

SO_GERICHTE VSBES.2020.117 vom 5. Mai 2020

SO Obergericht, 2020-05-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.117

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.117 du 5 mai 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.117 del 5 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 5. Mai 2020) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 144 V 224 E. 6.1.1 S. 232, 131 V 242 E. 2.1 S. 243).

2. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.1 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit dem 29. August 2011 geltend gemacht (IV-Nr. 2), d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im August 2012 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs vom 31. Dezember 2012 (vgl. Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 4. Januar 2012 [recte: 2013], IV-Nr. 2 S. 1), was hier im Juli 2013 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. Juli 2013 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2013 geltenden Bestimmungen des IVG massgebend.

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es,

den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222).

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente auszurichten.

E. 3

3.1 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).

3.2 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. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu

würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126 f.).

3.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4. Es ist zunächst auf die Rechtsschriften der Parteien einzugehen:

4.1 Die Beschwerdegegnerin hält in ihrer Verfügung vom 5. Mai 2020 (A.S. 1 ff.), im Wesentlichen fest, es sei aufgrund des Urteils des Versicherungsgerichts vom 27. August 2018 [recte: 26. September 2018] eine psychiatrische Begutachtung durchgeführt worden. Das in der Folge erstellte Gutachten sei am 12. Februar 2019 vorgelegen. Der Beschwerdeführer sei unfallbedingt in seiner angestammten Tätigkeit als selbstständiger Fenstermonteur vorübergehend eingeschränkt gewesen. Eine angepasste Tätigkeit (leichte handwerkliche Tätigkeit, ohne repetitive Belastungen mit Heben und Tragen von über 5 kg) sei ihm hingegen aus medizinischer Sicht uneingeschränkt zumutbar gewesen. Eine Betriebsaufgabe resp. die Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit als Geschäftsführer der Firma F.____ sei für den Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt ein Thema gewesen. Er gehe weiterhin seiner selbstständigen Tätigkeit nach. Somit seien berufliche Massnahmen nicht angezeigt gewesen. Den vorhandenen medizinischen Akten sei zu entnehmen, dass ab dem 1. Januar 2018 auch für die angestammte Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Da der Invaliditätsgrad unter 40 % (konkret bei 3 %) liege, bestehe kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

4.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerdeschrift vom 29. Mai 2020 (A.S. 9 ff.) entgegenhalten, es könne nicht auf das Gutachten der Gutachterstelle G.____ vom 4. Februar 2019 abgestellt werden, da es sich hierbei um eine unzulässige second opinion handle. Es sei vielmehr auf das anlässlich der UVG-Rentenprüfung erstattete polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C.____ (Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie, ORL und Neuropsychologie) abzustellen, das integrativ von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit mit zusätzlicher Leistungseinschränkung von 10 %, mithin von einer noch 40%igen Restarbeitsfähigkeit ausgehe. Daran ändere auch das Urteil des Versicherungsgerichts vom 26. September 2018 nichts. Dieses sei in seinen Ausführungen gänzlich unnachvollziehbar, habe jedoch nicht beim Bundesgericht angefochten werden können, da es einen Zwischenentscheid darstelle, welcher nicht ans

Bundesgericht weiterziehbar sei (A.S. 12 f.). Das Versicherungsgericht habe mit Urteil vom 17. Dezember 2018 betreffend das UVG-Verfahren auch ausgeführt, dass das Gutachten der Gutachterstelle C.____ vollumfänglich beweistauglich sei. Auch das Bundesgericht habe das psychiatrische Gutachten der Gutachterstelle C.____ als voll beweiskräftig qualifiziert (A.S. 14 f.).

Das Gutachten der Gutachterstelle G.____ erweise sich auch als materiell nicht beweistauglich. So seien die von Dr. med. E.____ ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellten Diagnosen einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, gegenwärtig vollständig remittiert, und einer posttraumatischen Belastungsstörung, gegenwärtig weitgehend remittiert, weder schlüssig noch nachvollziehbar (A.S. 15 ff.). Dem Gutachten von Dr. med. E.____ sei auch zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer noch immer unter denselben Beschwerden leide, wie dies im Zeitpunkt der Begutachtung der Gutachterstelle C.____ der Fall gewesen sei (A.S. 19). Dr. med. E.____ gehe sodann mit keinem Wort auf die von der Gutachterin der Gutachterstelle C.____ diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ein (A.S. 22). Klar falsch und von Dr. med. E.____ aktenwidrig rapportiert seien angebliche Ausführungen des Beschwerdeführers, dass er sich subjektiv in seiner Arbeitsfähigkeit depressiv bedingt nicht eingeschränkt fühle (A.S. 23).

Auch der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich sei nicht korrekt. Die Beschwerdegegnerin habe sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen falsch festgesetzt (A.S. 25). So sei im Durchschnitt buchhalterisch von einem Einkommen von CHF 131'415.00 auszugehen (Valideneinkommen). Soweit man bei der Bestimmung des Valideneinkommens zu Unrecht, wie dies die Beschwerdegegnerin getan habe, auf Tabellenlöhne abstelle, wäre das Abstützen auf das Kompetenzniveau 1 klarerweise verfehlt. Es wäre auf die LSE 2014, Baugewerbe, Kompetenzniveau 4, abzustützen. Es ergäbe sich somit ein Valideneinkommen von CHF 114'997.80 (A.S. 26). Würde man den Beschwerdeführer nicht gesamthaft als Kadermitarbeiter qualifizieren, sondern die manuellen Tätigkeiten tiefer im Niveau 2, 3 oder sogar 1 gewichten, wie dies die Beschwerdegegnerin getan habe, wäre es wiederum verfehlt, lediglich 41.5 Stunden pro Woche anzunehmen. Der Beschwerdeführer habe vielmehr, wie sich anhand der Unfallmeldung in den Akten des Unfallversicherers B.____, aber auch aus der Befragung beim Unfallversicherer B.____ vom 31. Oktober 2012 ergebe, allein 54 Stunden pro Woche handwerklich gearbeitet. Daneben habe er noch Geschäftsführertätigkeiten erledigt. Diese seien mit mindestens 20 % zu veranschlagen, mithin 13.5 Stunden, total 67.5 Stunden pro Woche (A.S. 26). Würden die Kaderarbeiten mit mindestens 20 % einer Kompetenzniveau 4-Tätigkeit im Baugewerbe qualifiziert und die restlichen Arbeiten von 80 % mit einer Kompetenzniveau 1-Tätigkeit bei Handwerkstätigkeit, wie dies die Beschwerdegegnerin zu Unrecht getan habe, und würde man auf die tatsächlich geleistete Arbeitszeit abstützen, ergäbe sich ein Valideneinkommen von CHF 127'215.75, mithin ein sogar über einer Niveau 4-Tätigkeit liegendes Einkommen und ein nur geringfügig unter dem durchschnittlich erzielten Gewinn liegender Erwerb (A.S. 27).

In Bezug auf die Festlegung des Invalideneinkommens sei dem Beschwerdeführer die Aufgabe der Selbständigkeit nicht zumutbar. Er sei über 50 Jahre alt, sei lange Zeit 100 % arbeitsunfähig und zuvor nur im Fensterbau tätig gewesen. Er leide sodann an Restbeschwerden aus dem Unfall. Die Kenntnisse, die er sich in dieser Branche angeeignet

habe, könne er in einer ihm aufgrund der gesundheitlichen Beschwerden noch zumutbaren Tätigkeit klarerweise nicht verwerten. Die Gutachter hätten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die manuellen Verrichtungen des Fenstermontagegeschäfts attestiert und eine 50%ige für die Verrichtungen als Geschäftsführer. Ausgehend von einer 20%igen Teilverrichtung als Geschäftsführer im Rahmen des 100%-Pensums ergebe sich bei 50%iger Arbeitsunfähigkeit ein Invalideneinkommen von maximal CHF 11'499.80 (10 % von CHF 114'997.80). Hieraus resultiere im Vergleich zum Valideneinkommen von CHF 131'145.00 ein IV-Grad von 91 %. Auf diesen IV-Grad sei abzustellen. Soweit auf Tabellenlöhne abgestützt werde, ergäbe sich ein Invalideneinkommen von maximal CHF 22'334.00 (A.S. 27 f.). Es sei ausserdem zwingend ein leidensbedingter Abzug von mindestens 15 % vorzunehmen. So könne der Beschwerdeführer selbst leichte Tätigkeiten nur noch in einem Teilzeitpensum absolvieren, verfüge über keine berufliche Ausbildung und sei vor dem Unfall selbständig gewesen. Auch gelte es das fortgeschrittene Alter zu berücksichtigen. Ein entsprechender Abzug sei durch das Versicherungsgericht mit Urteil vom 17. Dezember 2018 im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren geschützt worden, ebenso vom Bundesgericht mit Urteil vom 9. Mai 2019. Somit würde der IV-Grad 83 % betragen (A.S. 29).

Falls nicht auf das in den vorstehenden Ziffern Ausgeführte abgestellt werden sollte, sei die Bestimmung des IV-Grades zwingend nach dem erwerblich gewichteten Betätigungsvergleich vorzunehmen. So ergäbe sich ein IV-Grad von 88 %. Sofern man beim Handwerklichen, wie dies die Beschwerdegegnerin zu Unrecht getan habe, auf eine Niveau 1-Tätigkeit abstützen würde, ergäbe sich noch immer ein IV-Grad von 85 %. Die Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin verbiete sich auch nach dem Urteil des Bundesgerichts vom 9. Mai 2019, wonach das Valideneinkommen anhand der LSE-Tabellen zu bestimmen sei (A.S. 31 f.).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 5. Mai 2020 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat. Zur Beurteilung sind im Wesentlichen die folgenden Akten relevant:

5.1 Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. April 2012 (IV-Nr. 60.252) gab der Beschwerdeführer an, er habe Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, leide unter Vergesslichkeit und Nackenschmerzen bei Kopfdrehungen sowie unter Schmerzen am linken Ellenbogen. Mehr als eine halbe Stunde könne er nicht stehen. Beim Aufstehen habe er Schwindelanfälle. Beim Bücken habe er Rückenschmerzen und beim Treppensteigen seit einigen Tagen Schmerzen an den Knien. Er habe Angstzustände und sei unglücklich (S. 4 f.). Die Kreisärztin Dr. med. H.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hielt indessen einen unauffälligen Befund und folgende Diagnose fest:

Status nach Verkehrsunfall am 29. August 2011 (als Fussgänger von Lastwagen auf der Autobahn mitgerissen) mit:

Anlässlich der Untersuchung zeige sich eine stark angeschlagene Persönlichkeit. Der Beschwerdeführer habe am linken Ellenbogen nur eine leichte Bewegungseinschränkung. Aktuell werde aber kein akuter, vor allem kein neurologischer Handlungsbedarf gesehen. Wahrscheinlich liege eine periphere Nervenproblematik lokal links am Unterarm vor. Es werde im psychiatrisch-psychologischen Bereich eine Abklärung bezüglich der psychosomatischen Beschwerden als notwendig gesehen (S. 8). Die Schmerzen am linken

Oberkörper seien angesichts des erlittenen Traumas gut nachvollziehbar. Die Bewegungseinschränkung am Ellenbogen sei verbesserbar. Die anderen geklagten Beschwerden betreffen ein unspezifisches Schmerzsyndrom und seien auf somatischer Ebene abgeklärt worden. Im traumatologischen Bereich zeige sich kein objektivierbarer Befund.

Strukturell objektivierbare Unfallfolgen des Schädels bezüglich der Beschwerden fehlten, die Halswirbelsäule sei klinisch völlig blande ohne neurologische Auffälligkeiten. Im Vordergrund stehe die psychosomatische Angeschlagenheit des Beschwerdeführers. Aus somatischer Sicht sei er zurzeit und bis Ende August zu 50 % arbeitsfähig. Zumutbar seien leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten unterhalb der Horizontalen ohne manuellen Stück- und Zeitakkord und ohne taktgebende Arbeiten, welche eine Extension des linken Ellenbogens erforderten. Nicht mehr zumutbar seien schwere Arbeiten, Arbeiten in Nässe, Kälte und Zugluft sowie Tätigkeiten unter Vibration (S. 9).

5.2 Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Kreisarzt, hielt aufgrund seiner psychiatrischen Untersuchung vom 19. Juni 2012 (IV-Nr. 60.243) folgende Diagnosen fest (S. 10):

Aufgrund der Schilderungen sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer vor 14 Jahren eine depressive Krise erlitten habe. Er scheine remittiert zu sein. Bezüglich des Unfallereignisses, an das er sich nicht erinnere, könnte differentialdiagnostisch eine akute Belastungsreaktion vorgelegen haben. Bei den Ereignissen, die ihn nachts überfielen, könnte es sich differentialdiagnostisch um Intrusionen handeln. Der Beschwerdeführer schildere, dass diese Bilder bereits vier Tage nach dem Unfall aufgetreten seien. Es persistiere auch heute noch eine psychotraumatologische Symptomatik. Der Beschwerdeführer habe Träume über den Unfall. Er fühle sich auch in Angstsituationen hineinversetzt. Es zeige sich ein diskretes Vermeidungsverhalten und der Beschwerdeführer habe Symptome einer erhöhten psychischen Sensibilität und Erregung, leide unter Ein- und Durchschlafstörungen, erhöhter Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Hypervigilanz. Der Umstand, auf der Autobahn auf die Fahrbahn geschleudert zu werden, könne als kurzdauerndes Ereignis aussergewöhnlicher Bedrohung interpretiert werden. Auf der anderen Seite bestehe beim Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Status nach einer depressiven Episode vor etwa 14 Jahren. Aktuell zeige er mittelschwere depressive Symptome. Er sei mimisch deutlich depressiv moduliert, mit eingeschränkter Schwingungsfähigkeit. Er klage über einen ausgeprägten Antriebsverlust und gesteigerte Ermüdbarkeit, zeige einen sozialen Rückzug und beklage Konzentrationsstörungen. Es gebe einen grossen Überlappungsbereich der Symptome der psychotraumatologischen Symptomatik und der Depression. Dafür, dass die psychotraumatologische Symptomatik im Vordergrund stehe, spreche der fluktuierende Verlauf. Trotz der Symptomatik sei der Beschwerdeführer immer wieder in die [...] gegangen und habe seine zweite Ehe geschlossen. Das Weggehen in die [...] könnte auch einem Vermeidungsverhalten entsprechen. Die offenen Fragen bezüglich Compliance könnten ausserdem auch im Rahmen der Persönlichkeit des Beschwerdeführers diskutiert werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die ärztliche Behandlung indiziert. Eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung sei notwendig. Allenfalls könnte eine spezifische traumazentrierte Psychotherapie diskutiert werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der eigenen Untersuchung zu mindestens 50 % eingeschränkt. Die vom Beschwerdeführer gemachte Angabe, dass er in einem 50%-Pensum zu circa 30 %

leistungsfähig sei, sei nachvollziehbar.

5.3 Gestützt auf die kreisärztliche Untersuchung vom 19. Februar 2013 (IV-Nr. 60.185) hielt der Kreisarzt Prof. Dr. med. J.____, M.Sc., Facharzt für Chirurgie, fest, aus rein somatischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit als Fensterbauer zu 25 %. Eine Steigerung sei möglicherweise nicht mehr zu erreichen. Die Beschwerden seien plausibel und nachvollziehbar, sie deckten sich mit dem körperlichen Untersuchungsbefund. Zumutbar seien dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten, dies ganztags. Das Heben und Tragen von Lasten bis 5 kg sei möglich. Zu vermeiden seien repetitive Rotationsbewegungen im linken Ellenbogen. Das Heben und Tragen von Lasten links mit ausgestrecktem oder angewinkeltem Arm über die 5 kg Grenze sei zu vermeiden.

5.4 Anlässlich des Intake-Gesprächs vom 4. März 2013 (IV-Nr. 11) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei selbstständig erwerbend. Er sei vom 29. August 2011 bis 4. März 2012 zu 100 % und vom 5. März 2012 bis auf weiteres zu 50 % arbeitsunfähig. Er habe keinen Beruf erlernt. Das Pensum ohne Gesundheitsschaden würde 100 % betragen. Am 29. August 2011 habe er auf der Autobahn mit seinem Fahrzeug eine Panne gehabt. Als er das Warndreieck aufgestellt gehabt habe und zurück zum Auto gelaufen sei, sei er offenbar am linken Ellenbogen von einem LKW erfasst und zu Boden geschleudert worden. An das Ereignis könne er sich nicht mehr erinnern. Aktuell würden ihn am meisten die Ellenbogen- und Armbeschwerden, wie auch die psychische Verfassung an der Ausübung seiner Tätigkeit hindern. Die Schlafstörungen (intensive Träume) beeinträchtigten seine Konzentration. Er habe auch Mühe beim Leitersteigen und an die Decke schauen. Dabei werde es ihm schwindlig und er fühle sich unsicher. Er gehe regelmässig in die Psychotherapie (bis zweimal im Monat), die Physiotherapie sei abgeschlossen worden. Ansonsten bestünden keine weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Er nehme folgende Medikamente ein: Olfen, Lexotanil und Cipralex. Der Beschwerdeführer mache einen psychisch angeschlagenen Eindruck, die sprachlichen Ressourcen seien begrenzt. Der Beschwerdeführer möchte sein Geschäft nicht aufgeben, seine berufliche Entwicklung habe seit dem Unfall keinen anderen Verlauf genommen. Er übe seine angestammte Tätigkeit sehr gerne aus und die Auftragslage sei gut. Es wurde vermerkt, dass der Fall in die Leistungsabklärung weitergeleitet werde.

5.5 Im Arztbericht vom 22. Juni 2015 (IV-Nr. 19) hielt der den Beschwerdeführer seit dem 15. Mai 2012 bis auf weiteres behandelnde Dr. med. K.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

Rezidivierende depressive Störung, leicht- bis mittelgradige Episode ICD-10 F33.1 auf der Basis einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1, bestehend seit dem Unfallgeschehen vom 28. September 2011 [recte: 29. August 2011]

Die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit habe seit dem 15. Mai 2012 bis Ende April 2013 50 % betragen, im Anschluss sei eine 30 ■ 40%ige Leistungsminderung bei einer 8.5-stündigen Präsenzzeit vorhanden. Der Gesundheitszustand sei stationär bis besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne aus psychischer Sicht durch medizinische Massnahmen gebessert werden. Die letzte Untersuchung habe am 9. Juni 2015 stattgefunden. Der Beschwerdeführer sei psychisch nicht belastbar. Aufgrund der depressiven Symptomatologie, der beschriebenen Verlangsamung und auch der vorliegenden Antriebsminderung bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit wäre aus rein versicherungspsychiatrischer Sicht mit Einschränkungen

zumutbar, wobei der Beschwerdeführer aufgrund der somatischen Beschwerden vieles nicht durchführen könne. Dies aus psychiatrischer Sicht während 8.5 Stunden täglich. Es bestehe eine 30 ■ 40%ige Minderung der Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit könne am bisherigen Arbeitsplatz nur durch medizinische Massnahmen verbessert werden:

Weiterführung der psychiatrischen und psychotherapeutischen sowie Durchführung medikamentöser Behandlung. Gleichzeitig empfehle sich, die somatischen Probleme, die vordergründig seien, auch adäquat zu behandeln. Im Verlauf könne eine gewisse weitere Verbesserung des psychischen Zustandsbildes erreicht werden. Insbesondere werde eine weitere Abnahme der depressiven Symptomatologie erhofft. Dem Beschwerdeführer seien aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich auch angepasste somatische Tätigkeiten zumutbar, wobei auch berücksichtigt werden müsse, dass der Beschwerdeführer als selbstständig erwerbende Person in seiner eigenen Firma tätig sei und in diesem Zusammenhang eine Veränderung auch aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich nicht empfohlen werde, weil dadurch eine weitere Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes zu erwarten wäre.

