (gute Qualität). Unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben scheine die psychische Belastbarkeit einen wichtigen Faktor darzustellen bzw. je nach Situation deutlich eingeschränkt zu sein, was sich auch auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken könne. Unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben (u.a. Erfahrungen in der Schule, Arbeitssituation zuletzt als Chauffeur) scheine die psychische Befindlichkeit / Belastbarkeit in für den Beschwerdeführer stressigen Situationen teilweise deutlich eingeschränkt zu sein (IV-Nr. 92.2 S. 8).

9.3.3 Zur Frage der Arbeits(un)fähigkeit (vgl. IV-Nr. 92.2 S. 8 f.) hielt die Expertin fest, dass aus rein neuropsychologischer Sicht unter Berücksichtigung des objektivierten kognitiven Leistungsprofils von keiner (quantitativen oder qualitativen) Einschränkung der Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Chauffeur (Kat. B) auszugehen sei. Unter Berücksichtigung der Verhaltensbeobachtung, der anamnestischen Angaben und der psychischen Befindlichkeit sei jedoch fraglich, wie gut der Versicherte mit Leistungs- und/oder Zeitdruck umgehen könne. Zudem sei davon auszugehen, dass die Arbeitssituation bzw. das Arbeitsklima eine wichtige Rolle spiele. Es sei diesbezüglich auf das psychiatrische Gutachten zu verweisen. Bei einer allenfalls angepassten Tätigkeit sollte unter Berücksichtigung des objektivierten kognitiven Leistungsprofils und der Verhaltensbeobachtung einerseits die Sprachproduktion keine primäre bzw. entscheidende Rolle spielen. Zudem sollte nicht die Schnelligkeit im Vordergrund stehen bzw. ein leicht erhöhter Zeitbedarf möglich sein. Unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben sei davon auszugehen, dass die psychische Belastbarkeit im Vordergrund stehe, d.h. die optimal angepasste Tätigkeit möglichst keine für den Beschwerdeführer stressigen Situationen beinhalten sollte. Die Arbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit betrage 100 % (100%-Pensum ohne Leistungseinschränkung). Was die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Küchenhilfe anbelange, sei aus rein neuropsychologischer Sicht unter Berücksichtigung der objektivierten Befunde von einem leicht erhöhten Zeitbedarf auszugehen.

9.3.4 Mit Blick auf die in den durchgeführten Testverfahren erhobenen Befunde erscheinen die Schlussfolgerungen der neuropsychologischen Gutachterin, Dr. phil. L. ____, wonach unter Berücksichtigung des gesamten kognitiven Leistungsprofils sowie Einbezug von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen insgesamt von einer minimalen neuropsychologischen Störung auszugehen sei, nachvollziehbar. Einleuchtend sind auch die gutachterlichen Ausführungen zum Vergleich der aktuellen Befunde mit denjenigen aus der neuropsychologischen Voruntersuchung vom 29. Oktober 2013 (vgl. E. II. 8.2 hievore), in der eine vergleichbare leichte Minderleistung im Sinne einer minimalen neuropsychologischen Störung festgestellt worden war. In neuropsychologischer Hinsicht

hat sich der gesundheitliche Zustand bzw. das funktionelle Leistungsvermögen des Beschwerdeführers seit der ersten Untersuchung im Oktober 2013 folglich nicht verändert. Weiter leuchtet die Aussage der Expertin ein, dass die psychische Belastbarkeit des Beschwerdeführers sowohl für die kognitive Leistungsfähigkeit als auch im Zusammenhang mit der Sprachstörung (Stottern) eine entscheidende Rolle spiele und dass es diesbezüglich in für ihn als belastend oder stressig empfundenen Situationen zu Einschränkungen komme. Diese Analyse der Gutachterin lässt sich denn auch gut mit den (wiederholt geäußerten) subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu seinen jetzigen Leiden bzw. Hauptbeschwerden vereinbaren, wonach er sich als psychisch nicht belastbar erlebe und in für ihn stressigen Situationen nervös werde und «wie blockiert» sei (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 5 f., 9 f., 12, 17, 25, 29 f.; IV-Nr. 92.1 S. 3). Vor diesem Hintergrund erscheint plausibel, dass Dr. phil. L.____ aus neuropsychologischer Sicht gestützt auf das objektivierte kognitive Leistungsprofil sowie mit Blick auf die vergleichbaren Befunde aus der Voruntersuchung vom Oktober 2013 grundsätzlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der langjährigen Tätigkeit als Chauffeur postuliert, hingegen bei der Tätigkeit als Küchenhilfe einen leicht erhöhten Zeitbedarf sieht und darauf hinweist, dass eine optimal angepasste Tätigkeit der psychischen Belastbarkeit des Beschwerdeführers hinsichtlich Leistungs-/Zeitdruck und Arbeitsklima Rechnung tragen und den Fokus ausserdem nicht auf die Sprachproduktion legen sollte.