5.6 Dr. med. K. ___ hielt im Schreiben vom 16. Dezember 2015 (IV-Nr. 21) fest, es sei am 15. Oktober 2015 zu einem Brandunfall gekommen. Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er bei der Arbeit einen Fleck auf einer Scheibe mit einem Lösungsmittel geputzt habe. Dabei schienen auch seine Handschuhe mit dem Lösungsmittel in Kontakt gekommen zu sein. Als er zu einem späteren Zeitpunkt habe rauchen wollen, hätten seine Handschuhe Feuer gefangen. Infolge dieses Feuers habe er sich beidseits an den Händen starke Verbrennungen zugezogen. Er habe sich deshalb notfallmässig in ärztlicher Behandlung begeben. Infolge dieses Unfalls sei es zu einer Retraumatisierung gekommen. Der Beschwerdeführer habe aktuell erneut von zunehmenden Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, innerer Unruhe und Albträumen berichtet. Er habe erneut depressiv gewirkt und auch Flashbacks beschrieben. Die antidepressive Behandlung werde aktuell weiterhin fortgesetzt. Aktuell werde der Beschwerdeführer mit Cipralext 20 mg, Valdoxan 25 mg sowie Trittico 50 mg behandelt. In der kommenden Zeit werde der Beschwerdeführer wieder intensiv psychiatrisch und psychotherapeutisch betreut.

5.7 Im Rahmen des durch den Unfallversicherer B. ___ in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachtens bei der Gutachterstelle C. ___ vom 6. Juli 2016 (IV-Nrn. 24.15, 25.18 f., 24.24 f.) wurden folgende Teilgutachten erstattet:

5.7.1 Im neurologischen Teilgutachten vom 11. Mai 2016 (IV-Nr. 24.15) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 6):

Es fänden sich keine Folgen der Commotio cerebri mehr. Auf neurologischem Fachgebiet sei der Beschwerdeführer durch den orthostatischen Schwindel in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Er könne nicht auf Leitern oder Gerüsten arbeiten. Dabei sei weniger der Schwindel selbst das Problem ■ er klinge nach Angabe des Beschwerdeführers innerhalb von Sekunden ab, wenn er vom Liegen ins Stehen gewechselt habe, oder wenn er langes Stehen vermeide. Im Vordergrund stehe die Angst vor dem plötzlichen Auftreten des Schwindels und der damit verbundenen Gefahr des Unfalls. Ausserdem sollte der orthostatische Schwindel mit zunehmender körperlicher Tätigkeit, wie sie mit der Arbeit als Fenstermonteur verbunden sei, abklingen und verschwinden. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit durch den orthostatischen Schwindel sei als leicht zu bezeichnen. Die Gefühlsstörung an den Fingern IV und V der linken Hand und der angrenzenden Handfläche sei gering ausgeprägt und bedinge keine Arbeitsunfähigkeit. Die episodischen Spannungskopfschmerzen stünden im Zusammenhang mit den psychiatrischen Folgen des

Unfalls. Zusammenfassend bedingten die Gesundheitsschäden auf neurologischem Fachgebiet höchstens eine minimale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Fenstermonteur und als Geschäftsführer (S. 7 f.).

5.7.2 Im orthopädischen Teilgutachten vom 17. Mai 2016 (IV-Nr. 24.23) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 10 f.):

Status nach Verkehrsunfall am 29. August 2011 mit

Aus orthopädischer Sicht bestehe unter Berücksichtigung der Arbeitsplatzbeschreibung durch den Unfallversicherer B.____ / Jobprofil vom 31. Oktober 2012 (vgl. IV-Nr. 12.2 S. 73) eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in leistungsmässiger Hinsicht. Es bestehe keine Einschränkung in zeitlicher Hinsicht. Schmerzbedingt seien Arbeiten mit Maximalbelastungen nicht mehr durchführbar. Bezüglich der Ellenbogenbeweglichkeit links bestehe nur eine diskrete Einschränkung der Extension von 15°, welche im Alltag nicht relevant sei. Aus orthopädischer Sicht bestehe bei der Tätigkeit als Geschäftsführer eine Arbeitsunfähigkeit von 0 %. Es bestehe aus orthopädischer Sicht keine zusätzliche Leistungseinschränkung in Folge vermehrter Pausen oder eines verminderten Arbeitstempos. Bei ideal leidensadaptierter Tätigkeit mit Vermeiden von Ellenbogenbewegungen links mit Maximalbelastung und repetitiven endgradigen Bewegungen bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % in unfallbedingter organischer Hinsicht. Die ideal leidensadaptierte Tätigkeit müsste wie folgt ausgestaltet sein: Es seien leichtere handwerkliche Tätigkeiten durchführbar. Zu vermeiden seien Maximalbelastungen bzw. repetitive Belastungen mit Heben und Tragen von Gewichten über 5 kg sowie auch repetitive endgradige Bewegungen des linken Ellenbogens. Es bestehe diesbezüglich keine zusätzliche Leistungseinschränkung, aus orthopädischer Sicht seien keine vermehrten Pausen oder ein vermindertes Arbeitstempo notwendig (S. 14 f.).

5.7.3 Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 18. Mai 2016 (IV-Nr. 24.19) wurde festgehalten, dass sich beim Beschwerdeführer testpsychologisch leichte bis mittelschwere Beeinträchtigungen im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen mit weit reduzierter Aufmerksamkeitsaktivierung (Antriebsminderung), ausgeprägter Verlangsamung und reduzierter Belastbarkeit fänden. Bei komplexeren Aufmerksamkeitsanforderungen (selektiver und geteilter Aufmerksamkeit) sinke die Fehlerkontrolle erheblich. Die Lern- und Gedächtnisfunktionen seien anhand einer visuellen, non-sprachlichen Aufgabe überprüft worden. Dabei habe sich eine insgesamt deutlich verminderte Lern- und Abrufleistung ohne zu erwartenden Lernzuwachs bei den einzelnen Durchgängen gezeigt. Die orientierende Beurteilung des vorbestehenden allgemeinen intellektuellen Leistungsvermögens verweise auf ein unterdurchschnittliches präorbales Niveau (gemäss westlichen kulturellen Standards). Zur Beurteilung einer möglichen negativen Antwortverzerrung während der Testuntersuchung im Sinne einer bewussten oder unbewussten Symptomverdeutlichung seien verschiedene Verfahren durchgeführt und testimmanente Indikatoren (embedded factors) geprüft worden. Dabei hätten sich leichte Inkonsistenzen ergeben, die jedoch gesamthaft keine ausreichenden Hinweise auf eine bewusste oder unbewusste Symptomverdeutlichung darstellten. Für die neuropsychologische Beurteilung der kognitiven Leistungen müsse ebenfalls berücksichtigt werden, dass die angewandten Testverfahren nicht für den kulturellen Hintergrund des Beschwerdeführers normiert seien. Diesbezüglich sei auch auf die Durchführung von sprachlich-orientierten Aufgaben weitgehend verzichtet worden. Die Abklärung sei mit einem [...] sprechenden Dolmetscher durchgeführt worden. Im klinischen Eindruck zeige

sich der Beschwerdeführer zum Abklärungszeitpunkt vom Affekt her leicht nach unten ausgelenkt. Insbesondere auffällig seien die negative Selbstbewertung der eigenen Leistungsfähigkeit sowie die ausgeprägte Schonhaltung des linken Arms. Im klinischen Eindruck wirke der Beschwerdeführer entgegen seiner eigenen Einschätzung nach der Abklärung deutlich erschöpft. Soweit nach den o.e. Kriterien beurteilbar, bestehe insgesamt eine leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung, die multifaktoriell bedingt sei. Eine hirnorganische Beteiligung sei möglich, eine Überlagerung durch affektive Anteile sehr wahrscheinlich. Chronische Schmerzen, ungenügender Schlaf, sowie die Medikation könnten die Leistungsfähigkeit zusätzlich beeinflussen.

Mit einer leichten bis mittelgradigen kognitiven Störung sei der Beschwerdeführer bei einfachen beruflichen Anforderungen leichtgradig eingeschränkt, was quantitativ einer Arbeitsunfähigkeit von ca. 30 % entspreche. Für anspruchsvollere Anforderungen, insbesondere an das Gedächtnis und die Fehlerkontrolle, sei von einer höheren Leistungsbeeinträchtigung (bis 50 %) auszugehen. Besonders die mangelnde Fehlerkontrolle, die bereits bei einfachen Testanforderungen ersichtlich werde, habe bereits zu verschiedenen selbstgefährdenden Situationen im beruflichen Alltag geführt. Eine Abgrenzung hirnorganischer von affektiven Ursachen sei nicht sicher möglich, es müsse jedoch davon ausgegangen werden, dass auch zum aktuellen Zeitpunkt noch hirnorganische Leistungsbeeinträchtigungen vorlägen, die sich sehr wahrscheinlich nach bisherigem, mehrjährigem Verlauf nur noch wenig abschwächten, so dass nicht von einer wesentlichen Veränderung und einem vollständigen Abklingen der Symptome ausgegangen werden könne (S. 2 f.).

5.7.4 Dr. med. L.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in ihrem psychiatrischen Teilgutachten vom 5. Juli 2016 (IV-Nr. 24.24) folgende Diagnosen fest (S. 33):

Aus polydisziplinärer Sicht bestehe eine «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)».

Aufgrund der unfallbedingten psychischen Beeinträchtigungen (posttraumatische Belastungsstörung und Depression) in Kombination mit einer psychosomatischen Beeinträchtigung (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren), die bei Belastung zu einer Schmerzverstärkung führten, sei die Tätigkeit als Fenstermonteur nicht mehr zumutbar (S. 35). Als Geschäftsführer bestehe aufgrund der kognitiven Einschränkungen eine zeitlich und leistungsmässige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 %. Eine zusätzliche Einschränkung der Restarbeitsfähigkeit in einer nicht-körperlichen Tätigkeit werde nicht gesehen. Eine leidensadaptierte Tätigkeit bestünde in einer allenfalls körperlich leichten handwerklichen, arbeitsvorbereitenden oder schwere Arbeiten vorbereitenden Tätigkeit, z.B. Auspacken von Baustoffen, Entfernung von Füll- und Dichtungsstoffen, Abschneiden von Schaumresten, Feinkalibrierung von mechanischen Bauelementen im Fensterbau in einem Pensum von 50 %. In einer derartigen leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine Einschränkung der Arbeitseffizienz aufgrund schmerzbedingt verminderten Arbeitstempos und vermehrten Pausenbedarfs bei körperlichem Einsatz von etwa 10 % (S. 35 f.).

Die Gesamtarbeitsfähigkeit, sei sie nun im Haushalt angewandt, oder im Erwerbsleben, werde seit etwa einem Jahr verbessert auf das heutige Niveau geschätzt. Der genaue Beginn dieser Verbesserung erschliesse sich aus den vorhandenen Unterlagen nicht. Zuvor seien

die kognitive Leistungsfähigkeit und Depressivität sowie die Beeinträchtigung durch Schlafstörungen und Vermeidungssymptome ausgeprägter gewesen. In Bezug auf die körperliche Leistungsfähigkeit ergebe sich daraus keine andere Einschätzung für den Zeitraum, der vor dem Jahr liege als die oben getroffene Einschätzung für die aktuelle Situation. Jedoch wäre daraus für die planerisch-kognitive Anforderungen des Teils der Tätigkeit des Beschwerdeführers, die solche Fertigkeiten speziell erfordere (Administratives im Haushalt und Geschäftsführer-Anteil der Gesamttätigkeit) bis vor einem Jahr von einer Verminderung der Leistungsfähigkeit im Sinne eines Rendements (Pausen und erhöhter Kontrollbedarf inkludiert) von allenfalls 30 % einer gesunden Person auszugehen (S. 37).

5.7.5 Der «zusammenfassenden Wertung der Teilgutachten» vom 6. Juli 2016 (IV-Nr. 24.18) ist zu entnehmen, dass aus rein organischer Seite (neurologisch, orthopädisch) die Arbeit als Fenstermonteur mit einer schmerzbedingten zeitlichen und leistungsmässigen Leistungsminderung von 50 % unter Vermeidung von Arbeit auf Leitern und Gerüsten verrichtet werden könne. Aufgrund der unfallbedingten psychischen Beeinträchtigungen in Kombination mit der psychosomatischen Beeinträchtigung sei die Tätigkeit als Fenstermonteur aber nicht mehr zumutbar. Als Geschäftsführer bestehe aufgrund der kognitiven Einschränkungen, aber auch wegen der Spannungskopfschmerzen eine zeitliche und leistungsmässige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 50 %. Dabei bestehe keine zusätzliche Leistungseinschränkung. Eine ideal leidensangepasste Tätigkeit bestehe in einer körperlich leichten handwerklichen oder arbeitsvorbereitenden Tätigkeit mit einem Pensum von 50 %. Bewegungen im linken Ellenbogen unter Maximalbelastung, repetitive endgradige Bewegungen im linken Ellbogen, das Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten und eine hektische Arbeitsumgebung mit reichlich Publikumsverkehr beständen bei der idealen leidensadaptierten Tätigkeit nicht. Die intellektuellen Anforderungen sollten nicht zu hoch sein. Das Arbeitstempo und der vermehrte Pausenbedarf bedingten eine zusätzliche Leistungseinschränkung von etwa 10 % (S. 3).

5.8 Dr. med. D.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 8. März 2018 (IV-Nr. 37 S. 2 f.) folgende Beurteilung der medizinischen Situation fest (inkl. Verlauf / Prognose): Der Beschwerdeführer berichte von zunehmenden Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, innerer Unruhe und Albträumen. Er wirke erneut depressiv. Er beschreibe auch Flashbacks im Rahmen der stattgehabten Retraumatisierung. Diese psychische bzw. psychiatrische Komponente des Unfallgeschehens sei bislang im Rahmen der Beurteilung durch den Unfallversicherer B.____ unzureichend gewürdigt worden, diese könne jedoch bezüglich einer aktuellen und künftigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit limitierend sein.

Versicherungsmedizinischerseits sei daher die Durchführung eines psychiatrischen Gutachtens zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie deren Prognose notwendig. Anschliessend erneute RAD-Vorlage zur abschliessenden Einschätzung. Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien:

Rezidivierende depressive Störung, leicht- bis mittelgradige Episode auf der Basis einer posttraumatischen Belastungsstörung. Bestehend seit dem Unfallgeschehen vom 28. September 2011 [recte: 29. August 2011]

Es werde um die Durchführung eines psychiatrischen Gutachtens gebeten, um die psychischen Folgedimensionen des Unfallgeschehens, die resultierende Arbeitsfähigkeit sowie deren Prognose beurteilen zu können.

5.9 Dr. med. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Gutachterstelle G.____, hielt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 4. Februar 2019 (IV-Nr. 66) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 13 f.):

Der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen (angestammten) Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Seit dem Unfall vom 29. August 2011 bis mindestens Mitte 2016 könne aus psychiatrischer Sicht von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Ab Mitte 2016 könne die Arbeitsfähigkeit mit bestem Wissen und Gewissen nicht beurteilt werden. Mit grosser Wahrscheinlichkeit bestehe aber beim Beschwerdeführer auf psychiatrischem Fachgebiet seit spätestens Anfang 2018 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsfähig für sämtliche Tätigkeiten dem Bildungsniveau entsprechend. Für den Beschwerdeführer seien aufgrund der geklagten Schlafstörungen Nacht- und Schichtarbeiten nicht geeignet (S. 15 f.).

Die etablierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei eindeutig fachgerecht durchgeführt worden und habe zu einer vollständigen Rückbildung der depressiven Symptomatik sowie zu einer weitgehenden Rückbildung der posttraumatischen Belastungsstörung geführt. Dem Beschwerdeführer könnten eine Optimierung der schlaffördernden Medikation sowie eine regelmässige Einnahme der ärztlich verordneten antidepressiven Medikation empfohlen werden. Unter den vorgeschlagenen therapeutischen Massnahmen sei von der Erhaltung einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die therapeutischen Massnahmen sollten zu einer Verbesserung der Lebensqualität des Beschwerdeführers und zur Erhaltung einer Arbeitsfähigkeit führen, womit sie ihm medizinisch absolut zuzumuten seien. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall sei ausschliesslich auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen. Beim Beschwerdeführer könne von einer sicherlich überdurchschnittlichen Intelligenz, ausreichenden Sprachkenntnissen und von sehr guten sozialen Fertigkeiten ausgegangen werden. Ein sehr intaktes Familiennetz, die Fahrtauglichkeit und der ersichtliche Wunsch nach Autarkie, seien ebenfalls als wichtige Ressourcen zu betrachten (S. 17).

5.10 Dr. med. D.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 20. Februar 2019 (IV-Nr. 68 S. 2) fest, das Gutachten von Dr. med. E.____ sei nachvollziehbar, schlüssig und klar formuliert sowie versicherungsmedizinisch gut begründet. Wichtig zu betonen sei zudem, dass ■ wie in Punkt 10.6 bemerkt ■, der Beschwerdeführer sich subjektiv in keiner Weise beeinträchtigt fühle, auch die Nichteinnahme der antidepressiven Medikation könne als ein Hinweis eines nicht vorhandenen Leidensdruckes des Beschwerdeführers gesehen werden. Es bestehe für jede Tätigkeit spätestens ab Januar 2018 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Von August 2011 bis Juni 2016 habe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Von Juli 2016 bis Dezember 2017 gemäss bekannten Arbeitsunfähigkeits-Beurteilungen (hätten weder durch den RAD noch den GA beurteilt werden können).

6. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer bereits ungefähr 1998 eine psychische Krise erlitt und aufgrund der damaligen Tabletteneinnahme einige Tage im Spital sowie in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert war. Am 29. August 2011 ereignete sich sodann auf der Autobahn ein Unfall, in dessen Rahmen sich der Beschwerdeführer sowohl somatische als auch psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen zuzog. Am 15. Oktober 2015 erlitt der Beschwerdeführer bei einem Brandunfall Verbrennungen an beiden Händen. Dieses Ereignis führte beim Beschwerdeführer u.a. zu einer Retraumatisierung.

Da das im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 29. August 2011 durch den Unfallversicherer B. ___ in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C. ___ vom 6. Juli 2016 (vgl. E. II. 5.7 hiervor) dem durch den behandelnden Psychiater Dr. med. K. ___ zuvor im Schreiben vom 16. Dezember 2015 (vgl. E. II. 5.6 hiervor) erwähnten Geschehen betreffend den Brandunfall vom 15. Oktober 2015 und insbesondere den dadurch hervorgerufenen psychischen Beeinträchtigungen (zunehmende Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, innere Unruhe, Albträume, depressiv wirkender Beschwerdeführer) zu wenig Beachtung schenkte, empfahl Dr. med. D. ___, RAD, mit Stellungnahme vom 8. März 2018 (vgl. E. II. 5.8 hiervor) die Durchführung einer psychiatrischen Begutachtung. Dies v.a. im Hinblick auf eine durch das Ereignis vom 15. Oktober 2015 möglicherweise bewirkte Limitierung der Arbeitsfähigkeit. Dieser Einschätzung kann gefolgt werden: So führte die psychiatrische Gutachterin Dr. med. L. ___ in ihrem psychiatrischen Teilgutachten vom 5. Juli 2016 (vgl. E. II. 5.7.4 hiervor) den Brandunfall vom 15. Oktober 2015 zwar im Rahmen der «Aktenlage» auf (IV-Nr. 24.24 S. 11 oben) und der Beschwerdeführer äusserte sich auch dazu (IV-Nr. 24.24 S. 15 Mitte). Dennoch hat eine gutachterliche Auseinandersetzung mit den psychischen Auswirkungen dieses Ereignisses nicht stattgefunden. Eine solche ist jedenfalls nicht ersichtlich. Dies wäre jedoch insbesondere vor dem Hintergrund des durch den Beschwerdeführer bereits erlittenen Unfallgeschehens vom 29. August 2011 und des Hinweises des behandelnden Psychiaters Dr. med. K. ___ im Bericht vom 16. Dezember 2015 (vgl. E. II. 5.6 hiervor) betreffend die «Retraumatisierung» notwendig gewesen. Nach dem Vorliegen des Gutachtens der Gutachterstelle C. ___ vom 6. Juli 2016 erwiesen sich somit weder der Gesundheitszustand noch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als umfassend geklärt. Demzufolge hielt das Versicherungsgericht in seinem Urteil VSBES.2018.148 vom 26. September 2018 ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 4.2 hiervor) ■ zu Recht fest, der rechtsrelevante Gesundheitszustand sei aus psychiatrischer Sicht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt bzw. geklärt (vgl. VSBES.2018.148 E. II. 5, IV-Nr. 59 S. 12). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kann bei dieser Ausgangslage in Bezug auf das anschliessend eingeholte psychiatrische Gutachten bei Dr. med. E. ___ nicht von einer «unzulässigen second opinion» gesprochen werden.