E. 9.4

9.4.1 Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. M.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, werden nach einer eingehenden Befragung des Beschwerdeführers (IV-Nr. 92.1 S. 17 ff.) die Untersuchungsbefunde dargelegt, wobei auch die Ergebnisse aus der neuropsychologischen Begutachtung (vgl. E. II. 9.3 hievon) aufgeführt sind (IV-Nr. 92.1 S. 22 f.). Zum psychiatrischen Befund hielt die Expertin fest, der Beschwerdeführer sei wach, zu allen Qualitäten (Ort, Zeit, Situation und eigener Person) ausreichend orientiert. Es bestünden leichte Langzeit- und Kurzzeitgedächtnisstörungen. Subjektiv würden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen geklagt. Während des eineinhalbstündigen Gesprächs sei keine Abnahme der Konzentration zu beobachten gewesen. Es gebe keinen Anhalt für psychotisches Erleben im Sinne von Wahrnehmungs- oder Sinnestäuschungen; keine Ich-Störungen. Formal gedanklich sei der Beschwerdeführer etwas verlangsamt, ansonsten bestünden keine Auffälligkeiten, keine inhaltlichen Denkstörungen. Es herrsche eine euthyme Grundstimmung vor und eine leicht herabgesetzte affektive Schwingungsfähigkeit; der Beschwerdeführer lächle nur selten, eher gegen Ende des Gesprächs. Eine innere Anspannung sei eher zu Beginn der Begutachtung zu beobachten. Es gebe Hinweise auf spezifische Phobien (Höhenangst, Flugangst). Der Antrieb sei auf normalem Niveau. Es bestehe kein ausgeprägter sozialer Rückzug und kein Anhalt für Selbst- oder Fremdgefährdung (IV-Nr. 92.1 S. 22).

9.4.2 Bezüglich Diagnosestellung hielt die Gutachterin sodann fest, zum aktuellen Zeitpunkt lasse sich beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht keine Symptomatik feststellen, die eine arbeitsfähigkeitsbeeinträchtigende Diagnose rechtfertigen würde. Der Beschwerdeführer präsentiere sich von der Stimmung her euthym, lediglich reduziert affektiv schwingungsfähig. Er selbst beklage keine Traurigkeit, betone nur deutlich verminderte Stresstoleranz im Arbeitsprozess. Während der Begutachtung habe weder eine Antriebs-/Energiminderung noch sozialer Rückzug eruiert werden können. Suizidalen Gedanken und Absichten habe der Beschwerdeführer verneint. Somit könne ein Rezidiv einer depressiven Episode leichten bis mittleren Grades, wie vom behandelnden Psychiater

Dr. med. C. ___ im August 2017 und Dezember 2017 festgestellt, nicht bestätigt werden. Bemerkenswert sei die Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer erneut an seinen behandelnden Psychiater gewandt habe, nachdem die IV-Stelle am 12. Juli 2017 den Vorbescheid getroffen habe, dass auf sein neues Leistungsbegehren nicht eingetreten werde. Infolgedessen habe Dr. med. C. ___ am 31. August 2017 einen Verlaufsbericht verfasst, in dem zwei in der ersten Behandlungsphase (2012 bis 2015) nie diskutierte Diagnosen – ängstlich-vermeidende (selbstunsichere) Persönlichkeitsstörung und soziale Phobie – aufgeführt seien. Dazu lasse sich Folgendes sagen: Die Hinweise auf die ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszüge ergäben sich aus der Schilderung der Situation in der Firma B. ___, als der Beschwerdeführer von einem Arbeitskollegen angegriffen worden sei und der Chef sich nicht genügend für ihn eingesetzt habe, was er (im Kontext anderer kleinerer Arbeitskonflikte) als Mobbing wahrgenommen und sich an die Opferhilfe gewandt habe. Während der aktuellen Untersuchung hätten die Hauptkriterien der vermeidenden Persönlichkeitsstörung (Überzeugung, unattraktiv oder minderwertig im Vergleich zu anderen zu sein; ständige Besorgnis, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden) nicht bestätigt werden können. Der Beschwerdeführer habe sich selbst als jemanden bezeichnet, der ruhig und überlegt handle; er habe betont, dass er gerne Menschen möge und kontaktfreudig sei. Er engagiere sich ungern in Vereinen oder grossen Institutionen, pflege aber Kontakte in kleineren Gruppen oder Zweierbeziehungen. Das illustrierten seine jahrelangen Freundschaften (zwei Kollegen vom früheren Karambole-Spielclub), die gute Beziehung mit zwei erwachsenen Kindern und die langjährige Partnerschaft. Die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung / Akzentuierung weise einige sich überschneidende Merkmale mit einer sozialen Phobie auf, vor allem das niedrige Selbstwertgefühl und die Furcht vor Kritik. Beide Symptome seien vom Beschwerdeführer nicht angegeben und auch während der aktiven Befragung verneint worden. Dagegen spreche auch folgendes Beispiel: Auf die Kritik betreffend sein Aussehen und das Arbeitstempo während der Eingliederungsmassnahme in einer Druckerei vom Dezember 2013 bis Juli 2014 habe der Beschwerdeführer adäquat und konstruktiv reagiert. Der Beschwerdeführer gebe an, an Höhen- und Flugangst zu leiden, was den spezifischen Phobien zugeordnet werde (IV-Nr. 92.1 S. 23 f.). Was die vom behandelnden Psychiater angegebene «psychische Vulnerabilität» anbelange, so die Gutachterin an anderer Stelle (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 26), sei dessen Schilderung, wonach es durch traumatische und belastende Ereignisse in der Kindheit (die während der aktuellen Begutachtung nicht hätten eruiert werden können) zu einer ungünstigen Persönlichkeitsentwicklung gekommen sei, nicht ganz nachvollziehbar. Ihres Erachtens habe sich die Tendenz, Konflikte zu vermeiden, nicht gerne im Mittelpunkt zu stehen, grössere Menschenmengen zu meiden, infolge des Stotterns, das nicht rechtzeitig behandelt worden sei und immer noch in Stress- und Aufregungssituationen auftrete, entwickelt. Der private und berufliche Lebensweg des Beschwerdeführers zeige, dass es ihm trotz dieser sprachlichen Einschränkung gelungen sei, Partnerschaften einzugehen, sich über mehrere Jahre an einem Arbeitsplatz zu behaupten und seine Hobbys zu pflegen. Beim Beschwerdeführer bestehe ein schädlicher Alkoholgebrauch, wenn auch aktuell, nach subjektiven Angaben, in mässigen Mengen. Daraufhin deute der erhöhte CDT-Wert, bei allerdings normwertiger Gamma-GT (vgl. Laborwerte, IV-Nr. 92.1 S. 22 und IV-Nr. 92.3). Die genaue Entwicklung sei rückwirkend schwer beurteilbar, da keine Beobachtungen bzw. Unterlagen aus den Jahren 2006 bis 2012 vorlägen. Damals habe der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben bis zu einem Liter Wein am Tag getrunken. In den Berichten von Dr. med. C. ___ vom Februar und Juli 2014