Der Beschwerdeführer weist darauf hin, dass das Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 17. Dezember 2018 im UVG-Verfahren (VSBES.2018.28) ausgeführt hat, das Gutachten der Gutachterstelle C. ___ sei beweiskräftig. Zu dieser grundsätzlich richtigen Feststellung ist zu bemerken, dass im dortigen Verfahren die Folgen des Unfalls vom 29. August 2011 (und nicht jene des späteren Verbrennungs-Unfalls vom 15. Oktober 2015) zu beurteilen waren. Die Frage, ob der Vorfall vom 15. Oktober 2015 zu einer Veränderung geführt habe, stellte sich im dortigen Verfahren nicht. Weiter war die psychiatrische Beurteilung für den Ausgang des Verfahrens nicht entscheidend, weil die organisch nicht nachweisbaren Unfallfolgen in keinem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 29. August 2011 standen. Daher kann aus den dortigen Erwägungen für das vorliegende Verfahren nichts abgeleitet werden.

7. Beim Beschwerdeführer präsentieren sich aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten sowohl somatische als auch psychische gesundheitliche Beeinträchtigungen. Die unmittelbar nach dem Verkehrsunfall vom 29. August 2011 im Wesentlichen festgestellten somatischen Diagnosen (Beschränkung ROM Ellenbogen links, Coronoid-Fraktur,

entsprechend Verdacht auf stattgehabte Luxation; Bursa olecrani beidseits posttraumatisch; Verdacht auf Plexus-Läsion, Ulnaris betont links; HWS-Kontusion, DD: Schulterkontusion rechts; Commotio cerebri, vgl. E. II. 5.1 hiervor) wurden anlässlich der Untersuchung vom 20. April 2012 durch die Kreisärztin Dr. med. H. ___ gegenüber den psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen als sekundär eingestuft (vgl. E. II. 5.1 hiervor). Sie hielt fest, dass die psychosomatische Angeschlagenheit des Beschwerdeführers im Vordergrund stehe und es sich beim Beschwerdeführer um eine stark angeschlagene Persönlichkeit handle. Auch der Kreisarzt Dr. med. I. ___ erachtete anlässlich seiner psychiatrischen Untersuchung vom 19. Juni 2012 (vgl. E. II. 5.2 hiervor) eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung als notwendig. Der Beschwerdeführer gab sodann im Rahmen des Intake-Gesprächs vom 4. März 2013 (vgl. E. II. 5.3 hiervor) an, regelmässig (zweimal im Monat) in die Psychotherapie zu gehen, die Physiotherapie sei hingegen abgeschlossen worden. Es ist somit in Bezug auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers von einer psychischen Überlagerung auszugehen. Dies wird auch gestützt auf das am 6. Juli 2016 im unfallrechtlichen Verfahren erstattete polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C. ___ deutlich. So wurde im neurologischen Teilgutachten vom 11. Mai 2016 (vgl. E. II. 5.7.1 hiervor) zusammenfassend festgehalten, dass die Gesundheitsschäden auf neurologischem Fachgebiet höchstens eine minimale Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit als Fenstermonteur und Geschäftsführer zur Folge hätten. Auch im orthopädischen Teilgutachten vom 17. Mai 2016 (vgl. E. II. 5.7.2 hiervor) wurde dem Beschwerdeführer in einer ideal angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert. Hingegen resultierten im Rahmen der neuropsychologischen und psychiatrischen Begutachtungen vom 18. Mai und 5. Juli 2016 höhere Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. So wurde aufgrund einer leichten bis mittelgradigen kognitiven Störung eine Arbeitsunfähigkeit von circa 30 % ausgewiesen, bei anspruchsvolleren Anforderungen gar eine Leistungsbeeinträchtigung von bis zu 50 % (vgl. E. II. 5.7.3 hiervor). Aus psychiatrischer Sicht sei dem Beschwerdeführer aufgrund der unfallbedingten psychischen Beeinträchtigungen und der psychosomatischen Beeinträchtigung die Tätigkeit als Fenstermonteur gar nicht mehr zumutbar, als Geschäftsführer bestehe aufgrund der kognitiven Einschränkungen eine zeitlich und leistungsmässige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 %. Demzufolge resultierten zu diesem Zeitpunkt aus rein somatischer Sicht keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen mehr. Auch der psychiatrische Gutachter Dr. med. E. ___ hielt sodann in seinem psychiatrischen Gutachten vom 4. Februar 2019 (vgl. E. II. 5.7 hiervor) fest, dass die seit dem Unfall attestierte Arbeitsunfähigkeit «ausschliesslich auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert» zurückgeführt werden könne (IV-Nr. 66 S. 17).

8. Nachfolgend ist auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. ___ vom 4. Februar 2019 (vgl. E. II. 5.9 hiervor) einzugehen und zu prüfen, ob diesem Beweiswert zukommt:

8.1 Das von Dr. med. E. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstellte Gutachten wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.3 hiervor) in allen Punkten gerecht. So beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem der Beschwerdeführer einer umfassenden Exploration unterzogen wurde (IV-Nr. 66 S. 8 ff.), womit auch seine subjektiv geklagten Beschwerden in die gutachterliche Beurteilung mit eingeflossen sind. Zudem basiert das Gutachten auf umfassenden Untersuchungen (18. Dezember 2018 und 18. Januar 2019: Erhebung des psychischen Befundes und testpsychologische

Untersuchungen im Rahmen der Montgomery-Asberg Depressions Scale (MADRS) und des Mini-ICF-APP, IV-Nr. 66 S. 12 f.). Durch das Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge unter dem Titel «medizinisch-psychiatrischer Aktenauszug mit IV-relevanten arbeitsmedizinischen Einschätzungen» (IV-Nr. 66 S. 2 ff.) kann beim Gutachter zudem von der Kenntnis der relevanten Vorakten (Anamnese) ausgegangen werden. Weiter leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So vermag aufgrund der bei den durchgeführten Untersuchungen vom 18. Dezember 2018 und 18. Januar 2019 festgestellten Befunde die gutachterliche Einschätzung einzuleuchten, wonach sich der Beschwerdeführer in psychopathologischer Hinsicht völlig unauffällig präsentiert habe (IV-Nr. 66 S. 14). So habe der ordentlich gepflegt, bewusstseinsklar und allseits orientiert wirkende Beschwerdeführer auf die gestellten Fragen klare und sehr präzise Antworten gegeben, die durch eine Dolmetscherin übersetzt worden seien. Es seien unauffällige mnestiche Funktionen, ein geordnetes formales Denken, weder Wahnideen noch Halluzinationen oder Ich-Störungen festgestellt worden. Der Beschwerdeführer sei stimmungsmässig ausgeglichen gewesen. Die affektive Schwingungsfähigkeit und der Elan vitae seien erhalten gewesen. Affektiv sei der Beschwerdeführer modulierbar und ein affektiver Rapport sei gut herstellbar gewesen. Antrieb und Motorik seien unauffällig gewesen. Hinweise auf eine Selbst- und Fremdgefährdung hätten sich nicht ergeben. Da der Beschwerdeführer u.a. angab, sich mit seinen drei Töchtern aus der vorderen Ehe, die ihn regelmässig besuchten, gut zu verstehen, keine Probleme mit seiner Ehefrau zu haben und zu seinen fünf in der Schweiz lebenden Geschwistern einen guten Kontakt zu pflegen (IV-Nr. 66 S. 10 f.), ist die daraus gezogene gutachterliche Schlussfolgerung nachvollziehbar, wonach von einer regelmässigen Pflege der sozialen Kontakte auszugehen sei (IV-Nr. 66 S. 14). Im Weiteren ist auch die gestützt auf die subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers getroffene Einschätzung schlüssig, wonach eine vollständig erhaltene Tagesstruktur vorliege (IV-Nr. 66 S. 14). So gab der Beschwerdeführer an, um 5.00 Uhr aufzustehen, drei Zigaretten zu rauchen, einen Kaffee zu trinken und die Zeitung zu lesen. Danach begeben er sich an die frische Luft und wenn er in die Wohnung zurückkehre, gehe er zu seinen Kindern ins Zimmer, um sie zu sehen und sie zu küssen. Er arbeite meist von 8.00 bis 10.00 Uhr. Der Beschwerdeführer halte sich manchmal am Vormittag, manchmal am Nachmittag in der Firma auf, je nachdem wie er sich fühle. Abends sei er mit seiner Frau und den Kindern meist zu Hause. Ab und zu setze er sich abends mit der Familie vor den Fernseher. Einmal pro Woche verfolge er regelmässig eine Serie. Ohne Medikamente könne er nicht schlafen. Manchmal schlafe er erst um 2.00 Uhr ein, ab und zu fühle er sich bereits um 22.00 Uhr schläfrig, schlafe dann ein und erwache aber nach zehn Minuten wieder, wenn er ein Geräusch höre, so dass er anschliessend keinen Schlaf mehr finde (IV-Nr. 66 S. 11).

Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.____ vom 4. Februar 2019 ist somit grundsätzlich beweiswertig.

8.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. E.____ vom 4. Februar 2019 durch die zeitlich vor diesem verfassten Arztberichte allenfalls geschmälert wird:

8.2.1 Die bereits durch den Kreisarzt Dr. med. I.____ in seiner psychiatrischen Untersuchung vom 19. Juni 2012 (vgl. E. II. 5.2 hiervor) ausgewiesenen Hauptdiagnosen einer «psychotraumatologischen Symptomatik» sowie einer «rezidivierenden depressiven

Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)», wurden durch den behandelnden Psychiater Dr. med. K. ___ im Arztbericht vom 22. Juni 2015 (vgl. E. II. 5.5 hiervor) weitgehend bestätigt. So diagnostizierte er eine «rezidivierende depressive Störung, leicht bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) auf der Basis einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1». Auch im Rahmen der psychiatrischen Teilbegutachtung vom 5. Juli 2016 wies Dr. med. L. ___ (vgl. E. II. 5.7.4 hiervor) sowohl eine «chronische mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)» als auch eine «posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)» aus. Diesbezüglich hielt Dr. med. E. ___ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 4. Februar 2019 fest (IV-Nr. 66 S. 18), nach dem schweren Unfall am 29. August 2011 sei es beim Beschwerdeführer im Rahmen der entwickelten posttraumatischen psychischen Symptomatik und belastenden psychosozialen Situation zum Ausbruch einer posttraumatischen Belastungsstörung mit nachfolgender Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion gekommen. Unter den etablierten therapeutischen Massnahmen und einer sehr günstigen Entwicklung der Familiensituation (Gründung einer neuen Familie, regelmässige und sehr gute Kontakte zu den Kindern aus erster Ehe) sowie bei fehlenden Hinweisen auf wirtschaftliche Probleme als selbständiger Unternehmer sei es beim Beschwerdeführer jedoch bereits ab 2015 (aktenmässig dokumentiert) zu einer zunehmenden Verbesserung seines psychischen Zustandes gekommen. Diesen Einschätzungen kann gefolgt werden. So ist aufgrund der medizinischen Akten davon auszugehen, dass sich Dr. med. E. ___ in seiner Beurteilung im Wesentlichen auf den Bericht von Dr. med. K. ___ vom 22. Juni 2015 stützte (vgl. E. II. 5.5 hiervor), der ■ im Gegensatz zu der durch Dr. med. I. ___ vom 19. Juni 2012 (vgl. E. II. 5.1 hiervor) ausgewiesenen «gegenwärtig mittelgradigen Episode» der depressiven Störung ■ nunmehr von einer «leicht- bis mittelgradigen Episode» ausging. Es kann daher der Ausführung von Dr. med. E. ___ gefolgt werden, wonach im Bericht vom 22. Mai 2015 von einer dokumentierten Verbesserung auszugehen sei (IV-Nr. 66 S. 14 Mitte).

Es kann auch der weiteren Einschätzung von Dr. med. E. ___ gefolgt werden, wonach nicht nachvollziehbar sei, weshalb eine «rezidivierende» depressive Symptomatik diagnostiziert worden sei (IV-Nr. 66 S. 18). Denn es haben sich weder Dr. med. I. ___ noch Dr. med. K. ___ in ihren Berichten vom 19. Juni 2012 und 22. Juni 2015 (vgl. E. II. 5.2 und 5.5 hiervor) mit der Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung» vertieft auseinandergesetzt, weshalb diese nicht nachvollzogen werden kann. Zum anderen lassen sich beim Beschwerdeführer aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten auch keine wiederholten depressiven Episoden feststellen, welche für die Diagnosestellung einer rezidivierenden depressiven Störung notwendig wären (vgl. <https://www.icd-code.de/icd/code/F33.-.html?sp=SF33.1>, besucht am 17. Februar 2021). Aufgrund der sich präsentierenden Akten ist zwar davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bereits zu einem früheren Zeitpunkt ■ nämlich ungefähr im Jahr 1998 (vgl. IV-Nrn. 66 S. 6, 60.243 S. 6, 24.24 S. 13) ■ eine psychische Krise erlitt, in dessen Rahmen er infolge einer Tablettenüberdosis hospitalisiert war (vgl. E. II. 6 hiervor). Da den vorliegenden Akten jedoch nichts Gegenteiliges zu entnehmen ist, kann davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers anschliessend wieder stabilisierte. In diesem Sinn gab der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. E. ___ auch an, er sei damals circa drei bis vier Tage in der Psychiatrischen Klinik gewesen und habe das erhaltene Medikament noch ein bis zwei Wochen eingenommen. Seitdem habe er bis zum Unfall nie Probleme gehabt (IV-Nr. 66 S. 11). Diese Angaben stimmen auch mit den früheren Ausführungen des Beschwerdeführers überein. So äusserte er sich gegenüber

Dr. med. I.____ im Rahmen der Untersuchung vom 19. Juni 2012 dahingehend, dass sich die Krise zurückgebildet habe (vgl. IV-Nr. 60.243 S. 6). Daher überzeugt die Einschätzung von Dr. med. E.____, wonach Dr. med. I.____ zurzeit seiner psychiatrischen Untersuchung eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert habe, obwohl der Beschwerdeführer bis zum Untersuchungstag vom 19. Juni 2012 nicht unter mindestens drei dokumentierten depressiven Phasen gelitten habe (IV-Nr. 66 S. 6). Auch in Bezug auf den Bericht von Dr. med. K.____ vom 22. Juni 2015 legte Dr. med. E.____ in diesem Zusammenhang in plausibler Weise dar, dass eine rezidivierende depressive Störung nicht nachvollzogen werden könne. Die dokumentierte Psychopharmakotherapie mit den Antidepressiva Cipralex, Valdoxan und Trittico würde aber der postulierten leichten bis mittelgradigen depressiven Symptomatik sowie einer posttraumatischen Ängstlichkeit mit Vermeidungsverhalten, Schlafstörungen und nächtlichen Schreiattacken (im Rahmen von Alpträumen) entsprechen (IV-Nr. 66 S. 7). Zudem diagnostizierte bereits die Psychiaterin Dr. med. L.____ in ihrem psychiatrischen Teilgutachten vom 5. Juli 2016 (vgl. E. II. 5.7.4 hiervor) keine rezidivierende depressive Störung (mehr), sondern ging von einer «chronisch mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1)» aus. Sie wies zudem darauf hin, dass die depressive Verstimmung beim Beschwerdeführer schon seit 2011 andauere (IV-Nr. 24.24 S. 23 Mitte). Dr. med. E.____ beurteilte die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode und einer posttraumatischen Belastungsstörung als fachlich gut begründet und plausibel (IV-Nr. 66 S. 7) und bestätigte sodann eine längere mittelschwere depressive Symptomatik (IV-Nr. 66 S. 18). Gemäss Dr. med. E.____ habe der Verlauf jedoch gezeigt, dass es sich beim Beschwerdeführer nicht um eine «chronische depressive Symptomatik», sondern um eine «protrahierte Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion» gehandelt habe (IV-Nr. 66 S. 18). Diese Beurteilung überzeugt, da Dr. med. E.____ in diesem Zusammenhang darlegte, dass auch die beschriebenen psychosozialen Belastungen nach dem Unfall (Schwangerschaft der zweiten Frau, die von der [...] in die Schweiz reisen wollte) sowie die beschriebene traumatologische Symptomatik eher auf die Entwicklung einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion hindeuteten und nicht auf die Entwicklung einer eigenständigen und selbstunterhaltenden depressiven Störung (IV-Nr. 66 S. 6). Im Weiteren stellte Dr. med. E.____ fest, dass beim Beschwerdeführer aufgrund fehlender Hinweise auf eine genetische Vorbelastung und Persönlichkeitsfaktoren sowie ein jahrelang unauffälliges Leistungsniveau im Erwachsenenalter eine eigenständige und selbstunterhaltende depressive Störung klar ausgeschlossen werden könne (IV-Nr. 66 S. 18). Zudem habe der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration vom 18. Dezember 2018 objektiv keine depressive Symptomatik mehr aufgewiesen (IV-Nr. 66 S. 15). Dieser Einschätzung kann aufgrund der anschliessenden Ausführungen gefolgt werden, wonach der Beschwerdeführer während der Schilderung des Unfallereignisses weder eine vegetative Übererregbarkeit noch eine ersichtliche Ängstlichkeit oder sonstige affektive Reaktionen gezeigt habe. Laut Dr. med. E.____ sei es anamnestisch beim Beschwerdeführer auch zu einer deutlichen Rückbildung der Alpträume gekommen. Sein Aktivitätsniveau schliesse zudem eine Vermeidungshaltung aus. Beim Beschwerdeführer könne aufgrund der geschilderten Familienverhältnisse mit Zärtlichkeit seinen Kindern gegenüber auch nicht von einer Teilnahmslosigkeit oder affektiven Verflachung ausgegangen werden. Diesen Darlegungen kann gefolgt werden. So wurde anlässlich der Erhebung des psychischen Befundes vom 18. Dezember 2018 (vgl. IV-Nr. 66 S. 12) festgehalten, der Beschwerdeführer habe seine Lebensgeschichte und Krankheitsentwicklung fliessend und genau geschildert, was auf unauffällige mnestiche Funktionen während der 95-minütigen

Exploration hindeute. Von einer Rückbildung der Albträume ist ebenfalls auszugehen, da der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. E.____ angab, dass die schlechten Gedanken jetzt nicht mehr derart präsent seien wie früher, so dass er jetzt auch besser schlafe (IV-Nr. 66 S. 10). Aufgrund der Schilderungen des Beschwerdeführers zum Tagesablauf (IV-Nr. 66 S. 10 f.), wonach er in der Regel um 5.00 Uhr aufstehe, drei Zigaretten rauche, Kaffee trinke, Zeitung lese, sich anschliessend an die frische Luft begeben, dann zu seinen Kindern ins Zimmer gehe und sie küsse sowie meist von 8.00 bis 10.00 Uhr zu arbeiten, erscheinen die daraus gezogenen gutachterlichen Schlussfolgerungen, wonach das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers ein Vermeidungsverhalten ausschliesse und nicht von einer Teilnahmslosigkeit oder affektiven Verflachung ausgegangen werden könne, schlüssig. Gemäss Dr. med. E.____ könne beim Beschwerdeführer daher auch eine weitgehende Rückbildung der posttraumatischen Belastungsstörung angenommen werden (IV-Nr. 66 S. 15). Indem dieser auch kein auffälliges Verhaltensmuster aufgewiesen habe (sozialer Rückzug; feindliche Haltung der Welt gegenüber; Entfremdung; chronische Nervosität), könne auch eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach einer Extremlastung klar ausgeschlossen werden. Diese gutachterlichen Einschätzungen erweisen sich als korrekt: So gab der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Untersuchung an, sowohl Kontakt zu seinen drei Töchtern aus früherer Ehe als auch zu seinen fünf in der Schweiz lebenden Geschwister zu haben und sehr viele Leute zu kennen, wobei er bei einem Treffen mit diesen Leuten schnell die Lust nach Gesellschaft verliere, weshalb er Bekannte nur für kurze Zeit sehen wolle (IV-Nr. 66 S. 11 oben). Von einem sozialen Rückzug kann daher nicht ausgegangen werden. Es kommt hinzu, dass sich der Beschwerdeführer dahingehend äusserte, einen inneren Druck zu verspüren und sich erst besser zu fühlen, wenn er seinen Psychiater aufsuche und sich mit ihm unterhalte (IV-Nr. 66 S. 8). Damit ist beim Beschwerdeführer die Bereitschaft ersichtlich, sich von einer Drittperson helfen zu lassen und Einsicht in sein Gefühlsleben zu haben, womit die durch Dr. med. E.____ formulierten Verneinung der feindlichen Haltung der Welt gegenüber sowie die Entfremdung überzeugen. Da sich anlässlich der Explorationen vom 18. Dezember 2018 und 18. Januar 2019 eine ausgeglichene Stimmung, eine erhaltene affektive Schwingungsfähigkeit, ein erhaltener Elan vitae sowie ein unauffälliger Antrieb / Motorik präsentierten (IV-Nr. 66 S. 12), erweist sich auch die gutachterliche Einschätzung, wonach keine chronische Nervosität vorliege, als nachvollziehbar. Aufgrund der völlig unauffälligen Präsentation des Beschwerdeführers anlässlich der beiden Explorationen, der trotz beeinträchtigter Schlafqualität vollständig erhaltenen Tagesstruktur und der regelmässigen Pflege der sozialen Kontakte, überzeugt die Beurteilung von Dr. med. E.____, wonach gegenwärtig von keiner Störung aus dem affektiven Formenkreis inkl. einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion ausgegangen werden könne (IV-Nr. 66 S. 14).

Von einem verbesserten psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. E.____ kann auch aufgrund des durch den Beschwerdeführer noch im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung vom 5. Juli 2016 gegenüber Dr. med. L.____ angegebenen reizbaren Verhaltens als auch der Wutausbrüche ausgegangen werden, die sowohl am Arbeitsplatz als auch in der Familie mehrfach pro Monat aufgetreten und als ganz schwierig zu erleben bezeichnet worden seien (IV-Nr. 24.24 S. 16, 25 unten). Entsprechende Angaben machte der Beschwerdeführer sodann im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. E.____ nicht mehr. Er wurde während den beiden Exploration vom 18. Dezember 2018 und 18. Januar 2019 sogar als «stimmungsmässig ausgeglichen» beschrieben (IV-Nr. 66 S. 12 f.). Auch die noch in der

psychiatrischen Untersuchung von 2016 durch den Beschwerdeführer gegenüber der Familie zeitweilig erlebten Gefühle von Distanziertheit und Entfremdung (IV-Nr. 24.24 S. 25) wurden gegenüber Dr. med. E.____ nicht mehr erwähnt. So habe der Beschwerdeführer zu seinen Töchtern aus erster Ehe einen guten Kontakt und begeben sich am Morgen zu seinen beiden Töchtern ins Zimmer, um sie zu sehen und zu küssen (IV-Nr. 66 S. 10). Es ist daher von einem verbesserten familiären Verhältnis mit gegenseitiger Anteilnahme auszugehen. Damit läuft das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach er noch immer unter denselben Beschwerden leide, wie dies im Zeitpunkt der Begutachtung der Gutachterstelle C.____ der Fall gewesen sei (vgl. E. II. 4.2 hiervor), ins Leere.

8.2.2 Die übrigen medizinischen Akten vermögen folglich den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. E.____ nicht zu schmälern.

8.3 Es ist nachfolgend auf die gegen das Gutachten von Dr. med. E.____ gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen:

8.3.1 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass gemäss den ICD-10 Kriterien eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) gerade nicht vorliege, wenn der depressive Zustand länger als zwei Jahre dauere. Auch die durch Dr. med. E.____ nicht in Abrede gestellte mittelgradige depressive Episode spreche gegen die Diagnose einer Anpassungsstörung, da im Rahmen dieser Störung bloss eine höchstens leichtgradige depressive Symptomatik zu erwarten sei (A.S. 18). Dr. med. E.____ führte in seinem Gutachten vom 4. Februar 2019 diesbezüglich aus (IV-Nr. 66 S. 14), dass es beim Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 29. August 2011 sehr plausibel zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung und bei einer offenbar belastenden psychosozialen Situation (zweite Heirat, Schwangerschaft der Ehefrau, die noch in der [...] gelebt habe) zu einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion gekommen sei. Dr. med. E.____ legte sodann weiter dar, dass der Beschwerdeführer am 15. Mai 2012 bei Dr. med. K.____ eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufgenommen habe und unter den therapeutischen Massnahmen inkl. einer regelmässigen Gesprächspsychotherapie sowie einer regelmässigen Psychopharmakotherapie aktenmässig von einem protrahierten Verlauf der depressiven Symptomatik ausgegangen werden könne. Somit ist gemäss Dr. med. E.____ davon auszugehen, dass es beim Beschwerdeführer aufgrund der im Zeitpunkt des Unfalls vom 29. August 2011 bestehenden belastenden psychosozialen Situation zu einer Anpassungsstörung gekommen ist, welche sich aufgrund der anschliessend in Anspruch genommenen Therapie langsam verbessert hat. Diesen überzeugenden Ausführungen kann gefolgt werden. So gab bereits Dr. med. I.____ im Rahmen seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 19. Juni 2012 (IV-Nr. 60.243 S. 4) an, dass die zweite Ehefrau des Beschwerdeführers in der [...] lebe, sie im November 2011 geheiratet hätten, die Frau schwanger sei und der Beschwerdeführer sie in die Schweiz nachholen wolle. Eine belastende psychosoziale Situation des Beschwerdeführers ist somit ausgewiesen. Zudem ist ■ wie bereits oben dargelegt (vgl. E. II. 8.2.1 hiervor) ■ aufgrund der bei Dr. med. K.____ ab 15. Mai 2012 durchgeführten Psychotherapie auch eine verbesserte psychiatrische Gesundheitssituation erkennbar. Dem entspricht auch die Angabe des Beschwerdeführers gegenüber Dr. med. E.____, wonach er Dr. med. K.____ zu Beginn der Behandlung jede zweite Woche aufgesucht habe und ihn seit ungefähr einem Jahr alle drei bis vier Wochen sehe (IV-Nr. 66 S. 10).

In Bezug auf die im Gutachten der Gutachterstelle C.____ vom 6. Juli 2015 (vgl. E. II. 5.7 hiervor) u.a. ausgewiesene Diagnose einer «chronischen mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1)» hielt Dr. med. E.____ fest, dass nach einer längeren depressiven Symptomatik auch bei einer initialen Anpassungsstörung nach ICD-10 die Diagnose einer depressiven Episode gestellt werden könne, womit die im Gutachten vom 5. Juli 2016 postulierte chronische mittelgradige depressive Episode als fachgerecht zu bezeichnen sei. Gleichzeitig müsse jedoch festgehalten werden, dass es sich beim Beschwerdeführer in psychodynamischer Hinsicht nicht um eine eigenständige und selbstunterhaltende depressive Störung handle, sondern um eine Anpassungsstörung (IV-Nr. 66 S. 14). Dr. med. E.____ qualifizierte demnach die durch Dr. med. L.____ in ihrem psychiatrischen Teilgutachten vom 5. Juli 2016 (vgl. E. II. 5.7.4 hiervor) ausgewiesene Diagnose einer «chronischen mittelgradigen depressiven Episode» nicht in allen Teilen als unrichtig. Vielmehr legte er in plausibler Weise dar, dass diese Diagnosestellung zwar «fachgerecht» sei, es sich beim Beschwerdeführer jedoch initial um eine Anpassungsstörung gehandelt habe. Zusammenfassend kann somit in Bezug auf die Anpassungsstörung bzw. die mittelgradige depressive Episode von einer anderen diagnostischen Einschätzung ausgegangen werden, welche indes vorliegend nicht entscheidend ins Gewicht fällt. Denn die durch Dr. med. E.____ diagnostizierte Anpassungsstörung ist im Verlauf vollständig remittiert und aufgrund der erhobenen psychischen Befunde anlässlich der Explorationen vom 18. Dezember 2018 und 18. Januar 2019 sowie der Ergebnisse der durchgeführten testpsychologischen Untersuchungen (MADRS: Gesamtpunktzahl von 4 [asymptomatisch] / Mini-ICF-APP: keine Beeinträchtigungen, IV-Nr. 66 S. 12 f.) konnte keine Diagnose nach ICD-10 und somit auch keine depressive Störung gestellt werden. Die Differenz zum früheren Gutachten betrifft in erster Linie die damals gestellte Prognose, die aber naturgemäss weniger zuverlässig ist, als eine spätere neue Untersuchung. Folglich vermag der Beschwerdeführer durch dieses Vorbringen den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. E.____ nicht in Frage zu stellen.

8.3.2 Der Beschwerdeführer lässt weiter vorbringen, es sei fraglich, wie Dr. med. E.____ aufgrund der Ausführungen des Beschwerdeführers, wonach er sich unter Leuten unwohl fühle und des Öfteren «in ein Loch falle» zum Schluss kommen könne, es bestehe kein sozialer Rückzug (A.S. 20). Diesbezüglich ist zunächst festzuhalten, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung angab, sein Stimmung befinde sich in einem Loch, wenn er nicht produktiv arbeite (IV-Nr. 66 S. 11). Diese Aussage lässt sich durchaus nachvollziehen. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers lässt sich daraus jedoch kein Rückschluss auf einen generellen sozialen Rückzug ziehen. In Bezug auf das Unwohlsein unter Leuten gab der Beschwerdeführer konkret an (IV-Nr. 66 S. 8), sich unter Leuten nach kurzer Zeit unwohl und gelangweilt zu fühlen. Auch wenn er sich bei seiner Frau und seinen Kindern aufhalte, fühle er sich nach zehn Minuten nicht mehr gut. Er verspüre einen inneren Druck und fühle sich erst besser, wenn er seinen Psychiater aufsuche und sich mit ihm unterhalte. Gleichzeitig gab der Beschwerdeführer an (vgl. E. II. 8.2.1 hiervor), sowohl zu seinen Kindern aus früherer Ehe als auch zu seinen in der Schweiz lebenden fünf Geschwistern gute Kontakte zu haben und Bekannte für kurze Zeit sehen zu wollen. Ein sozialer Rückzug lässt sich daher nicht erkennen bzw. ableiten.

8.3.3 Das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach Dr. med. E.____ Konzentrationsstörungen ohne neuropsychologische Testung und Beachtung der immer wiederkehrenden Berufsunfälle verneine (A.S. 20 unten), überzeugt nicht. So gab Dr. med.

E.____ an, der Beschwerdeführer habe bei der Exploration vom 18. Dezember 2018 objektiv unauffällige psychokognitive Funktionen aufgezeigt. Folglich bestand für den psychiatrischen Gutachter kein Anlass diesbezüglich weitergehende Abklärungen durchzuführen bzw. zu veranlassen. Dies ist auch unter dem Gesichtspunkt des Ereignisses vom 15. Oktober 2015 (Brandunfall) nicht zu beanstanden, in dessen Rahmen sich der Beschwerdeführer an beiden Händen Verbrennungen zuzog. So ist diesbezüglich kein Zusammenhang mit allfälligen Konzentrationsproblemen ersichtlich. Die Tatsache, dass die mit Putzmittel getränkten Handschuhe des Beschwerdeführers beim Anzünden der Zigarette Feuer gefangen haben, lässt sich nicht ohne Weiteres auf eine generell mangelnde Konzentration bzw. eine krankheitsbedingte Konzentrationsstörung zurückführen. Von ■ wie durch den Beschwerdeführer formuliert ■ «immer wiederkehrenden» Berufsunfällen kann im Übrigen gestützt auf die vorliegenden Akten nicht ausgegangen werden, da nebst dem Ereignis vom 15. Oktober 2015 kein weiterer Berufsunfall dokumentiert ist.

8.3.4 Zum Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach Dr. med. E.____ die Test-resultate seiner Tests (MADRS und Mini ICF-APP) nicht beigelegt habe, kann festgehalten werden, dass im Rahmen einer Begutachtung grundsätzlich kein Anspruch auf Einsicht in die der internen Meinungsbildung dienenden Notizen des Gutachters oder generell in das Gutachten vorbereitende Arbeitsunterlagen, wie Hilfsmittel für die Erstellung eines Gutachtens, etwa schriftliche Aufzeichnungen über Testergebnisse oder andere Befunde, besteht. Das Gericht kann indessen zum Beizug solcher Dokumente verpflichtet sein, wenn dies im Einzelfall zur Überprüfung der Grundlagen und Schlussfolgerungen eines Gutachtens in seinen Grundlagen und Schlussfolgerungen angezeigt erscheint (Urteil des Bundesgerichts 9C_338/2016 vom 21. Februar 2017 E. 5.2 mit vielen Hinweisen). Ein Beizug der konkreten Testergebnisse ist im vorliegenden Fall nicht notwendig, zumal Dr. med. E.____ im psychiatrischen Gutachten vom 4. Februar 2019 die durch den Beschwerdeführer erreichten Punktzahlen bzw. Ergebnisse aufführte (IV-Nr. 66 S. 13). Es ist zudem nicht ersichtlich und wird durch den Beschwerdeführer auch nicht dargetan, inwiefern aus den entsprechenden Testresultaten weiterführende Erkenntnisse zu erwarten wären. Im Übrigen handelt es sich bei MADRS und Mini ICF-APP um Instrumente zur Fremdbeurteilung, nicht um Testverfahren, wie sie in der Neuropsychologie Anwendung finden.

8.3.5 Aus dem Vorbringen, wonach Dr. med. E.____ mit keinem Wort auf die durch Dr. med. L.____ ausgewiesene polydisziplinäre Diagnose einer «chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» eingegangen sei (A.S. 22 f.), vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. So hatte Dr. med. E.____ von der Diagnosestellung einer «chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» durchaus Kenntnis, indem er diese im Rahmen der Aktenzusammenfassung aufführte (IV-Nr. 66 S. 6). Er ging indes nicht explizit auf diese ein. Dieses Vorgehen ist nachvollziehbar und nicht zu beanstanden. So legte Dr. med. E.____ anlässlich seiner gutachterlichen Beurteilung dar, es könne gegenwärtig von keiner Störung aus dem affektiven Formenkreis inkl. einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion ausgegangen werden (IV-Nr. 66 S. 14). Zudem wies er darauf hin, dass der Beschwerdeführer in der Exploration vom 18. Dezember 2018 objektiv unauffällige psychokognitive Funktionen aufgewiesen habe (Gedächtnisfunktionen, Konzentrationsfähigkeit, Merkfähigkeit, Auffassungsgabe, Gedankengang, Stimmungslage, affektive Schwingungsfähigkeit, Elan vitae, Antrieb,

Psychomotorik) und gleichzeitig anamnestisch unauffällige soziale Fertigkeiten erhoben worden seien, weshalb dem Beschwerdeführer aus dem psychiatrischen Fachgebiet gegenwärtig keine Diagnose nach ICD-10 attestiert werden könne (IV-Nr. 66 S. 15). Es kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der der gutachterlichen Exploration nicht über Schmerzen klagte (vgl. IV-Nr. 66 S. 8). Da somit im Zeitpunkt der Begutachtung keine Hinweise auf eine Schmerzstörung vorgelegen haben, ist nicht einzusehen, weshalb sich Dr. med. E.____ trotzdem ausdrücklich mit der Diagnosestellung einer chronischen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.42 hätte auseinandersetzen müssen.

8.3.6 Der Beschwerdeführer lässt weiter vorbringen, dass Dr. med. E.____ auf S. 17 unter 10.6 angebliche Ausführungen, wonach sich der Beschwerdeführer subjektiv in seiner Arbeitsfähigkeit depressiv bedingt nicht eingeschränkt fühle, klar falsch und aktenwidrig rapportiert habe (A.S. 23). Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass Dr. med. E.____ unter dem Titel «Stellungnahme zur Selbsteinschätzung der versicherten Person» u.a. ausführte (IV-Nr. 66 S. 17 unten), der Beschwerdeführer fühle sich subjektiv in seiner Arbeitsfähigkeit depressiv bedingt nicht eingeschränkt. Weiter führte er aus, der Beschwerdeführer mache Konzentrationsabfälle und Vergesslichkeit geltend, was allerdings isoliert keiner psychischen Störung nach ICD-10 zugeordnet werden könne. Auch die vom Beschwerdeführer angegebenen Schlafstörungen werden im Gutachten erwähnt. Dr. med. E.____ legt an anderer Stelle dar, warum er die diagnostischen Kriterien einer depressiven Störung nicht (mehr) als erfüllt erachtet. Vor diesem Hintergrund lässt sich seine Aussage, der Beschwerdeführer fühle sich in seiner Arbeitsfähigkeit depressiv bedingt nicht eingeschränkt, durchaus nachvollziehen. Dadurch wird die Schlüssigkeit des Gutachtens nicht in Frage gestellt.

8.4 Zusammenfassend vermögen sowohl die vorangehenden medizinischen Akten als auch die Vorbringen des Beschwerdeführers den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. E.____ vom 4. Februar 2019 nicht in Frage zu stellen. Diesem ist der volle Beweiswert zuzusprechen. Da im Gutachten von Dr. med. E.____ keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde, kann im vorliegenden Fall von einer Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 abgesehen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_309/2018 vom 2. August 2018 E. 5.3.2).

9. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ergibt sich Folgendes: Gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.____ ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht von 29. August 2011 bis mindestens Mitte Juni 2016 zu 50 % arbeitsunfähig war und seine Arbeitsfähigkeit ab Mitte 2016 nicht mehr beurteilt werden kann. Seit spätestens Anfangs 2018 bestand sodann keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr (vgl. E. II. 5.8 hiavor). Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich Dr. med. E.____ hierbei auf sämtliche Tätigkeiten des Beschwerdeführers ■ auf die angestammte Tätigkeit und auf adaptierte Tätigkeiten ■ bezog. Denn es ist nicht einzusehen, warum sich die «posttraumatische Belastungsstörung» und die «Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion» einzig in der früheren Arbeitstätigkeit als Fenstermonteur und nicht auch in einer anderen Tätigkeit ausgewirkt haben sollten. Auch die RAD-Ärztin Dr. med. D.____ unterschied in ihrer Stellungnahme vom 20. Februar 2019 (vgl. E. II. 5.10 hiavor) betreffend die rückblickende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht zwischen der angestammten und einer adaptierten Tätigkeit des Beschwerdeführers. Mit der zeitlichen Angabe «bis mindestens Mitte Juni 2016» nimmt Dr. med. E.____ auf das Gutachten von Dr. med. L.____ Bezug, das

auf einer Exploration vom 11. Mai 2016 basiert. Die geringe Abweichung in der Bezifferung der Arbeitsunfähigkeit (50 % statt 60 %) ist im Rahmen des gutachterlichen Ermessens zu interpretieren und vermag die Plausibilität der rückwirkenden Einschätzung durch Dr. med. E. ___ nicht infrage zu stellen. Diese erscheint insbesondere auch unter der Berücksichtigung der Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. med. K. ___, der von einer geringeren längerfristigen Einschränkung ausging (vgl. E. II. 5.5 hiervor), als plausibel.