werde sein Konsumverhalten nur knapp beschrieben, nämlich, dass ab Frühling 2014, nach halbjähriger Abstinenz während der Behandlung der Folgen des Hirninfarkts, wieder ein «kontrolliertes, gesellschaftliches Trinken» bestehe. Gegen die Alkoholabhängigkeit sprächen vom Beschwerdeführer verneinte Toleranzentwicklung und Kontrollverminderung sowie nie erlebte Entzugssymptomatik. Es sei durchaus anzunehmen, dass die konfliktreiche Arbeitssituation die Entwicklung des Alkoholmissbrauchs begünstigt habe. Da sich der Beschwerdeführer jedoch bis Dezember 2012 nicht in Behandlung befunden habe, müsse die Frage, ob eine relevante psychische Störung Ursache der Suchtentwicklung gewesen sei, verneint werden. Weil im aktuellen Zeitpunkt keine alkoholkonsumbedingten kognitiven Einschränkungen bestünden (die neuropsychologische Untersuchung zeige eine minimale kognitive Leistungsstörung) und auch die Leberwerte erfreulicherweise im Normbereich lägen, könne die Frage nach irreversiblen Suchtfolgeschäden ebenso verneint werden (IV-Nr. 92.1 S. 24).

9.4.3 Bezüglich Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen hielt Dr. med. M. ___ fest, der Beschwerdeführer verfüge über viele Ressourcen und Fähigkeiten. In Anbetracht des Ratingbogens Mini-ICF-APP liessen sich keine Beeinträchtigungen der wichtigsten Fähigkeiten (Anpassung an Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen sowie Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit) feststellen. Sowohl am Arbeitsplatz als Chauffeur bei der Firma B. ___ als auch während der letzten Anstellung als Küchenhilfe habe er seine Durchhaltefähigkeit trotz verschiedener ungünstiger Faktoren bewiesen. Leicht- bis mittelgradig beeinträchtigt seien lediglich Selbstbehauptungsfähigkeit und Gruppenfähigkeit. Uneingeschränkt erschienen aber Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie familiäre Beziehungen und Spontanaktivitäten. Wie dem Fallbericht der Wiedereingliederungsmassnahme, die knapp sechs Monate dauerte, zu entnehmen sei, habe sich der Beschwerdeführer kooperativ, motiviert und kritikfähig gezeigt. Auch während der aktuellen Untersuchung habe er seine Enttäuschung darüber geäußert, dass er die versprochene Anstellung in der Druckerei nicht bekommen habe. Negative Auswirkungen, zumindest beim Erstkontakt, könnte man lediglich dem Stottern zuzuschreiben, wobei diese sprachliche Behinderung nicht so ausgeprägt sei, dass die Verständigung beeinträchtigt sei. Nachdem sich der Beschwerdeführer an die Situation gewöhnt habe, sei die Sprache ausserdem flüssig und das Stottern trete nur in Situationen auf, die der Beschwerdeführer als «Stresssituation» bezeichne. Die Beobachtungen während des Belastbarkeitstrainings und seine knapp anderthalbjährige Tätigkeit im Bergrestaurant zeigten, dass das Stottern keinesfalls die Eingliederung in ein neues Team oder seine Arbeitsfähigkeit einschränke (IV-Nr. 92.1 S. 26).

9.4.4 Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. med. M. ___ dahingehend, dass der Beschwerdeführer zum aktuellen Zeitpunkt in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenhilfe 100 % tätig sein könne. Die Präsenzzeit betrage uneingeschränkt acht Stunden. Es bestehe eine qualitative Leistungseinschränkung von ca. 10 % infolge eines verringerten Arbeitstempos sowie reduzierter Belastbarkeit unter stressigen Bedingungen. Die 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe unverändert seit 2016 (nach Angaben des Beschwerdeführers habe er zwar auf Abruf, unter anderem bei schönem Wetter aber bis zu einem Pensum von 100 % gearbeitet), da sich weder aus dem psychiatrischen Bericht noch aus den subjektiven Angaben entnehmen lasse, dass eine weitere depressive Episode in der Zwischenzeit eingetreten sei. Eine optimal angepasste Tätigkeit sollte nach Einschätzung der Expertin in keinem Fall einen Zeit- und Leistungsdruck für den Beschwerdeführer aufweisen. Auch häufige Kundenkontakte wegen seines Stotterns sollten

vermieden werden. Ansonsten seien psychiatrischerseits keine weiteren Forderungen zu stellen. Die maximale Präsenz wäre, wie auch bei der bisherigen Tätigkeit, acht Stunden am Tag. Unter optimalen Bedingungen könne eine Leistungsfähigkeitsminderung ausgeschlossen werden. Eine solche Tätigkeit könne jederzeit begonnen werden, auch in vollem Umfang. Die Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Kontakt, bedingt durch die Sprachstörungen, könnten sich vielleicht zu Beginn der Unterhaltung ungünstig auswirken, dauerhaft bestünden jedoch keine Schwierigkeiten, die den Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt verhindern könnten. (IV-Nr. 92.1 S. 26 f.). 9.4.5 Auch das psychiatrische Teilgutachten vermag in diagnostischer Hinsicht zu überzeugen. So leuchtet ein, dass Dr. med. M.____ in Anbetracht des erhobenen und bis auf leichte Langzeit- und Kurzzeitgedächtnisstörungen unauffälligen Psychostatus sowie der Ergebnisse gemäss Mini-ICF-APP keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen erheben konnte. Die Gutachterin hat sich ausserdem mit den Vorakten bzw. den von Dr. med. C.____ erhobenen Befunden auseinandergesetzt und in nachvollziehbarer Weise aufgezeigt, weshalb sie weder ein Rezidiv einer depressiven Episode noch eine Persönlichkeitsstörung und/oder soziale Phobie bestätigen kann. Plausibel erscheinen auch die gutachterlichen Ausführungen zum Alkoholkonsum des Beschwerdeführers, woraus ersichtlich wird, weshalb die Gutachterin (gestützt auf Laborwerte, Anamnese und Vorakten) von einem schädlichen Alkoholgebrauch und nicht von einer Alkoholabhängigkeit ausgeht. In Bezug auf die Frage der Arbeits(un)fähigkeit ist hingegen unklar, wie die von Dr. med. M.____ erwähnte «qualitative Leistungseinschränkung von ca. 10 % infolge eines verringerten Arbeitstempos sowie reduzierter Belastbarkeit unter stressigen Bedingungen» (IV-Nr. 92.1 S. 26; vgl. E. II. 9.4.4 hievon) einzuordnen ist. Eine solche sieht die Gutachterin in Bezug auf die bisherige Tätigkeit, wobei sie als solche die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Küchenhilfe anführt. Insgesamt geht aus den gutachterlichen Ausführungen aber nicht eindeutig hervor, ob es sich bei der postulierten Einschränkung letztlich um eine Quantifizierung des von der neuropsychologischen Expertin für die Arbeit als Küchenhilfe erwähnten «leicht erhöhten Zeitbedarfs» und/oder der von Dr. phil. L.____ allgemein beschriebenen (grundsätzlich plausiblen) situativ verminderten psychischen Belastbarkeit des Beschwerdeführers handelt, und ob Dr. med. M.____ damit überhaupt die Aussage einer um 10 % verminderten Arbeitsfähigkeit treffen wollte, da sie gleichzeitig auch für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausging (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 26 unten, S. 27). Die Annahme einer 10%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vermöchte jedenfalls nicht zu überzeugen: Gemäss den von der Beschwerdegegnerin nach der Begutachtung eingeholten Auskünften des ehemaligen Vorgesetzten, H.____, und den damit im Wesentlichen übereinstimmenden Ausführungen des Beschwerdeführers (auf denen auch die entsprechenden Aussagen von Dr. med. C.____ beruhen; vgl. IV-Nr. 101 S. 21; E. II. 8.5 und 8.7) muss hinsichtlich der Tätigkeit als Küchenhilfe im Bergrestaurant E.____ von einem Arbeitsversuch (vgl. Beschwerde, A.S. 20) bzw. einer Verweistätigkeit mit nicht optimal angepasstem Tätigkeitsprofil ausgegangen werden. Allfällige diesbezügliche Einschränkungen liessen sich somit nicht auf die langjährige (angestammte) Tätigkeit als Chauffeur oder optimal angepasste Verweistätigkeiten, für welche die Gutachter keine Einschränkungen sehen, übertragen. Grundsätzlich gegen eine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (infolge verminderter psychischer Belastbarkeit) spräche sodann auch der Umstand, dass die psychiatrische Gutachterin nachvollziehbarerweise gerade keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erheben konnte. Die von Dr. med. M.____ angeführte Einschränkung liesse