10. Es stellt sich somit die Frage, ob der Beschwerdeführer ab 1. Juli 2013 (vgl. E. II. 2.2 hiervor) bis Ende März 2018 (Art. 88a Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) allenfalls Anspruch eine befristete Invalidenrente der Beschwerdegegnerin hat. Daher ist nachfolgend der Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. II. 2.3 hiervor) und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den berechneten IV-Grad von 3 % korrekt errechnet hat (A.S. 2).

10.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) ■ hier: ab Juli 2013 ■ nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1).

10.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2 m.H., 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]).

10.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 24.23 S. 6, 24.24 S. 11 f., 25, 66 S. 9) besuchte der Beschwerdeführer in der [...] sieben Jahre die Schule, welche er vorzeitig abbrach. Im Alter von 15 Jahren kam er in die Schweiz, wo er keine weitere Schulausbildung mehr genoss. Von Februar bis August 1986 war er bei der Firma M. ___, [...], und vom September bis Dezember 1986 beim Personalvermittlungsunternehmen N. ___, [...], angestellt. Von Februar 1887 bis Juni 1988 war er sodann bei der Firma O. ___, [...], und von Juni bis August 1988 beim Personalvermittlungsunternehmen P. ___ tätig. Von September bis Dezember 1988 wurde er in der Firma Q. ___ und von Januar bis Februar 1989 in der Firma R. ___, [...], beschäftigt. Anschliessend war der Beschwerdeführer im Juni beim Personalvermittlungsunternehmen P. ___ sowie bei der Firma S. ___, [...], angestellt, wo er bis im September 1989 arbeitete. Im Oktober 1989 war er bei der Firma T. ___, [...], und von November 1989 bis Juli 1999 bei der Firma U. ___, [...], beschäftigt. Im Jahr 1999 gründete der Beschwerdeführer die Firma V. ___, [...], wo er von August bis Dezember 1999 arbeitete. Anschliessend bezog er von Februar bis Mai 2000 eine Arbeitslosenentschädigung. Von Januar 2001 bis Dezember 2002 führte er sodann die

Firma V.____ in [...] weiter und bezog von Januar bis Juni 2003 eine Arbeitslosenentschädigung. Von August 2003 bis Mai 2004 war er wieder bei der Firma V.____ tätig und konnte von Juni 2004 bis Mai 2006 bei der Firma W.____, [...], und von Januar 2007 bis Dezember 2008 bei der Firma X.____ arbeiten. Seit Februar 2010 ist der Beschwerdeführer in der Firma F.____, [...], als Fenstermonteur und Geschäftsführer selbstständig tätig.

10.1.3 Da der ungelernte Beschwerdeführer über Jahre hinweg verschiedenste Hilfsarbeitertätigkeiten ausübte und in der zuletzt ausgeübten, unbefristeten selbstständigen Arbeitsstelle als Fensterbauer und Geschäftsführer bei der Firma F.____ auch weiterhin tätig ist, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass er die Arbeit bei der Firma F.____ auch im Gesundheitsfall weiterhin ausgeübt hätte (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30). Folglich wäre bei der Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich auf das effektiv bei der Firma F.____ als Selbstständigerwerbender erwirtschaftete Einkommen abzustellen. Dieses kann grundsätzlich auf der Basis der Einträge im Individuellen Konto (IK) bestimmt werden. Weist das bis zum Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (Urteile des Bundesgerichts 8C_567/2013 vom 30. Dezember 2013 E. 2.2.2 mit Hinweisen). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung schliesst jedoch nicht aus, dass auch bei Erwerbstätigen unter Umständen nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen abgestellt wird. Das trifft namentlich bei selbstständig Erwerbenden zum einen dann zu, wenn auf Grund der Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die versicherte Person im Gesundheitsfall ihre nicht einträgliche selbstständige Tätigkeit aufgegeben und eine besser entlohnte andere Tätigkeit angenommen hätte. Gleiches ist anzunehmen für den Fall, dass die vor der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübte selbstständige Tätigkeit wegen ihrer kurzen Dauer keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens darstellt, zumal in den ersten Jahren nach Aufnahme der selbstständigen Erwerbstätigkeit üblicherweise aus verschiedenen Gründen (hohe Abschreibungsquote auf Neuinvestitionen etc.) die Betriebsgewinne gering sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_651/2019 vom 18. Februar 2020 E. 6.2 mit vielen Hinweisen). Folglich wäre beim Beschwerdeführer grundsätzlich auf die Angaben aus dem Auszug aus dem individuellen Konto der Ausgleichskasse des Kantons [...] abzustellen. Den entsprechenden Auszügen vom 15. Mai 2019 und 3. September 2020 (IV-Nr. 73, A.S. 56) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2010 (Februar bis Dezember 2010) CHF 38'500.00, im Jahr 2011 total CHF 92'429.90 (CHF 30'310.00 + 41'929.00 + CHF 20'190.00), im Jahr 2012 CHF 55'000.00 und in den Jahren 2013 bis 2019 je CHF 54'000.00 erwirtschaftete. Da die Firma F.____ jedoch erst am 21. September 2009 ins Handelsregister des Kantons [...] eingetragen wurde (IV-Nr. 11 S. 5), übte der Beschwerdeführer diese berufliche Tätigkeit im Zeitpunkt des Unfalls vom 29. August 2011 erst seit Kurzem ■ seit ungefähr einem Jahr und 11 Monaten ■ aus, weshalb diese Zahlen für die Bemessung des Valideneinkommens nicht als massgeblich betrachtet werden können, zumal auch die starken Abweichungen erkennen lassen, dass keine stabile Einkommenssituation erreicht worden war. Es sind somit mangels eines hinreichend konkret bezifferbaren Validenverdienstes statistische Werte wie die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heranzuziehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_413/2017 vom 19. September 2017 E. 3.4.2). Folglich hat die Beschwerdegegnerin für

die Bemessung des Valideneinkommens zu Recht auf die Tabellenlöhne abgestellt. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des Valideneinkommens auf die LSE 2012 und die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Position 41 ■ 43 Baugewerbe, Männer, abgestellt hat. In Bezug auf das durch die Beschwerdegegnerin herangezogene Kompetenzniveau 1 («einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»), lässt der Beschwerdeführer vorbringen (A.S. 26, vgl. E. II. 4.2 hiervor), seine Tätigkeit beinhalte weit mehr als nur einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art. Neben der handwerklichen Tätigkeit, in welcher er über eine mehrjährige Berufserfahrung verfüge, und auf Fensterbau spezialisiert sei, obliege ihm auch die Geschäftsführung, Buchhaltung, Werbung, Organisation, Akquisition etc. ebenso wie komplexe Arbeitsschritte im Rahmen der Fenstermontage. Es sei daher auf das Kompetenzniveau 4 abzustellen. Dieser Argumentation kann indes nicht gefolgt werden. Der Beschwerdeführer ist zwar seit 1998 als Fensterbauer tätig und vermag somit eine langjährige Berufserfahrung auszuweisen, verfügt aber über keine Berufsausbildung. Dem Protokoll der Besprechung mit dem Beschwerdeführer vom 19. April 2012 (IV-Nr. 7.70) durch den Unfallversicherer B.____ ist sodann zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer die Buchhaltung extern führen lasse und er lediglich die Rechnungen erledige. Es kann somit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer tatsächlich auch administrative und buchhalterische Tätigkeiten selber erledigt hat. Damit erscheint das Abstellen auf das Kompetenzniveau 1 korrekt. Folglich ging die Beschwerdegegnerin zu Recht von einem standardisierten Monatslohn von CHF 5'340.00 aus. Aufgerechnet auf 41,5 Wochenstunden pro Jahr ($x 12$ [$: 40 \times 41,5$]) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im Jahr 2013 bei Männern ($: 101,7 \times 102,3$; vgl. T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 ■ 2018), beträgt das Valideneinkommen insgesamt CHF 68'002.35.

10.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG).

10.2.1 Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 9 hiervor), ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer ab Juli 2013 eine Tätigkeit zu 50 % zumutbar ist. Deshalb muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss LSE 2012, TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art», ist dabei von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'210.00 auszugehen. Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 hochzurechnen ($\text{CHF } 5'210.00 \times 12$ [$: 40 \times 41,7$] = CHF 65'177.10) und an den Nominallohnindex für das Jahr 2013 anzupassen ($: 101,8 \times 102,6$). Damit ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 50 % ein Invalideneinkommen von gerundet CHF 32'844.65.

10.2.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die

versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 52 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer wohl auch weiterhin über eine Aufenthaltsbewilligung C verfügt (vgl. IV-Nr. 3). So ist den Akten jedenfalls nichts Gegenteiliges zu entnehmen. Zudem hat der Beschwerdeführer mit dieser Bewilligung in der Schweiz bereits während mehrerer Jahre gearbeitet und es sind keine lohnsenkenden Gründe ersichtlich. Weiter stellt sich beim Beschwerdeführer auch die Frage von mangelnden Sprachkenntnissen nicht, welche im Übrigen auch nicht geeignet wären, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Damit ist kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen.

10.3 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 68'002.30 und einem Invalideneinkommen von CHF 32'844.65 eine Erwerbseinbusse von CHF 35'157.65, die einem IV-Grad von gerundet 52 % entspricht. Somit hat der Beschwerdeführer von 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente der Beschwerdegegnerin (vgl. E. II. 2.1 hiervor). An diesem Ergebnis würde sich nichts ändern, wenn man, entgegen dem Gesagten einen Tabellenabzug von 10 % berücksichtigen würde.

11. Da sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ab 1. Januar 2018 als verbessert präsentiert und ab diesem Zeitpunkt von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden kann (vgl. E. II. 9 hiervor), ist nachfolgend der Einkommensvergleich für die Zeit ab dem 1. April 2018 (Art. 88a IVV) vorzunehmen.

11.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens (vgl. E. II. 10.1 hiervor) ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im massgebenden Zeitpunkt, hier: ab 1. April 2018 (Art. 88a IVV), nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit weiterhin bei der Firma F.____ tätig wäre. Folglich ist das im Jahr 2013 errechnete Valideneinkommen (vgl. E. II. 10.1.3 hiervor) auf das Jahr 2018 hochzurechnen (CHF 68'002.35 [: 101.7 x 103.8]). Somit beträgt das Valideneinkommen im Jahr 2018 CHF 69'406.50.

11.2 Bezüglich des Invalideneinkommens (vgl. E. II. 10.2 hiervor) ist davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer möglich ist, ab Januar 2018 eine geeignete Tätigkeit zu 100 % auszuüben. Deshalb muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss LSE festgesetzt werden. Gemäss LSE 2018, TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art», ist dabei von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'417.00 auszugehen. Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochzurechnen (CHF 5'417.00 x 12 [: 40 x 41,7]). Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von gerundet CHF 67'766.70.

11.3 Bei einem Valideneinkommen von CHF 69'406.50 und einem Invalideneinkommen von CHF 67'766.70 ergibt sich eine Erwerbseinbusse von CHF 1'629.80, die einem IV-Grad von gerundet 2,4 % entspricht. Somit hat der Beschwerdeführer ab 1. April 2018 keinen Anspruch auf eine Invalidenrente mehr (vgl. E. II. 2.1 hiervor).

12. Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt (A.S. 27 ff.), ihm sei die Aufgabe der Selbstständigkeit nicht zumutbar. Dabei bezieht er sich im Wesentlichen auf sein Alter von über 50 Jahren, seine lange Zeit dauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit und die Tatsache, dass er zuvor nur im Fensterbau tätig gewesen sei. Die Bestimmung des IV-Grades sei daher zwingend nach dem erwerblich gewichteten Betätigungsvergleich vorzunehmen.

12.1 Bevor die versicherte Person Leistungen verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit im Allgemeinen, wie bei der Aufgabe der selbstständigen Erwerbstätigkeit im Besonderen, sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse, wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich (Urteil des Bundesgerichts 9C_621/2017 11. Januar 2018 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

12.2 In Bezug auf das Alter des Beschwerdeführers lässt sich festhalten, dass dieser im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 5. Mai 2020 52 Jahre alt war und somit nicht mehr als leicht vermittelbar galt. Dennoch besteht eine noch zu erwartende Aktivitätsdauer von 13 Jahren. Zudem können die Anstellungschancen des Beschwerdeführers als intakt erachtet werden. Dies auch, weil seine Einschränkungen (leichte handwerkliche Tätigkeiten, keine repetitiven Belastungen mit Heben und Tragen von über 5 kg) als relativ gering zu qualifizieren sind. Die durch den Beschwerdeführer beschriebene lange Dauer der 100%igen Arbeitsunfähigkeit kann gestützt auf die vorliegenden Akten nicht nachvollzogen werden. Eine solche ist nicht ersichtlich. Im Weiteren ist nicht nachvollziehbar, weshalb dem Beschwerdeführer keine anderen Tätigkeiten möglich sein sollten. So hat er vor der Gründung seiner Firma F.____ über Jahre hinweg verschiedenste unselbstständige Erwerbstätigkeiten ausgeübt und verfügt somit über eine Berufserfahrung in diversen Tätigkeitsbereichen (vgl. E. II. 10.1.2 hiervor). Die Ausübung einer anderen Tätigkeit und damit die Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit scheint dem Beschwerdeführer somit durchaus zumutbar.

13. Zusammenfassend steht dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 eine halbe Invalidenrente zu. Die Beschwerde ist daher teilweise gutzuheissen und die Verfügung vom 5. Mai 2020 in diesem Sinn abzuändern. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

14. Betreffend weiterer Beweismassnahmen ist auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur

Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162; 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da weder von dem durch den Beschwerdeführer beantragten Beizug der Akten des Unfallversicherers B.____ noch von der beantragten Parteibefragung (A.S. 24 unten) für den hier zu beurteilenden Zeitraum weiterführende Erkenntnisse zu erwarten sind, ist darauf zu verzichten.

15. Bei diesem Verfahrensausgang ■ teilweises Obsiegen ■ steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

15.1 Nach der Rechtsprechung ist bei bloss teilweisem Obsiegen nur dann eine ungekürzte Parteientschädigung zuzusprechen, wenn die versicherte Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt. In Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente trifft dies zu, wenn nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (SVR 2011 IV Nr. 38 S. 112, 9C_580/2010 E. 4.1). Dahinter steht die Überlegung, dass eine «Überklagung» eine Reduktion der Parteientschädigung nicht rechtfertigt, soweit das Rechtsbegehren keinen Einfluss auf den Prozessaufwand ausübt (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407; Georg Wilhelm, in: Christian Zünd / Brigitte Pfiffner Rauber [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Aufl. 2009, § 34 GSVG N 8). Wird anstelle der beantragten Dauerrente lediglich eine auf einen vergleichsweise kurzen Zeitraum befristete Rente zugesprochen, ist eine anteilmässige Kürzung regelmässig angebracht, weil sich das Rechtsbegehren im Normalfall auf den Prozessaufwand auswirkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_478/2015 vom 12. Februar 2016 E. 5 [nicht publ. in BGE 142 V 106]). Weiter ist die Parteientschädigung auch insoweit zu reduzieren, als zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen beantragt worden sind, welchen nicht entsprochen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1).

Im vorliegenden Fall wird die Beschwerde im Wesentlichen bezüglich des Leistungsbegehrens in Bezug auf die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente gutgeheissen. Entgegen der beantragten unbefristeten erhält der Beschwerdeführer indes eine befristete Invalidenrente. Deshalb ist es gerechtfertigt, die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als die weitergehenden Rechtsbegehren betreffend die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. med. E.____ und das Valideneinkommen den Aufwand des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers erhöht haben.

15.1 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Roger Zenari, macht in seiner Kostennote vom 7. Oktober 2020 (A.S. 64 f.) einen Aufwand von 15.44 Stunden geltend. Aufgrund der vorliegenden Umstände rechtfertigt es sich, den geltend gemachten Aufwand pauschal um die Hälfte auf 7.72 Stunden zu reduzieren. Damit beträgt die Entschädigung bei einem Honoraransatz von CHF 250.00 CHF 1'930.00. Unter Berücksichtigung des geltend gemachten Aufwandes von CHF 60.90 und der MwSt von 7,7 % beläuft sich die Kostenforderung auf total CHF 2'144.20. Diese ist durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen.

15.2 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens rechtfertigt sich eine hälftige Aufteilung der Verfahrenskosten von total CHF 600.00. Folglich haben der Beschwerdeführer und die Beschwerdegegnerin je CHF 300.00 zu bezahlen. In Bezug auf den Beschwerdeführer werden diese mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 verrechnet und die zu viel geleisteten CHF 300.00 zurückerstattet.

Demnach wird erkannt:

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

Küng

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_415/2021 vom 13. Oktober 2021 teilweise aufgehoben.

E. 4

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 3. September 2020 (A.S. 54 ff.) reicht die Beschwerdegegnerin den aktuellen Auszug aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers der Ausgleichskasse des Kantons [...] ein. Zudem beantragt sie sowohl die Abweisung der Beschwerde in allen Punkten unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Beschwerdeführers als auch die Abweisung der beantragten Parteibefragung.

4. Im Rahmen der Replik vom 23. September 2020 (IV-Nr. 60 f.) und der Duplik vom 7. Oktober 2020 (A.S. 66) halten die Parteien an ihren jeweiligen Standpunkten fest. 5. Die am 7. Oktober 2020 eingereichte Kostennote des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (A.S. 63 ff.) geht mit Verfügung vom 9. Oktober 2020 (A.S. 67) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 6. 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. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 5. Mai 2020) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 144 V 224 E. 6.1.1 S. 232, 131 V 242 E. 2.1 S. 243). 2. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und

zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.1 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit dem 29. August 2011 geltend gemacht (IV-Nr. 2), d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im August 2012 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs vom 31. Dezember 2012 (vgl. Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 4. Januar 2012 [recte: 2013], IV-Nr. 2 S. 1), was hier im Juli 2013 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. Juli 2013 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2013 geltenden Bestimmungen des IVG massgebend.

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222).

3. 3.1 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 (Beweissmassnahmen) 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).

3.2 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. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126 f.).