sich demnach auf keine entsprechende Diagnose stützen und könnte daher keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Allenfalls ging die Gutachterin aber auch davon aus, die neuropsychologisch festgestellte Abweichung bewege sich im Normbereich und basiere nicht auf einer Krankheit. Dies würde auch erklären, weshalb Dr. med. M. ___ an anderer Stelle – wie bereits erwähnt – durchwegs von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit sprach. So oder anders vermag diese Unklarheit in den Ausführungen der psychiatrischen Expertin den Beweiswert ihres ansonsten überzeugenden Teilgutachtens nicht zu schmälern. Ob die im Gutachten gestellten Diagnosen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nach Art. 4 Abs. 1 IVG darstellen, ist eine frei überprüfbare Rechtsfrage (BGE 140 V 193 E. 3.1 f. S. 195 f.). Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verlöre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_283/2015 vom 24. Juni 2015 E. 3; SVR 2015 IV Nr. 16 S. 45 E. 2.3 [9C_662/2013]; Urteil 9C_3/2015 vom 20. Mai 2015 E. 3.3.2). Vor diesem Hintergrund ist es entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. A.S. 27) nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung grundsätzlich von einer 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen ist. Da im beweismässigen psychiatrischen Teilgutachten eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, wie dargelegt, in überzeugender Weise verneint wurde, kann ausserdem auf die Durchführung einer Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

9.5 Auch die weiteren Rügen des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 5.2 hievor) vermögen den Beweiswert des D. ___-Gutachtens nicht in Frage zu stellen: So waren die Probleme des Beschwerdeführers an der letzten Arbeitsstelle im Bergrestaurant E. ___ den Gutachtern – auch ohne den Bericht des Arbeitgebers vom 30. Januar 2019 (E. II. 8.10.2) – ebenso bekannt (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 9, S. 17 unten, S. 20, S. 30 oben) wie die als Hauptbeschwerde geklagte verminderte psychische Belastbarkeit im Allgemeinen (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 5 f., 9 f., 12, 17, 25, 29 f.; IV-Nr. 92.1 S. 3; siehe auch E. II. 9.3.4 hievor). Soweit sich die Beschwerden in den eigenen fachärztlichen Untersuchungen objektiveren liessen, wurden sie denn auch bei Festlegung des zumutbaren Leistungsprofils berücksichtigt (Vermeidung von Zeit-/Leistungsdruck sowie häufiger Kundenkontakte; vgl. E. II. 9.3.3 und 9.4.4 hievor). Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde kann damit nicht gesagt werden, die Ergebnisse der berufspraktischen Erprobung im Bergrestaurant E. ___ seien nicht berücksichtigt worden. Wie bereits dargelegt (E. II. 9.4.5 hievor) ist denn auch davon auszugehen, dass es sich bei der Tätigkeit im Bergrestaurant gerade nicht um eine optimal angepasste Tätigkeit handelte bzw. es waren entsprechende Anpassungen notwendig (wie die Beschränkung auf die wenigen nicht so exponierten Arbeitsbereiche in einem Restaurant). Hingegen erscheint die Arbeit als Chauffeur, je nach Ausgestaltung, mit Blick auf das zumutbare Leistungsprofil geeignet zu sein. Jedenfalls konnte der Beschwerdeführer als Chauffeur rund 28 Jahre lang im Vollzeitpensum arbeiten und gab denn auch gegenüber den Gutachtern an, er habe bei seiner Tätigkeit als Chauffeur keine Schwierigkeiten gehabt, auch beim Sprechen nicht, ausser wenn der Chef ihn angerufen habe (IV-Nr. 92.2 S. 4, Ziff. 3.2.7 zum arbeitsbezogenen Beschwerdebild). Gestützt auf die nachvollziehbare gutachterliche Beurteilung ist denn auch nicht ersichtlich, weshalb der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit nicht in seiner (angestammten) langjährig ausgeübten Tätigkeit als Chauffeur oder in einer anderen, dem zumutbaren Leistungsprofil entsprechenden Tätigkeit sollte verwerten können. Im Weiteren stellt es keinen Mangel des Gutachtens dar, wenn sich die Gutachterinnen und Gutachter unter dem Titel «angestammte Tätigkeit» zu beiden letzten Tätigkeiten des Beschwerdeführers (Chauffeur und