3.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4. Es ist zunächst auf die Rechtsschriften der Parteien einzugehen:

4.1 Die Beschwerdegegnerin hält in ihrer Verfügung vom 5. Mai 2020 (A.S. 1 ff.), im Wesentlichen fest, es sei aufgrund des Urteils des Versicherungsgerichts vom 27. August 2018 [recte: 26. September 2018] eine psychiatrische Begutachtung durchgeführt worden. Das in der Folge erstellte Gutachten sei am 12. Februar 2019 vorgelegen. Der Beschwerdeführer sei unfallbedingt in seiner angestammten Tätigkeit als selbstständiger Fenstermonteur vorübergehend eingeschränkt gewesen. Eine angepasste Tätigkeit (leichte handwerkliche Tätigkeit, ohne repetitive Belastungen mit Heben und Tragen von über 5 kg) sei ihm hingegen aus medizinischer Sicht uneingeschränkt zumutbar gewesen. Eine Betriebsaufgabe resp. die Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit als Geschäftsführer der Firma F.____ sei für den Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt ein Thema gewesen. Er gehe weiterhin seiner selbstständigen Tätigkeit nach. Somit seien

berufliche Massnahmen nicht angezeigt gewesen. Den vorhandenen medizinischen Akten sei zu entnehmen, dass ab dem 1. Januar 2018 auch für die angestammte Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Da der Invaliditätsgrad unter 40 % (konkret bei 3 %) liege, bestehe kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. 4.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerdeschrift vom 29. Mai 2020 (A.S. 9 ff.) entgegenhalten, es könne nicht auf das Gutachten der Gutachterstelle G.____ vom 4. Februar 2019 abgestellt werden, da es sich hierbei um eine unzulässige second opinion handle. Es sei vielmehr auf das anlässlich der UVG-Rentenprüfung erstattete polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C.____ (Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie, ORL und Neuropsychologie) abzustellen, das integrativ von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit mit zusätzlicher Leistungseinschränkung von 10 %, mithin von einer noch 40%igen Restarbeitsfähigkeit ausgehe. Daran ändere auch das Urteil des Versicherungsgerichts vom 26. September 2018 nichts. Dieses sei in seinen Ausführungen gänzlich unnachvollziehbar, habe jedoch nicht beim Bundesgericht angefochten werden können, da es einen Zwischenentscheid darstelle, welcher nicht ans Bundesgericht weiterziehbar sei (A.S. 12 f.). Das Versicherungsgericht habe mit Urteil vom 17. Dezember 2018 betreffend das UVG-Verfahren auch ausgeführt, dass das Gutachten der Gutachterstelle C.____ vollumfänglich beweistauglich sei. Auch das Bundesgericht habe das psychiatrische Gutachten der Gutachterstelle C.____ als voll beweiskräftig qualifiziert (A.S. 14 f.). Das Gutachten der Gutachterstelle G.____ erweise sich auch als materiell nicht beweistauglich. So seien die von Dr. med. E.____ ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellten Diagnosen einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, gegenwärtig vollständig remittiert, und einer posttraumatischen Belastungsstörung, gegenwärtig weitgehend remittiert, weder schlüssig noch nachvollziehbar (A.S. 15 ff.). Dem Gutachten von Dr. med. E.____ sei auch zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer noch immer unter denselben Beschwerden leide, wie dies im Zeitpunkt der Begutachtung der Gutachterstelle C.____ der Fall gewesen sei (A.S. 19). Dr. med. E.____ gehe sodann mit keinem Wort auf die von der Gutachterin der Gutachterstelle C.____ diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ein (A.S. 22). Klar falsch und von Dr. med. E.____ aktenwidrig rapportiert seien angebliche Ausführungen des Beschwerdeführers, dass er sich subjektiv in seiner Arbeitsfähigkeit depressiv bedingt nicht eingeschränkt fühle (A.S. 23). Auch der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich sei nicht korrekt. Die Beschwerdegegnerin habe sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen falsch festgesetzt (A.S. 25). So sei im Durchschnitt buchhalterisch von einem Einkommen von CHF 131'415.00 auszugehen (Valideneinkommen). Soweit man bei der Bestimmung des Valideneinkommens zu Unrecht, wie dies die Beschwerdegegnerin getan habe, auf Tabellenlöhne abstelle, wäre das Abstützen auf das Kompetenzniveau 1 klarerweise verfehlt. Es wäre auf die LSE 2014, Baugewerbe, Kompetenzniveau 4, abzustützen. Es ergäbe sich somit ein Valideneinkommen von CHF 114'997.80 (A.S. 26). Würde man den Beschwerdeführer nicht gesamthaft als Kadermitarbeiter qualifizieren, sondern die manuellen Tätigkeiten tiefer im Niveau 2, 3 oder sogar 1 gewichten, wie dies die Beschwerdegegnerin getan habe, wäre es wiederum verfehlt, lediglich 41.5 Stunden pro Woche anzunehmen. Der Beschwerdeführer habe vielmehr, wie sich anhand der Unfallmeldung in den Akten des Unfallversicherers B.____, aber auch aus der Befragung beim Unfallversicherer B.____ vom 31. Oktober 2012 ergebe, allein 54 Stunden pro Woche handwerklich gearbeitet. Daneben habe er noch Geschäftsführertätigkeiten erledigt. Diese seien mit mindestens 20 % zu

veranschlagen, mithin 13.5 Stunden, total 67.5 Stunden pro Woche (A.S. 26). Würden die Kaderarbeiten mit mindestens 20 % einer Kompetenzniveau 4-Tätigkeit im Baugewerbe qualifiziert und die restlichen Arbeiten von 80 % mit einer Kompetenzniveau 1-Tätigkeit bei Handwerkstätigkeit, wie dies die Beschwerdegegnerin zu Unrecht getan habe, und würde man auf die tatsächlich geleistete Arbeitszeit abstützen, ergäbe sich ein Valideneinkommen von CHF 127'215.75, mithin ein sogar über einer Niveau 4-Tätigkeit liegendes Einkommen und ein nur geringfügig unter dem durchschnittlich erzielten Gewinn liegender Erwerb (A.S. 27). In Bezug auf die Festlegung des Invalideneinkommens sei dem Beschwerdeführer die Aufgabe der Selbständigkeit nicht zumutbar. Er sei über 50 Jahre alt, sei lange Zeit 100 % arbeitsunfähig und zuvor nur im Fensterbau tätig gewesen. Er leide sodann an Restbeschwerden aus dem Unfall. Die Kenntnisse, die er sich in dieser Branche angeeignet habe, könne er in einer ihm aufgrund der gesundheitlichen Beschwerden noch zumutbaren Tätigkeit klarerweise nicht verwerten. Die Gutachter hätten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die manuellen Verrichtungen des Fenstermontagegeschäfts attestiert und eine 50%ige für die Verrichtungen als Geschäftsführer. Ausgehend von einer 20%igen Teilverrichtung als Geschäftsführer im Rahmen des 100%-Pensums ergebe sich bei 50%iger Arbeitsunfähigkeit ein Invalideneinkommen von maximal CHF 11'499.80 (10 % von CHF 114'997.80). Hieraus resultiere im Vergleich zum Valideneinkommen von CHF 131'145.00 ein IV-Grad von 91 %. Auf diesen IV-Grad sei abzustellen. Soweit auf Tabellenlöhne abgestützt werde, ergäbe sich ein Invalideneinkommen von maximal CHF 22'334.00 (A.S. 27 f.). Es sei ausserdem zwingend ein leidensbedingter Abzug von mindestens 15 % vorzunehmen. So könne der Beschwerdeführer selbst leichte Tätigkeiten nur noch in einem Teilzeitpensum absolvieren, verfüge über keine berufliche Ausbildung und sei vor dem Unfall selbständig gewesen. Auch gelte es das fortgeschrittene Alter zu berücksichtigen. Ein entsprechender Abzug sei durch das Versicherungsgericht mit Urteil vom 17. Dezember 2018 im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren geschützt worden, ebenso vom Bundesgericht mit Urteil vom 9. Mai 2019. Somit würde der IV-Grad 83 % betragen (A.S. 29). Falls nicht auf das in den vorstehenden Ziffern Ausgeführte abgestellt werden sollte, sei die Bestimmung des IV-Grades zwingend nach dem erwerblich gewichteten Betätigungsvergleich vorzunehmen. So ergäbe sich ein IV-Grad von 88 %. Sofern man beim Handwerklichen, wie dies die Beschwerdegegnerin zu Unrecht getan habe, auf eine Niveau 1-Tätigkeit abstützen würde, ergäbe sich noch immer ein IV-Grad von 85 %. Die Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin verbiete sich auch nach dem Urteil des Bundesgerichts vom 9. Mai 2019, wonach das Valideneinkommen anhand der LSE-Tabellen zu bestimmen sei (A.S. 31 f.). 5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 5. Mai 2020 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat. Zur Beurteilung sind im Wesentlichen die folgenden Akten relevant: 5.1 Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. April 2012 (IV-Nr. 60.252) gab der Beschwerdeführer an, er habe Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, leide unter Vergesslichkeit und Nackenschmerzen bei Kopfdrehungen sowie unter Schmerzen am linken Ellenbogen. Mehr als eine halbe Stunde könne er nicht stehen. Beim Aufstehen habe er Schwindelanfälle. Beim Bücken habe er Rückenschmerzen und beim Treppensteigen seit einigen Tagen Schmerzen an den Knien. Er habe Angstzustände und sei unglücklich (S. 4 f.). Die Kreisärztin Dr. med. H.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hielt indessen einen unauffälligen Befund und folgende Diagnose fest: Status nach Verkehrsunfall am 29. August 2011 (als Fussgänger von Lastwagen auf der Autobahn

mitgerissen) mit: – Beschränkung ROM-Ellenbogen links – Coronoidfraktur – Luxation – Bursa olecrani beidseits – Posttraumatischer Plexus-Läsion – HWS-Contusion – Schulterkontusion rechts – Commotio cerebri Anlässlich der Untersuchung zeige sich eine stark angeschlagene Persönlichkeit. Der Beschwerdeführer habe am linken Ellenbogen nur eine leichte Bewegungseinschränkung. Aktuell werde aber kein akuter, vor allem kein neurologischer Handlungsbedarf gesehen. Wahrscheinlich liege eine periphere Nervenproblematik lokal links am Unterarm vor. Es werde im psychiatrisch-psychologischen Bereich eine Abklärung bezüglich der psychosomatischen Beschwerden als notwendig gesehen (S. 8). Die Schmerzen am linken Oberkörper seien angesichts des erlittenen Traumas gut nachvollziehbar. Die Bewegungseinschränkung am Ellenbogen sei verbesserbar. Die anderen geklagten Beschwerden beträfen ein unspezifisches Schmerzsyndrom und seien auf somatischer Ebene abgeklärt worden. Im traumatologischen Bereich zeige sich kein objektivierbarer Befund. Strukturell objektivierbare Unfallfolgen des Schädels bezüglich der Beschwerden fehlten, die Halswirbelsäule sei klinisch völlig blande ohne neurologische Auffälligkeiten. Im Vordergrund stehe die psychosomatische Angeschlagenheit des Beschwerdeführers. Aus somatischer Sicht sei er zurzeit und bis Ende August zu 50 % arbeitsfähig. Zumutbar seien leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten unterhalb der Horizontalen ohne manuellen Stück- und Zeitakkord und ohne taktgebende Arbeiten, welche eine Extension des linken Ellenbogens erforderten. Nicht mehr zumutbar seien schwere Arbeiten, Arbeiten in Nässe, Kälte und Zugluft sowie Tätigkeiten unter Vibration (S. 9). 5.2 Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Kreisarzt, hielt aufgrund seiner psychiatrischen Untersuchung vom 19. Juni 2012 (IV-Nr. 60.243) folgende Diagnosen fest (S. 10): 1. Psychotraumatologische Symptomatik – DD: Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) – oder sonstige Reaktion auf schwere Belastung mit psychotraumatologischen Symptomen (ICD-10 F43.8) 2. Rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) Aufgrund der Schilderungen sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer vor 14 Jahren eine depressive Krise erlitten habe. Er scheine remittiert zu sein. Bezüglich des Unfallereignisses, an das er sich nicht erinnere, könnte differentialdiagnostisch eine akute Belastungsreaktion vorgelegen haben. Bei den Ereignissen, die ihn nachts überfielen, könnte es sich differentialdiagnostisch um Intrusionen handeln. Der Beschwerdeführer schildere, dass diese Bilder bereits vier Tage nach dem Unfall aufgetreten seien. Es persistiere auch heute noch eine psychotraumatologische Symptomatik. Der Beschwerdeführer habe Träume über den Unfall. Er fühle sich auch in Angstsituationen hineinversetzt. Es zeige sich ein diskretes Vermeidungsverhalten und der Beschwerdeführer habe Symptome einer erhöhten psychischen Sensibilität und Erregung, leide unter Ein- und Durchschlafstörungen, erhöhter Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Hypervigilanz. Der Umstand, auf der Autobahn auf die Fahrbahn geschleudert zu werden, könne als kurzdauerndes Ereignis aussergewöhnlicher Bedrohung interpretiert werden. Auf der anderen Seite bestehe beim Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Status nach einer depressiven Episode vor etwa 14 Jahren. Aktuell zeige er mittelschwere depressive Symptome. Er sei mimisch deutlich depressiv moduliert, mit eingeschränkter Schwingungsfähigkeit. Er klage über einen ausgeprägten Antriebsverlust und gesteigerte Ermüdbarkeit, zeige einen sozialen Rückzug und beklage Konzentrationsstörungen. Es gebe einen grossen Überlappungsbereich der Symptome der psychotraumatologischen Symptomatik und der Depression. Dafür, dass die psychotraumatologische Symptomatik im Vordergrund stehe,

spreche der fluktuierende Verlauf. Trotz der Symptomatik sei der Beschwerdeführer immer wieder in die [...] gegangen und habe seine zweite Ehe geschlossen. Das Weggehen in die [...] könnte auch einem Vermeidungsverhalten entsprechen. Die offenen Fragen bezüglich Compliance könnten ausserdem auch im Rahmen der Persönlichkeit des Beschwerdeführers diskutiert werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die ärztliche Behandlung indiziert. Eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung sei notwendig. Allenfalls könnte eine spezifische traumazentrierte Psychotherapie diskutiert werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der eigenen Untersuchung zu mindestens 50 % eingeschränkt. Die vom Beschwerdeführer gemachte Angabe, dass er in einem 50%-Pensum zu circa 30 % leistungsfähig sei, sei nachvollziehbar. 5.3 Gestützt auf die kreisärztliche Untersuchung vom 19. Februar 2013 (IV-Nr. 60.185) hielt der Kreisarzt Prof. Dr. med. J.____, M.Sc., Facharzt für Chirurgie, fest, aus rein somatischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit als Fensterbauer zu 25 %. Eine Steigerung sei möglicherweise nicht mehr zu erreichen. Die Beschwerden seien plausibel und nachvollziehbar, sie deckten sich mit dem körperlichen Untersuchungsbefund. Zumutbar seien dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten, dies ganztags. Das Heben und Tragen von Lasten bis 5 kg sei möglich. Zu vermeiden seien repetitive Rotationsbewegungen im linken Ellenbogen. Das Heben und Tragen von Lasten links mit ausgestrecktem oder angewinkeltem Arm über die 5 kg Grenze sei zu vermeiden. 5.4 Anlässlich des Intake-Gesprächs vom 4. März 2013 (IV-Nr. 11) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei selbstständig erwerbend. Er sei vom 29. August 2011 bis 4. März 2012 zu 100 % und vom 5. März 2012 bis auf weiteres zu 50 % arbeitsunfähig. Er habe keinen Beruf erlernt. Das Pensum ohne Gesundheitsschaden würde 100 % betragen. Am 29. August 2011 habe er auf der Autobahn mit seinem Fahrzeug eine Panne gehabt. Als er das Warndreieck aufgestellt gehabt habe und zurück zum Auto gelaufen sei, sei er offenbar am linken Ellenbogen von einem LKW erfasst und zu Boden geschleudert worden. An das Ereignis könne er sich nicht mehr erinnern. Aktuell würden ihn am meisten die Ellenbogen- und Armbeschwerden, wie auch die psychische Verfassung an der Ausübung seiner Tätigkeit hindern. Die Schlafstörungen (intensive Träume) beeinträchtigten seine Konzentration. Er habe auch Mühe beim Leitersteigen und an die Decke schauen. Dabei werde es ihm schwindlig und er fühle sich unsicher. Er gehe regelmässig in die Psychotherapie (bis zweimal im Monat), die Physiotherapie sei abgeschlossen worden. Ansonsten bestünden keine weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Er nehme folgende Medikamente ein: Olfen, Lexotanil und Cipralext. Der Beschwerdeführer mache einen psychisch angeschlagenen Eindruck, die sprachlichen Ressourcen seien begrenzt. Der Beschwerdeführer möchte sein Geschäft nicht aufgeben, seine berufliche Entwicklung habe seit dem Unfall keinen anderen Verlauf genommen. Er übe seine angestammte Tätigkeit sehr gerne aus und die Auftragslage sei gut. Es wurde vermerkt, dass der Fall in die Leistungsabklärung weitergeleitet werde. 5.5 Im Arztbericht vom 22. Juni 2015 (IV-Nr. 19) hielt der den Beschwerdeführer seit dem 15. Mai 2012 bis auf weiteres behandelnde Dr. med. K.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: Rezidivierende depressive Störung, leicht- bis mittelgradige Episode ICD-10 F33.1 auf der Basis einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1, bestehend seit dem Unfallgeschehen vom 28. September 2011 [recte: 29. August 2011] Die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit habe seit dem 15. Mai 2012 bis Ende April 2013 50 % betragen, im Anschluss sei eine 30 – 40%ige Leistungsminderung bei einer 8.5-stündigen

Präsenzzeit vorhanden. Der Gesundheitszustand sei stationär bis besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne aus psychischer Sicht durch medizinische Massnahmen gebessert werden. Die letzte Untersuchung habe am 9. Juni 2015 stattgefunden. Der Beschwerdeführer sei psychisch nicht belastbar. Aufgrund der depressiven Symptomatologie, der beschriebenen Verlangsamung und auch der vorliegenden Antriebsminderung bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit wäre aus rein versicherungspsychiatrischer Sicht mit Einschränkungen zumutbar, wobei der Beschwerdeführer aufgrund der somatischen Beschwerden vieles nicht durchführen könne. Dies aus psychiatrischer Sicht während 8.5 Stunden täglich. Es bestehe eine 30 – 40%ige Minderung der Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit könne am bisherigen Arbeitsplatz nur durch medizinische Massnahmen verbessert werden:

Weiterführung der psychiatrischen und psychotherapeutischen sowie Durchführung medikamentöser Behandlung. Gleichzeitig empfehle sich, die somatischen Probleme, die vordergründig seien, auch adäquat zu behandeln. Im Verlauf könne eine gewisse weitere Verbesserung des psychischen Zustandsbildes erreicht werden. Insbesondere werde eine weitere Abnahme der depressiven Symptomatologie erhofft. Dem Beschwerdeführer seien aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich auch angepasste somatische Tätigkeiten zumutbar, wobei auch berücksichtigt werden müsse, dass der Beschwerdeführer als selbstständig erwerbende Person in seiner eigenen Firma tätig sei und in diesem Zusammenhang eine Veränderung auch aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich nicht empfohlen werde, weil dadurch eine weitere Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes zu erwarten wäre.

5.6 Dr. med. K. ___ hielt im Schreiben vom 16. Dezember 2015 (IV-Nr. 21) fest, es sei am 15. Oktober 2015 zu einem Brandunfall gekommen. Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er bei der Arbeit einen Fleck auf einer Scheibe mit einem Lösungsmittel geputzt habe. Dabei schienen auch seine Handschuhe mit dem Lösungsmittel in Kontakt gekommen zu sein. Als er zu einem späteren Zeitpunkt habe rauchen wollen, hätten seine Handschuhe Feuer gefangen. Infolge dieses Feuers habe er sich beidseits an den Händen starke Verbrennungen zugezogen. Er habe sich deshalb notfallmässig in ärztlicher Behandlung begeben. Infolge dieses Unfalls sei es zu einer Retraumatisierung gekommen. Der Beschwerdeführer habe aktuell erneut von zunehmenden Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, innerer Unruhe und Albträumen berichtet. Er habe erneut depressiv gewirkt und auch Flashbacks beschrieben. Die antidepressive Behandlung werde aktuell weiterhin fortgesetzt. Aktuell werde der Beschwerdeführer mit CipraleX 20 mg, Valdoxan 25 mg sowie Trittico 50 mg behandelt. In der kommenden Zeit werde der Beschwerdeführer wieder intensiv psychiatrisch und psychotherapeutisch betreut.

5.7 Im Rahmen des durch den Unfallversicherer B. ___ in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachtens bei der Gutachterstelle C. ___ vom 6. Juli 2016 (IV-Nrn. 24.15, 25.18 f., 24.24 f.) wurden folgende Teilgutachten erstattet:

5.7.1 Im neurologischen Teilgutachten vom 11. Mai 2016 (IV-Nr. 24.15) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 6): – Hypästhesie im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris links – Episodischer Spannungskopfschmerz – Orthostatisch bedingter, unsystematischer Schwindel Es fänden sich keine Folgen der Commotio cerebri mehr. Auf neurologischem Fachgebiet sei der Beschwerdeführer durch den orthostatischen Schwindel in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Er könne nicht auf Leitern oder Gerüsten arbeiten. Dabei sei weniger der Schwindel selbst das Problem – er klinge nach Angabe des Beschwerdeführers innerhalb von Sekunden ab, wenn er vom Liegen ins Stehen gewechselt habe, oder wenn er langes Stehen vermeide. Im Vordergrund stehe die Angst vor dem plötzlichen Auftreten des Schwindels und der damit verbundenen

Gefahr des Unfalls. Ausserdem sollte der orthostatische Schwindel mit zunehmender körperlicher Tätigkeit, wie sie mit der Arbeit als Fenstermonteur verbunden sei, abklingen und verschwinden. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit durch den orthostatischen Schwindel sei als leicht zu bezeichnen. Die Gefühlsstörung an den Fingern IV und V der linken Hand und der angrenzenden Handfläche sei gering ausgeprägt und bedinge keine Arbeitsunfähigkeit. Die episodischen Spannungskopfschmerzen stünden im Zusammenhang mit den psychiatrischen Folgen des Unfalls. Zusammenfassend bedingten die Gesundheitsschäden auf neurologischem Fachgebiet höchstens eine minimale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Fenstermonteur und als Geschäftsführer (S. 7 f.).