Küchenhilfe) geäußert haben. Ebenfalls nicht zu beanstanden ist, dass RAD-Arzt Dr. med. F. ___ seine Meinung nach Einholung des polydisziplinären Gutachtens geändert hat. Zum einen hatte der RAD-Psychiater den Beschwerdeführer nie selber untersucht; zum andern wurde das Gutachten gerade deshalb eingeholt, weil zuvor keine zuverlässige Beurteilung möglich war. Es liegt daher in der Natur der Sache, dass frühere auf unzureichenden oder unvollständigen medizinischen Grundlagen basierende Meinungen gestützt auf eine spätere beweismässige und umfassende Expertise revidiert werden (müssen). Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass sich die Beschwerdegegnerin vorliegend (zu Recht) auf das D. ___-Gutachten abstützt. Aus einer gegebenenfalls fehlerhaften Stellungnahme des RAD vermag der Beschwerdeführer daher nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, was auch für die von ihm als falsch erachtete Beurteilung der Alkoholproblematik durch den RAD gilt. Diese wurde im Gutachten, wie bereits dargelegt, eingehend und schlüssig abgehandelt; insbesondere hat die psychiatrische Gutachterin nachvollziehbar dargelegt, weshalb «lediglich» ein schädlicher Alkoholkonsum, nicht aber eine Alkoholabhängigkeit vorliege (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 18 und 24; siehe E. II. 9.4.2 hievor). Weiter lässt der Beschwerdeführer rügen, die Gutachter hätten die sich aus den Militärakten ergebenden Hinweise auf eine psychische Problematik bereits im Alter von 19 Jahren nicht beachtet. Aus den genannten Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Aushebung im Jahr 1977 als untauglich eingestuft worden war, hauptsächlich aufgrund der erlittenen Verletzung am rechten Auge. Daneben deklarierte der Beschwerdeführer als sonstige Leiden gewisse psychische Auffälligkeiten (vgl. E. II. 8.8 hievor). Daraus lässt sich für die Arbeitsfähigkeit im Verfügungszeitpunkt jedoch nichts ableiten, zumal der Beschwerdeführer später rund 28 Jahre lang voll erwerbstätig war. Wenn damals bereits Beschwerden wie eine erhöhte Nervosität oder Stottern vorlagen, wirkten sie sich in der Folge demnach nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Dass die psychiatrische Gutachterin bezüglich militärärztlicher Akten keine weiteren Abklärungen vorgenommen hat, vermag damit – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Protokoll der öffentlichen Verhandlung vom 6. Oktober 2020, A.S. 55 ff.) – keinen Mangel am Gutachten zu begründen. Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Begutachtung selbst deklarierte, nicht im Militär gewesen zu sein, da er als Kind im Alter von zehn Jahren beim Spielen im Wald durch einen Ast fast das rechte Auge verloren habe, von psychischen Beschwerden oder Auffälligkeiten in diesem Zusammenhang jedoch nichts erwähnte (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 19; siehe auch IV-Nr. 92.1 S. 30, wonach der Beschwerdeführer auch gegenüber der neurologischen Gutachterin angab, dass er wegen der Augenverletzung keinen Militärdienst habe leisten müssen). Somit gab es für die Gutachterin keine Veranlassung für weitere Nachforschungen. Nicht haltbar ist vor diesem Hintergrund auch der Vorwurf an die (gemäss Auszug aus dem Medizinalberuferegister, Urkunde 6) ursprünglich aus der Sowjetunion stammende Gutachterin, nicht ausreichend mit den hiesigen militärdienstlichen bzw. militärärztlichen Gepflogenheiten vertraut zu sein. Auch der Vorhalt, in der ehemaligen Sowjetunion habe man eine andere Einstellung zu psychiatrischen Leiden gehabt, stellt die in Deutschland erworbene und durch die zuständigen schweizerischen Behörden seit August 2008 anerkannte fachärztliche Qualifikation von Dr. med. M. ___ als Psychiaterin nicht in Frage und es ergeben sich auch keine anderweitigen Hinweise aus den Akten, die auf eine (behauptete) mangelhafte Kommunikation anlässlich der Begutachtung oder eine anderweitige Nichteignung der Gutachterin schliessen lassen würden. Was die (jugend-)psychologische Abklärung / Beratung im Kindesalter wegen des Stotterns anbelangt, war diese den

Gutachtern bekannt, ebenso, dass sich der Beschwerdeführer in der Schule während einer gewissen Zeit nur schriftlich äusserte (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 11, 19 und 25). Gleichzeitig hielt die psychiatrische Gutachterin fest, der Beschwerdeführer habe sich nach seinen Aussagen in keiner logopädischen oder kinderpsychiatrischen Behandlung befunden (IV-Nr. 92.1 S. 25). Entgegen den Vorbringen in der Beschwerde kann darin kein Widerspruch innerhalb des Gutachtens erblickt werden, handelt es sich dabei doch um (allenfalls widersprüchliche) Aussagen des Beschwerdeführers selbst bzw. eine Abklärung / Beratung ist nicht zwingend mit einer Behandlung gleichzusetzen. Dass die von den Gutachtern erhobene psychologische Abklärung / Beratung im Kindesalter nicht gross gewichtet wurde, ist mit Blick auf die spätere erfolgreiche berufliche Laufbahn nicht zu bemängeln. Gleiches gälte grundsätzlich auch für die von Dr. med. C.____ im Neuanmeldungsverfahren erstmals und in einem Satz erwähnten traumatischen und belastenden Ereignisse in der Kindheit (sexueller Missbrauch im Kleinkindalter; vgl. IV-Nr. 73 S. 5; E. II. 8.1), welche jedoch durch die psychiatrische Gutachterin nicht eruiert werden konnten (IV-Nr. 92.1 S. 26; vgl. E. II.

E. 9.4.2

hievor). Auch anderweitige einschneidende oder erschütternde Erlebnisse nannte der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Exploration nicht (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 21). Was das vom Beschwerdeführer anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 6. Oktober 2020 angerufene Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2015.308 vom 3. November 2017 (Urkunde 7) in einem sachverhaltlich anders gelagerten Fall anbelangt, vermag der Beschwerdeführer daraus weder einen generellen noch für den vorliegenden Fall bestehenden Anspruch auf Beizug allfälliger schulpyschologischer Akten abzuleiten. Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer, wenn er in den biographischen Ereignissen in der Kindheit – gestützt auf die Einschätzung seines behandelnden Psychiaters – die Grundlagen für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung bestätigt sehen will. Der psychiatrischen Gutachterin, Dr. med. M.____, waren die (sich im Laufe der Zeit verändernden) Stellungnahmen von Dr. med. C.____ bekannt und sie hat schlüssig dargelegt, weshalb (entgegen der Einschätzung des behandelnden Psychiaters) weder die Voraussetzungen für eine Persönlichkeitsstörung noch für eine soziale Phobie erfüllt sind (vgl. IV-Nr. 92.1 S. 23 f., 26; siehe E. II. 9.4.2 hievor). Daran vermag auch die Bezugnahme der neuropsychologischen Gutachterin auf allfällige persönlichkeitsrelevante Aspekte des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Dass die Ausführungen im neuropsychologischen Gutachten ausserdem eine wesentlich höhere Einschränkung implizierten, erweist sich in Anbetracht der von Dr. phil. L.____ erhobenen und im Vergleich zur Voruntersuchung im Oktober 2013 unveränderten minimalen neuropsychologischen Störung (bei gleichzeitig postulierter 100%iger Arbeitsfähigkeit) nicht als haltbar. Bezüglich der vom Gutachten abweichenden Beurteilung von Dr. med. C.____ ist ausserdem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E. II. 4.3 hievor). Diesbezüglich erscheint es zumindest als auffällig, dass Dr. med. C.____ erstmals Ende August 2017 die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt hat (vgl. E. II. 8.1 hievor), nachdem dem Beschwerdeführer, welcher seine Neuanmeldung zunächst mit dem erneuten Auftreten einer Depression begründet hatte (vgl. IV-Nr. 67), im Juli 2017 ein Nichteintreten auf sein Leistungsbegehren in Aussicht gestellt worden war (vgl. IV-Nr. 72; siehe auch E. I. 2 hievor). Zuvor waren auch für den behandelnden Psychiater, der den Beschwerdeführer bereits über einen längeren Zeitraum vom Dezember 2012 bis September 2015 (vgl.