5.7.2 Im orthopädischen Teilgutachten vom 17. Mai 2016 (IV-Nr. 24.23) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 10 f.): Status nach Verkehrsunfall am 29. August 2011 mit – Comotio cerebri – HWS-Distorsion mit Restitutio ad integrum – Abscherfraktur Processus coronoideus ulnae links mit persistierendem schmerzhaftem geringem Extensionsdefizit – Läsion N. ulnaris links mit persistierender Hypästhesie Dig. IV und V links – Flankenkontusion rechts – RQW parietal rechts Aus orthopädischer Sicht bestehe unter Berücksichtigung der Arbeitsplatzbeschreibung durch den Unfallversicherer B. ___ / Jobprofil vom 31. Oktober 2012 (vgl. IV-Nr. 12.2 S. 73) eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in leistungsmässiger Hinsicht. Es bestehe keine Einschränkung in zeitlicher Hinsicht. Schmerzbedingt seien Arbeiten mit Maximalbelastungen nicht mehr durchführbar. Bezüglich der Ellenbogenbeweglichkeit links bestehe nur eine diskrete Einschränkung der Extension von 15°, welche im Alltag nicht relevant sei. Aus orthopädischer Sicht bestehe bei der Tätigkeit als Geschäftsführer eine Arbeitsunfähigkeit von 0 %. Es bestehe aus orthopädischer Sicht keine zusätzliche Leistungseinschränkung in Folge vermehrter Pausen oder eines verminderten Arbeitstempos. Bei ideal leidensadaptierter Tätigkeit mit Vermeiden von Ellenbogenbewegungen links mit Maximalbelastung und repetitiven endgradigen Bewegungen bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % in unfallbedingter organischer Hinsicht. Die ideal leidensadaptierte Tätigkeit müsste wie folgt ausgestaltet sein: Es seien leichtere handwerkliche Tätigkeiten durchführbar. Zu vermeiden seien Maximalbelastungen bzw. repetitive Belastungen mit Heben und Tragen von Gewichten über 5 kg sowie auch repetitive endgradige Bewegungen des linken Ellenbogens. Es bestehe diesbezüglich keine zusätzliche Leistungseinschränkung, aus orthopädischer Sicht seien keine vermehrten Pausen oder ein vermindertes Arbeitstempo notwendig (S. 14 f.).

5.7.3 Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 18. Mai 2016 (IV-Nr. 24.19) wurde festgehalten, dass sich beim Beschwerdeführer testpsychologisch leichte bis mittelschwere Beeinträchtigungen im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen mit weit reduzierter Aufmerksamkeitsaktivierung (Antriebsminderung), ausgeprägter Verlangsamung und reduzierter Belastbarkeit fänden. Bei komplexeren Aufmerksamkeitsanforderungen (selektiver und geteilter Aufmerksamkeit) sinke die Fehlerkontrolle erheblich. Die Lern- und Gedächtnisfunktionen seien anhand einer visuellen, non-sprachlichen Aufgabe überprüft worden. Dabei habe sich eine insgesamt deutlich verminderte Lern- und Abrufleistung ohne zu erwartenden Lernzuwachs bei den einzelnen Durchgängen gezeigt. Die orientierende Beurteilung des vorbestehenden allgemeinen intellektuellen Leistungsvermögens verweise auf ein unterdurchschnittliches prämorbidem Niveau (gemäss westlichen kulturellen Standards). Zur Beurteilung einer möglichen negativen Antwortverzerrung während der Testuntersuchung im Sinne einer bewussten oder unbewussten Symptomverdeutlichung seien verschiedene Verfahren durchgeführt und

testimmanente Indikatoren (embedded factors) geprüft worden. Dabei hätten sich leichte Inkonsistenzen ergeben, die jedoch gesamthaft keine ausreichenden Hinweise auf eine bewusste oder unbewusste Symptomverdeutlichung darstellten. Für die neuropsychologische Beurteilung der kognitiven Leistungen müsse ebenfalls berücksichtigt werden, dass die angewandten Testverfahren nicht für den kulturellen Hintergrund des Beschwerdeführers normiert seien. Diesbezüglich sei auch auf die Durchführung von sprachlich-orientierten Aufgaben weitgehend verzichtet worden. Die Abklärung sei mit einem [...] sprechenden Dolmetscher durchgeführt worden. Im klinischen Eindruck zeige sich der Beschwerdeführer zum Abklärungszeitpunkt vom Affekt her leicht nach unten ausgelenkt. Insbesondere auffällig seien die negative Selbstbewertung der eigenen Leistungsfähigkeit sowie die ausgeprägte Schonhaltung des linken Arms. Im klinischen Eindruck wirke der Beschwerdeführer entgegen seiner eigenen Einschätzung nach der Abklärung deutlich erschöpft. Soweit nach den o.e. Kriterien beurteilbar, bestehe insgesamt eine leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung, die multifaktoriell bedingt sei. Eine hirnorganische Beteiligung sei möglich, eine Überlagerung durch affektive Anteile sehr wahrscheinlich. Chronische Schmerzen, ungenügender Schlaf, sowie die Medikation könnten die Leistungsfähigkeit zusätzlich beeinflussen. Mit einer leichten bis mittelgradigen kognitiven Störung sei der Beschwerdeführer bei einfachen beruflichen Anforderungen leichtgradig eingeschränkt, was quantitativ einer Arbeitsunfähigkeit von ca. 30 % entspreche. Für anspruchsvollere Anforderungen, insbesondere an das Gedächtnis und die Fehlerkontrolle, sei von einer höheren Leistungsbeeinträchtigung (bis 50 %) auszugehen. Besonders die mangelnde Fehlerkontrolle, die bereits bei einfachen Testanforderungen ersichtlich werde, habe bereits zu verschiedenen selbstgefährdenden Situationen im beruflichen Alltag geführt. Eine Abgrenzung hirnorganischer von affektiven Ursachen sei nicht sicher möglich, es müsse jedoch davon ausgegangen werden, dass auch zum aktuellen Zeitpunkt noch hirnorganische Leistungsbeeinträchtigungen vorlägen, die sich sehr wahrscheinlich nach bisherigem, mehrjährigem Verlauf nur noch wenig abschwächen, so dass nicht von einer wesentlichen Veränderung und einem vollständigen Abklingen der Symptome ausgegangen werden könne (S. 2 f.).

5.7.4 Dr. med. L. ____,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in ihrem psychiatrischen Teilgutachten vom 5. Juli 2016 (IV-Nr. 24.24) folgende Diagnosen fest (S. 33): – Chronische mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) – Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) Aus polydisziplinärer Sicht bestehe eine «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)». Aufgrund der unfallbedingten psychischen Beeinträchtigungen (posttraumatische Belastungsstörung und Depression) in Kombination mit einer psychosomatischen Beeinträchtigung (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren), die bei Belastung zu einer Schmerzverstärkung führten, sei die Tätigkeit als Fenstermonteur nicht mehr zumutbar (S. 35). Als Geschäftsführer bestehe aufgrund der kognitiven Einschränkungen eine zeitlich und leistungsmässige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 %. Eine zusätzliche Einschränkung der Restarbeitsfähigkeit in einer nicht-körperlichen Tätigkeit werde nicht gesehen. Eine leidensadaptierte Tätigkeit bestünde in einer allenfalls körperlich leichten handwerklichen, arbeitsvorbereitenden oder schwere Arbeiten vorbereitenden Tätigkeit, z.B. Auspacken von Baustoffen, Entfernung von Füll- und Dichtungstoffen, Abschneiden von Schaumresten, Feinkalibrierung von mechanischen Bauelementen im Fensterbau in einem Pensum von 50 %. In einer derartigen leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine Einschränkung der Arbeitseffizienz aufgrund schmerzbedingt verminderten

Arbeitstempus und vermehrten Pausenbedarfs bei körperlichem Einsatz von etwa 10 % (S. 35 f.). Die Gesamtarbeitsfähigkeit, sei sie nun im Haushalt angewandt, oder im Erwerbsleben, werde seit etwa einem Jahr verbessert auf das heutige Niveau geschätzt. Der genaue Beginn dieser Verbesserung erschliesse sich aus den vorhandenen Unterlagen nicht. Zuvor seien die kognitive Leistungsfähigkeit und Depressivität sowie die Beeinträchtigung durch Schlafstörungen und Vermeidungssymptome ausgeprägter gewesen. In Bezug auf die körperliche Leistungsfähigkeit ergebe sich daraus keine andere Einschätzung für den Zeitraum, der vor dem Jahr liege als die oben getroffene Einschätzung für die aktuelle Situation. Jedoch wäre daraus für die planerisch-kognitive Anforderungen des Teils der Tätigkeit des Beschwerdeführers, die solche Fertigkeiten speziell erfordere (Administratives im Haushalt und Geschäftsführer-Anteil der Gesamttätigkeit) bis vor einem Jahr von einer Verminderung der Leistungsfähigkeit im Sinne eines Rendements (Pausen und erhöhter Kontrollbedarf inkludiert) von allenfalls 30 % einer gesunden Person auszugehen (S. 37).

5.7.5 Der «zusammenfassenden Wertung der Teilgutachten» vom 6. Juli 2016 (IV-Nr. 24.18) ist zu entnehmen, dass aus rein organischer Seite (neurologisch, orthopädisch) die Arbeit als Fenstermonteur mit einer schmerzbedingten zeitlichen und leistungsmässigen Leistungsminderung von 50 % unter Vermeidung von Arbeit auf Leitern und Gerüsten verrichtet werden könne. Aufgrund der unfallbedingten psychischen Beeinträchtigungen in Kombination mit der psychosomatischen Beeinträchtigung sei die Tätigkeit als Fenstermonteur aber nicht mehr zumutbar. Als Geschäftsführer bestehe aufgrund der kognitiven Einschränkungen, aber auch wegen der Spannungskopfschmerzen eine zeitliche und leistungsmässige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 50 %. Dabei bestehe keine zusätzliche Leistungseinschränkung. Eine ideal leidensangepasste Tätigkeit bestehe in einer körperlich leichten handwerklichen oder arbeitsvorbereitenden Tätigkeit mit einem Pensum von 50 %. Bewegungen im linken Ellenbogen unter Maximalbelastung, repetitive endgradige Bewegungen im linken Ellbogen, das Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten und eine hektische Arbeitsumgebung mit reichlich Publikumsverkehr beständen bei der idealen leidensadaptierten Tätigkeit nicht. Die intellektuellen Anforderungen sollten nicht zu hoch sein. Das Arbeitstempo und der vermehrte Pausenbedarf bedingten eine zusätzliche Leistungseinschränkung von etwa 10 % (S. 3).

5.8 Dr. med. D.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 8. März 2018 (IV-Nr. 37 S. 2 f.) folgende Beurteilung der medizinischen Situation fest (inkl. Verlauf / Prognose): Der Beschwerdeführer berichte von zunehmenden Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, innerer Unruhe und Alpträumen. Er wirke erneut depressiv. Er beschreibe auch Flashbacks im Rahmen der stattgehabten Retraumatisierung. Diese psychische bzw. psychiatrische Komponente des Unfallgeschehens sei bislang im Rahmen der Beurteilung durch den Unfallversicherer B.____ unzureichend gewürdigt worden, diese könne jedoch bezüglich einer aktuellen und künftigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit limitierend sein. Versicherungsmedizinischerseits sei daher die Durchführung eines psychiatrischen Gutachtens zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie deren Prognose notwendig. Anschliessend erneute RAD-Vorlage zur abschliessenden Einschätzung. Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien: Rezidivierende depressive Störung, leicht- bis mittelgradige Episode auf der Basis einer posttraumatischen Belastungsstörung. Bestehend seit dem Unfallgeschehen vom 28. September 2011 [recte: 29. August 2011] Es werde um die Durchführung eines psychiatrischen Gutachtens gebeten, um die psychischen Folgedimensionen des Unfallgeschehens, die resultierende Arbeitsfähigkeit sowie deren Prognose beurteilen zu können.

5.9 Dr. med. E.____,

Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Gutachterstelle G.____, hielt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 4. Februar 2019 (IV-Nr. 66) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 13 f.): 1. Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, gegenwärtig vollständig remittiert (ICD-10 F43.21) 2. Posttraumatische Belastungsstörung, gegenwärtig weitgehend remittiert (ICD-10 F45.1) 3. Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.25) Der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen (angestammten) Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Seit dem Unfall vom 29. August 2011 bis mindestens Mitte 2016 könne aus psychiatrischer Sicht von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Ab Mitte 2016 könne die Arbeitsfähigkeit mit bestem Wissen und Gewissen nicht beurteilt werden. Mit grosser Wahrscheinlichkeit bestehe aber beim Beschwerdeführer auf psychiatrischem Fachgebiet seit spätestens Anfang 2018 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsfähig für sämtliche Tätigkeiten dem Bildungsniveau entsprechend. Für den Beschwerdeführer seien aufgrund der geklagten Schlafstörungen Nacht- und Schichtarbeiten nicht geeignet (S. 15 f.). Die etablierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei eindeutig fachgerecht durchgeführt worden und habe zu einer vollständigen Rückbildung der depressiven Symptomatik sowie zu einer weitgehenden Rückbildung der posttraumatischen Belastungsstörung geführt. Dem Beschwerdeführer könnten eine Optimierung der schlaffördernden Medikation sowie eine regelmässige Einnahme der ärztlich verordneten antidepressiven Medikation empfohlen werden. Unter den vorgeschlagenen therapeutischen Massnahmen sei von der Erhaltung einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die therapeutischen Massnahmen sollten zu einer Verbesserung der Lebensqualität des Beschwerdeführers und zur Erhaltung einer Arbeitsfähigkeit führen, womit sie ihm medizinisch absolut zuzumuten seien. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall sei ausschliesslich auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen. Beim Beschwerdeführer könne von einer sicherlich überdurchschnittlichen Intelligenz, ausreichenden Sprachkenntnissen und von sehr guten sozialen Fertigkeiten ausgegangen werden. Ein sehr intaktes Familiennetz, die Fahrtauglichkeit und der ersichtliche Wunsch nach Autarkie, seien ebenfalls als wichtige Ressourcen zu betrachten (S. 17).

5.10 Dr. med. D.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 20. Februar 2019 (IV-Nr. 68 S. 2) fest, das Gutachten von Dr. med. E.____ sei nachvollziehbar, schlüssig und klar formuliert sowie versicherungsmedizinisch gut begründet. Wichtig zu betonen sei zudem, dass – wie in Punkt 10.6 bemerkt –, der Beschwerdeführer sich subjektiv in keiner Weise beeinträchtigt fühle, auch die Nichteinnahme der antidepressiven Medikation könne als ein Hinweis eines nicht vorhandenen Leidensdruckes des Beschwerdeführers gesehen werden. Es bestehe für jede Tätigkeit spätestens ab Januar 2018 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Von August 2011 bis Juni 2016 habe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Von Juli 2016 bis Dezember 2017 gemäss bekannten Arbeitsunfähigkeits-Beurteilungen (hätten weder durch den RAD noch den GA beurteilt werden können).

6. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer bereits ungefähr 1998 eine psychische Krise erlitt und aufgrund der damaligen Tabletteneinnahme einige Tage im Spital sowie in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert war. Am 29. August 2011 ereignete sich sodann auf der Autobahn ein Unfall, in dessen Rahmen sich der Beschwerdeführer sowohl somatische als auch psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen zuzog. Am 15. Oktober 2015 erlitt der Beschwerdeführer bei einem Brandunfall Verbrennungen an beiden Händen. Dieses Ereignis führte beim

Beschwerdeführer u.a. zu einer Retraumatisierung. Da das im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 29. August 2011 durch den Unfallversicherer B.____ in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C.____ vom 6. Juli 2016 (vgl. E. II. 5.7 hiervor) dem durch den behandelnden Psychiater Dr. med. K.____ zuvor im Schreiben vom 16. Dezember 2015 (vgl. E. II. 5.6 hiervor) erwähnten Geschehen betreffend den Brandunfall vom 15. Oktober 2015 und insbesondere den dadurch hervorgerufenen psychischen Beeinträchtigungen (zunehmende Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, innere Unruhe, Albträume, depressiv wirkender Beschwerdeführer) zu wenig Beachtung schenkte, empfahl Dr. med. D.____, RAD, mit Stellungnahme vom 8. März 2018 (vgl. E. II. 5.8 hiervor) die Durchführung einer psychiatrischen Begutachtung. Dies v.a. im Hinblick auf eine durch das Ereignis vom 15. Oktober 2015 möglicherweise bewirkte Limitierung der Arbeitsfähigkeit. Dieser Einschätzung kann gefolgt werden: So führte die psychiatrische Gutachterin Dr. med. L.____ in ihrem psychiatrischen Teilgutachten vom 5. Juli 2016 (vgl. E. II. 5.7.4 hiervor) den Brandunfall vom 15. Oktober 2015 zwar im Rahmen der «Aktenlage» auf (IV-Nr. 24.24 S. 11 oben) und der Beschwerdeführer äusserte sich auch dazu (IV-Nr. 24.24 S. 15 Mitte). Dennoch hat eine gutachterliche Auseinandersetzung mit den psychischen Auswirkungen dieses Ereignisses nicht stattgefunden. Eine solche ist jedenfalls nicht ersichtlich. Dies wäre jedoch insbesondere vor dem Hintergrund des durch den Beschwerdeführer bereits erlittenen Unfallgeschehens vom 29. August 2011 und des Hinweises des behandelnden Psychiaters Dr. med. K.____ im Bericht vom 16. Dezember 2015 (vgl. E. II. 5.6 hiervor) betreffend die «Retraumatisierung» notwendig gewesen. Nach dem Vorliegen des Gutachtens der Gutachterstelle C.____ vom 6. Juli 2016 erwiesen sich somit weder der Gesundheitszustand noch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als umfassend geklärt. Demzufolge hielt das Versicherungsgericht in seinem Urteil VSBES.2018.148 vom 26. September 2018 – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 4.2 hiervor) – zu Recht fest, der rechtsrelevante Gesundheitszustand sei aus psychiatrischer Sicht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt bzw. geklärt (vgl. VSBES.2018.148 E. II. 5, IV-Nr. 59 S. 12). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kann bei dieser Ausgangslage in Bezug auf das anschliessend eingeholte psychiatrische Gutachten bei Dr. med. E.____ nicht von einer «unzulässigen second opinion» gesprochen werden. Der Beschwerdeführer weist darauf hin, dass das Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 17. Dezember 2018 im UVG-Verfahren (VSBES.2018.28) ausgeführt hat, das Gutachten der Gutachterstelle C.____ sei beweiskräftig. Zu dieser grundsätzlich richtigen Feststellung ist zu bemerken, dass im dortigen Verfahren die Folgen des Unfalls vom 29. August 2011 (und nicht jene des späteren Verbrennungs-Unfalls vom 15. Oktober 2015) zu beurteilen waren. Die Frage, ob der Vorfall vom 15. Oktober 2015 zu einer Veränderung geführt habe, stellte sich im dortigen Verfahren nicht. Weiter war die psychiatrische Beurteilung für den Ausgang des Verfahrens nicht entscheidend, weil die organisch nicht nachweisbaren Unfallfolgen in keinem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 29. August 2011 standen. Daher kann aus den dortigen Erwägungen für das vorliegende Verfahren nichts abgeleitet werden. 7. Beim Beschwerdeführer präsentieren sich aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten sowohl somatische als auch psychische gesundheitliche Beeinträchtigungen. Die unmittelbar nach dem Verkehrsunfall vom 29. August 2011 im Wesentlichen festgestellten somatischen Diagnosen (Beschränkung ROM Ellenbogen links, Coronoid-Fraktur, entsprechend Verdacht auf stattgehabte Luxation; Bursa olecrani beidseits posttraumatisch; Verdacht auf Plexus-Läsion, Ulnaris betont links;