IV-Nr. 73 S. 1) behandelte, keine entsprechenden Anhaltspunkte, wie akzentuierte Persönlichkeitszüge oder Hinweise auf traumatische Kindheitserlebnisse, explorierbar. Schliesslich vermag auch der an der öffentlichen Verhandlung vom 6. Oktober 2020 nachgereichte und nach dem Verfügungszeitpunkt ergangene Verlaufsbericht von Dr. med. C.____ vom 17. Juli 2019 (Urkunde 5) keine Zweifel am D.____-Gutachten zu erwecken, zumal dieser Verlaufsbericht im Wesentlichen nochmals die bereits mit Bericht vom 31. August 2017 (vgl. E. II. 8.1 hievor) geäusserte Einschätzung enthält. Diese war den Gutachtern bekannt und Dr. med. M.____ legte, wie vorstehend bereits erwähnt, nachvollziehbar dar, weshalb die Hauptkriterien einer Persönlichkeitsstörung aus fachärztlicher Sicht nicht als erfüllt betrachtet werden können. Ausserdem hielt sie ausdrücklich fest, dass sie die von Dr. med. C.____ erhobenen traumatischen Kindheitserlebnisse anlässlich ihrer Untersuchung nicht habe eruieren können (vgl. E. II. 9.4.2 hievor). Soweit der behandelnde Psychiater hinsichtlich Alkoholproblematik eine seit bald einem Jahr andauernde Abstinenz erwähnt, bestätigt dies im Übrigen die gutachterliche Feststellung, wonach beim Beschwerdeführer keine Alkoholabhängigkeit vorliege. Hinsichtlich Kontaktfähigkeit zu Dritten und zur Familie rügt der Beschwerdeführer eine nicht vollständig erfasste und damit nicht richtig beurteilte Beziehung zu Frau G.____ (vgl. Beschwerde, A.S. 33 f.). Gegenüber den Gutachtern hat der Beschwerdeführer nach der Familien-/Sozialanamnese und/oder dem Tagesablauf befragt wiederholt ausdrücklich von seiner Partnerin gesprochen und ausgeführt, er lebe seit 20 bzw. 22 Jahren in einer Beziehung/Partnerschaft und seine Lebenspartnerin (Frau G.____) bewohne die zweite Wohnung in seinem Zweifamilienhaus (im oberen Stock) und zahle ihm Miete (IV-Nr. 92.1 S. 11, 12, 18, 20, 21, 30, 31). Er koche für sich und die Partnerin (IV-Nr. 92.1 S. 21, 31). Ausserdem erwähnte er, die Partnerin habe aus der ersten Beziehung einen Sohn, den sie gemeinsam grossgezogen hätten und zu dem er eine gute Beziehung habe (IV-Nr. 92.1 S. 20). Dass die Gutachter gestützt auf diese Angaben des Beschwerdeführers von einer langjährigen (intakten) Partnerschaft ausgingen (IV-Nr. 92.1 S. 25; vgl. auch S. 15), obwohl es sich gemäss Ausführungen in der Beschwerdeschrift nicht (mehr) um eine emotionale Lebenspartnerin handle, sondern nur noch um eine faktisch-materielle Wohnpartnerin, kann ihnen nicht angelastet werden und es ist auch nicht ersichtlich, weshalb bzw. was namentlich die psychiatrische Gutachterin hätte nachfragen müssen. Ausserdem ist es nicht falsch, wenn im Gutachten von einer langjährigen Partnerschaft die Rede ist, selbst wenn es zu einer Trennung gekommen sein sollte. So ist denn auch nicht ersichtlich, weshalb die Schlussfolgerung betreffend (guter bzw. uneingeschränkter) Kontaktfähigkeit des Beschwerdeführers deshalb unzutreffend sein sollte. Unbehelflich ist schliesslich auch das Argument des Beschwerdeführers, Stresssituationen führten bei ihm zu gravierenden Sekundärfolgen, wie der im Oktober 2013 erlittene Hirnschlag. Zum einen ist der Hirnschlag gemäss den überzeugenden Ausführungen im internistischen und neurologischen Teilgutachten (vgl. E. II. 9.1 und 9.2 hievor) primär im Zusammenhang mit den diesbezüglichen (zwischenzeitlich jedoch gut eingestellten bzw. medikamentös behandelten) Risikofaktoren des Beschwerdeführers zu sehen (und nicht mit Stresssituationen). Zum andern hat sich der Beschwerdeführer davon nahezu vollständig erholt, sodass weder im Zeitpunkt der erstmaligen rechtskräftigen Leistungsablehnung im Februar 2015 (vgl. E. II. 7 hievor) noch im Zeitpunkt der streitigen neuen Verfügung vom 24. Mai 2019 Einschränkungen vorhanden waren. Anderweitige mögliche Sekundärfolgen sind nicht ersichtlich. Entsprechend ist denn auch keine Veränderung ausgewiesen. 10. Nach dem Gesagten erweist sich das polydisziplinäre

D.____-Gutachten als beweiswertig, womit sich die Einholung eines Gerichtsgutachtens erübrigt. Es liegen beim Beschwerdeführer somit keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen vor und auch in neuropsychologischer Hinsicht ist der aktuelle Befund mit demjenigen gemäss Voruntersuchung im Oktober 2013 vergleichbar. Entsprechend ist denn auch keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf die Durchführung einer Invaliditätsberechnung verzichtet hat. Nachdem keine invaliditätsrelevante Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erstellt ist, besteht zudem auch kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. 11. Im Ergebnis ist damit im Vergleich zur ersten rechtskräftigen Leistungsablehnung im Februar 2015 keine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten. Die Beschwerdegegnerin hat die im Rahmen der Neuanmeldung geltend gemachten Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 25. Mai 2019 (IV-Nr. 113; A.S. 1 ff.) daher zu Recht abgewiesen. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen. 12. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 13. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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