HWS-Kontusion, DD: Schulterkontusion rechts; Commotio cerebri, vgl. E. II. 5.1 hiervor) wurden anlässlich der Untersuchung vom 20. April 2012 durch die Kreisärztin Dr. med. H.____ gegenüber den psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen als sekundär eingestuft (vgl. E. II. 5.1 hiervor). Sie hielt fest, dass die psychosomatische Angeschlagenheit des Beschwerdeführers im Vordergrund stehe und es sich beim Beschwerdeführer um eine stark angeschlagene Persönlichkeit handle. Auch der Kreisarzt Dr. med. I.____ erachtete anlässlich seiner psychiatrischen Untersuchung vom 19. Juni 2012 (vgl. E. II. 5.2 hiervor) eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung als notwendig. Der Beschwerdeführer gab sodann im Rahmen des Intake-Gesprächs vom 4. März 2013 (vgl. E. II. 5.3 hiervor) an, regelmässig (zweimal im Monat) in die Psychotherapie zu gehen, die Physiotherapie sei hingegen abgeschlossen worden. Es ist somit in Bezug auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers von einer psychischen Überlagerung auszugehen. Dies wird auch gestützt auf das am 6. Juli 2016 im unfallrechtlichen Verfahren erstattete polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C.____ deutlich. So wurde im neurologischen Teilgutachten vom 11. Mai 2016 (vgl. E. II. 5.7.1 hiervor) zusammenfassend festgehalten, dass die Gesundheitsschäden auf neurologischem Fachgebiet höchstens eine minimale Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit als Fenstermonteur und Geschäftsführer zur Folge hätten. Auch im orthopädischen Teilgutachten vom 17. Mai 2016 (vgl. E. II. 5.7.2 hiervor) wurde dem Beschwerdeführer in einer ideal angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert. Hingegen resultierten im Rahmen der neuropsychologischen und psychiatrischen Begutachtungen vom 18. Mai und 5. Juli 2016 höhere Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. So wurde aufgrund einer leichten bis mittelgradigen kognitiven Störung eine Arbeitsunfähigkeit von circa 30 % ausgewiesen, bei anspruchsvolleren Anforderungen gar eine Leistungsbeeinträchtigung von bis zu 50 % (vgl. E. II. 5.7.3 hiervor). Aus psychiatrischer Sicht sei dem Beschwerdeführer aufgrund der unfallbedingten psychischen Beeinträchtigungen und der psychosomatischen Beeinträchtigung die Tätigkeit als Fenstermonteur gar nicht mehr zumutbar, als Geschäftsführer bestehe aufgrund der kognitiven Einschränkungen eine zeitlich und leistungsmässige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 %. Demzufolge resultierten zu diesem Zeitpunkt aus rein somatischer Sicht keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen mehr. Auch der psychiatrische Gutachter Dr. med. E.____ hielt sodann in seinem psychiatrischen Gutachten vom 4. Februar 2019 (vgl. E. II 5.7 hiervor) fest, dass die seit dem Unfall attestierte Arbeitsunfähigkeit «ausschliesslich auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert» zurückgeführt werden könne (IV-Nr. 66 S. 17).

8. Nachfolgend ist auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.____ vom 4. Februar 2019 (vgl. E. II. 5.9 hiervor) einzugehen und zu prüfen, ob diesem Beweiswert zukommt:

8.1 Das von Dr. med. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstellte Gutachten wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.3 hiervor) in allen Punkten gerecht. So beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem der Beschwerdeführer einer umfassenden Exploration unterzogen wurde (IV-Nr. 66 S. 8 ff.), womit auch seine subjektiv geklagten Beschwerden in die gutachterliche Beurteilung mit eingeflossen sind. Zudem basiert das Gutachten auf umfassenden Untersuchungen (18. Dezember 2018 und 18. Januar 2019: Erhebung des psychischen Befundes und testpsychologische Untersuchungen im Rahmen der Montgomery-Asberg Depressions Scale (MADRS) und des Mini-ICF-APP, IV-Nr. 66 S. 12 f.). Durch das Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge unter dem Titel «medizinisch-psychiatrischer Aktenauszug

mit IV-relevanten arbeitsmedizinischen Einschätzungen» (IV-Nr. 66 S. 2 ff.) kann beim Gutachter zudem von der Kenntnis der relevanten Vorakten (Anamnese) ausgegangen werden. Weiter leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So vermag aufgrund der bei den durchgeführten Untersuchungen vom 18. Dezember 2018 und 18. Januar 2019 festgestellten Befunde die gutachterliche Einschätzung einzuleuchten, wonach sich der Beschwerdeführer in psychopathologischer Hinsicht völlig unauffällig präsentiert habe (IV-Nr. 66 S. 14). So habe der ordentlich gepflegt, bewusstseinsklar und allseits orientiert wirkende Beschwerdeführer auf die gestellten Fragen klare und sehr präzise Antworten gegeben, die durch eine Dolmetscherin übersetzt worden seien. Es seien unauffällige mnestiche Funktionen, ein geordnetes formales Denken, weder Wahnideen noch Halluzinationen oder Ich-Störungen festgestellt worden. Der Beschwerdeführer sei stimmungsmässig ausgeglichen gewesen. Die affektive Schwingungsfähigkeit und der Elan vitae seien erhalten gewesen. Affektiv sei der Beschwerdeführer modulierbar und ein affektiver Rapport sei gut herstellbar gewesen. Antrieb und Motorik seien unauffällig gewesen. Hinweise auf eine Selbst- und Fremdgefährdung hätten sich nicht ergeben. Da der Beschwerdeführer u.a. angab, sich mit seinen drei Töchtern aus der vorderen Ehe, die ihn regelmässig besuchten, gut zu verstehen, keine Probleme mit seiner Ehefrau zu haben und zu seinen fünf in der Schweiz lebenden Geschwistern einen guten Kontakt zu pflegen (IV-Nr. 66 S. 10 f.), ist die daraus gezogene gutachterliche Schlussfolgerung nachvollziehbar, wonach von einer regelmässigen Pflege der sozialen Kontakte auszugehen sei (IV-Nr. 66 S. 14). Im Weiteren ist auch die gestützt auf die subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers getroffene Einschätzung schlüssig, wonach eine vollständig erhaltene Tagesstruktur vorliege (IV-Nr. 66 S. 14). So gab der Beschwerdeführer an, um 5.00 Uhr aufzustehen, drei Zigaretten zu rauchen, einen Kaffee zu trinken und die Zeitung zu lesen. Danach begeben er sich an die frische Luft und wenn er in die Wohnung zurückkehre, gehe er zu seinen Kindern ins Zimmer, um sie zu sehen und sie zu küssen. Er arbeite meist von 8.00 bis 10.00 Uhr. Der Beschwerdeführer halte sich manchmal am Vormittag, manchmal am Nachmittag in der Firma auf, je nachdem wie er sich fühle. Abends sei er mit seiner Frau und den Kindern meist zu Hause. Ab und zu setze er sich abends mit der Familie vor den Fernseher. Einmal pro Woche verfolge er regelmässig eine Serie. Ohne Medikamente könne er nicht schlafen. Manchmal schlafe er erst um 2.00 Uhr ein, ab und zu fühle er sich bereits um 22.00 Uhr schläfrig, schlafe dann ein und erwache aber nach zehn Minuten wieder, wenn er ein Geräusch höre, so dass er anschliessend keinen Schlaf mehr finde (IV-Nr. 66 S. 11). Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. ___ vom 4. Februar 2019 ist somit grundsätzlich beweiswertig. 8.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. E. ___ vom 4. Februar 2019 durch die zeitlich vor diesem verfassten Arztberichte allenfalls geschmälert wird: 8.2.1 Die bereits durch den Kreisarzt Dr. med. I. ___ in seiner psychiatrischen Untersuchung vom 19. Juni 2012 (vgl. E. II. 5.2 hiervor) ausgewiesenen Hauptdiagnosen einer «psychotraumatologischen Symptomatik» sowie einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)», wurden durch den behandelnden Psychiater Dr. med. K. ___ im Arztbericht vom 22. Juni 2015 (vgl. E. II. 5.5 hiervor) weitgehend bestätigt. So diagnostizierte er eine «rezidivierende depressive Störung, leicht bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) auf der Basis einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1». Auch im Rahmen der psychiatrischen Teilbegutachtung vom 5. Juli 2016 wies Dr. med. L. ___ (vgl. E. II. 5.7.4 hiervor) sowohl eine «chronische mittelgradige

depressive Episode (ICD-10 F32.1)» als auch eine «posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)» aus. Diesbezüglich hielt Dr. med. E. ___ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 4. Februar 2019 fest (IV-Nr. 66 S. 18), nach dem schweren Unfall am 29. August 2011 sei es beim Beschwerdeführer im Rahmen der entwickelten posttraumatischen psychischen Symptomatik und belastenden psychosozialen Situation zum Ausbruch einer posttraumatischen Belastungsstörung mit nachfolgender Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion gekommen. Unter den etablierten therapeutischen Massnahmen und einer sehr günstigen Entwicklung der Familiensituation (Gründung einer neuen Familie, regelmässige und sehr gute Kontakte zu den Kindern aus erster Ehe) sowie bei fehlenden Hinweisen auf wirtschaftliche Probleme als selbständiger Unternehmer sei es beim Beschwerdeführer jedoch bereits ab 2015 (aktenmässig dokumentiert) zu einer zunehmenden Verbesserung seines psychischen Zustandes gekommen. Diesen Einschätzungen kann gefolgt werden. So ist aufgrund der medizinischen Akten davon auszugehen, dass sich Dr. med. E. ___ in seiner Beurteilung im Wesentlichen auf den Bericht von Dr. med. K. ___ vom 22. Juni 2015 stützte (vgl. E. II. 5.5 hiervor), der – im Gegensatz zu der durch Dr. med. I. ___ vom 19. Juni 2012 (vgl. E. II. 5.1 hiervor) ausgewiesenen «gegenwärtig mittelgradigen Episode» der depressiven Störung – nunmehr von einer «leicht- bis mittelgradigen Episode» ausging. Es kann daher der Ausführung von Dr. med. E. ___ gefolgt werden, wonach im Bericht vom 22. Mai 2015 von einer dokumentierten Verbesserung auszugehen sei (IV-Nr. 66 S. 14 Mitte). Es kann auch der weiteren Einschätzung von Dr. med. E. ___ gefolgt werden, wonach nicht nachvollziehbar sei, weshalb eine «rezidivierende» depressive Symptomatik diagnostiziert worden sei (IV-Nr. 66 S. 18). Denn es haben sich weder Dr. med. I. ___ noch Dr. med. K. ___ in ihren Berichten vom 19. Juni 2012 und 22. Juni 2015 (vgl. E. II. 5.2 und 5.5 hiervor) mit der Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung» vertieft auseinandergesetzt, weshalb diese nicht nachvollzogen werden kann. Zum anderen lassen sich beim Beschwerdeführer aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten auch keine wiederholten depressiven Episoden feststellen, welche für die Diagnosestellung einer rezidivierenden depressiven Störung notwendig wären (vgl. <https://www.icd-code.de/icd/code/F33.-.html?sp=SF33.1>, besucht am 17. Februar 2021). Aufgrund der sich präsentierenden Akten ist zwar davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bereits zu einem früheren Zeitpunkt – nämlich ungefähr im Jahr 1998 (vgl. IV-Nrn. 66 S. 6, 60.243 S. 6, 24.24 S. 13) – eine psychische Krise erlitt, in dessen Rahmen er infolge einer Tablettenüberdosis hospitalisiert war (vgl. E. II. 6 hiervor). Da den vorliegenden Akten jedoch nichts Gegenteiliges zu entnehmen ist, kann davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers anschliessend wieder stabilisierte. In diesem Sinn gab der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. E. ___ auch an, er sei damals circa drei bis vier Tage in der Psychiatrischen Klinik gewesen und habe das erhaltene Medikament noch ein bis zwei Wochen eingenommen. Seitdem habe er bis zum Unfall nie Probleme gehabt (IV-Nr. 66 S. 11). Diese Angaben stimmen auch mit den früheren Ausführungen des Beschwerdeführers überein. So äusserte er sich gegenüber Dr. med. I. ___ im Rahmen der Untersuchung vom 19. Juni 2012 dahingehend, dass sich die Krise zurückgebildet habe (vgl. IV-Nr. 60.243 S. 6). Daher überzeugt die Einschätzung von Dr. med. E. ___, wonach Dr. med. I. ___ zurzeit seiner psychiatrischen Untersuchung eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert habe, obwohl der Beschwerdeführer bis zum Untersuchungstag vom 19. Juni 2012 nicht unter mindestens drei dokumentierten depressiven Phasen gelitten habe (IV-Nr. 66 S. 6). Auch in Bezug auf den Bericht von

Dr. med. K. ___ vom 22. Juni 2015 legte Dr. med. E. ___ in diesem Zusammenhang in plausibler Weise dar, dass eine rezidivierende depressive Störung nicht nachvollzogen werden könne. Die dokumentierte Psychopharmakotherapie mit den Antidepressiva Cipralex, Valdoxan und Trittico würde aber der postulierten leichten bis mittelgradigen depressiven Symptomatik sowie einer posttraumatischen Ängstlichkeit mit Vermeidungsverhalten, Schlafstörungen und nächtlichen Schreiattacken (im Rahmen von Albträumen) entsprechen (IV-Nr. 66 S. 7). Zudem diagnostizierte bereits die Psychiaterin Dr. med. L. ___ in ihrem psychiatrischen Teilgutachten vom 5. Juli 2016 (vgl. E. II. 5.7.4 hiervor) keine rezidivierende depressive Störung (mehr), sondern ging von einer «chronisch mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1)» aus. Sie wies zudem darauf hin, dass die depressive Verstimmung beim Beschwerdeführer schon seit 2011 andauere (IV-Nr. 24.24 S. 23 Mitte). Dr. med. E. ___ beurteilte die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode und einer posttraumatischen Belastungsstörung als fachlich gut begründet und plausibel (IV-Nr. 66 S. 7) und bestätigte sodann eine längere mittelschwere depressive Symptomatik (IV-Nr. 66 S. 18). Gemäss Dr. med. E. ___ habe der Verlauf jedoch gezeigt, dass es sich beim Beschwerdeführer nicht um eine «chronische depressive Symptomatik», sondern um eine «protrahierte Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion» gehandelt habe (IV-Nr. 66 S. 18). Diese Beurteilung überzeugt, da Dr. med. E. ___ in diesem Zusammenhang darlegte, dass auch die beschriebenen psychosozialen Belastungen nach dem Unfall (Schwangerschaft der zweiten Frau, die von der [...] in die Schweiz reisen wollte) sowie die beschriebene traumatologische Symptomatik eher auf die Entwicklung einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion hindeuteten und nicht auf die Entwicklung einer eigenständigen und selbstunterhaltenden depressiven Störung (IV-Nr. 66 S. 6). Im Weiteren stellte Dr. med. E. ___ fest, dass beim Beschwerdeführer aufgrund fehlender Hinweise auf eine genetische Vorbelastung und Persönlichkeitsfaktoren sowie ein jahrelang unauffälliges Leistungsniveau im Erwachsenenalter eine eigenständige und selbstunterhaltende depressive Störung klar ausgeschlossen werden könne (IV-Nr. 66 S. 18). Zudem habe der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration vom 18. Dezember 2018 objektiv keine depressive Symptomatik mehr aufgewiesen (IV-Nr. 66 S. 15). Dieser Einschätzung kann aufgrund der anschliessenden Ausführungen gefolgt werden, wonach der Beschwerdeführer während der Schilderung des Unfallereignisses weder eine vegetative Übererregbarkeit noch eine ersichtliche Ängstlichkeit oder sonstige affektive Reaktionen gezeigt habe. Laut Dr. med. E. ___ sei es anamnestisch beim Beschwerdeführer auch zu einer deutlichen Rückbildung der Albträume gekommen. Sein Aktivitätsniveau schliesse zudem eine Vermeidungshaltung aus. Beim Beschwerdeführer könne aufgrund der geschilderten Familienverhältnisse mit Zärtlichkeit seinen Kindern gegenüber auch nicht von einer Teilnahmslosigkeit oder affektiven Verflachung ausgegangen werden. Diesen Darlegungen kann gefolgt werden. So wurde anlässlich der Erhebung des psychischen Befundes vom 18. Dezember 2018 (vgl. IV-Nr. 66. S. 12) festgehalten, der Beschwerdeführer habe seine Lebensgeschichte und Krankheitsentwicklung flüssend und genau geschildert, was auf unauffällige mnestiche Funktionen während der 95-minütigen Exploration hindeute. Von einer Rückbildung der Albträume ist ebenfalls auszugehen, da der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. E. ___ angab, dass die schlechten Gedanken jetzt nicht mehr derart präsent seien wie früher, so dass er jetzt auch besser schlafe (IV-Nr. 66 S. 10). Aufgrund der Schilderungen des Beschwerdeführers zum Tagesablauf (IV-Nr. 66 S. 10 f.), wonach er in der Regel um 5.00 Uhr aufstehe, drei Zigaretten rauche, Kaffee trinke, Zeitung lese, sich anschliessend an die frische Luft begeben, dann zu seinen Kindern

ins Zimmer gehe und sie küsse sowie meist von 8.00 bis 10.00 Uhr zu arbeiten, erscheinen die daraus gezogenen gutachterlichen Schlussfolgerungen, wonach das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers ein Vermeidungsverhalten ausschliesse und nicht von einer Teilnahmslosigkeit oder affektiven Verflachung ausgegangen werden könne, schlüssig. Gemäss Dr. med. E.____ könne beim Beschwerdeführer daher auch eine weitgehende Rückbildung der posttraumatischen Belastungsstörung angenommen werden (IV-Nr. 66 S. 15). Indem dieser auch kein auffälliges Verhaltensmuster aufgewiesen habe (sozialer Rückzug; feindliche Haltung der Welt gegenüber; Entfremdung; chronische Nervosität), könne auch eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach einer Extrembelastung klar ausgeschlossen werden. Diese gutachterlichen Einschätzungen erweisen sich als korrekt: So gab der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Untersuchung an, sowohl Kontakt zu seinen drei Töchtern aus früherer Ehe als auch zu seinen fünf in der Schweiz lebenden Geschwister zu haben und sehr viele Leute zu kennen, wobei er bei einem Treffen mit diesen Leuten schnell die Lust nach Gesellschaft verliere, weshalb er Bekannte nur für kurze Zeit sehen wolle (IV-Nr. 66 S. 11 oben). Von einem sozialen Rückzug kann daher nicht ausgegangen werden. Es kommt hinzu, dass sich der Beschwerdeführer dahingehend äusserte, einen inneren Druck zu verspüren und sich erst besser zu fühlen, wenn er seinen Psychiater aufsuche und sich mit ihm unterhalte (IV-Nr. 66 S. 8). Damit ist beim Beschwerdeführer die Bereitschaft ersichtlich, sich von einer Drittperson helfen zu lassen und Einsicht in sein Gefühlsleben zu haben, womit die durch Dr. med. E.____ formulierten Verneinung der feindlichen Haltung der Welt gegenüber sowie die Entfremdung überzeugen. Da sich anlässlich der Explorationen vom 18. Dezember 2018 und 18. Januar 2019 eine ausgeglichene Stimmung, eine erhaltene affektive Schwingungsfähigkeit, ein erhaltener Elan vitae sowie ein unauffälliger Antrieb / Motorik präsentierten (IV-Nr. 66 S. 12), erweist sich auch die gutachterliche Einschätzung, wonach keine chronische Nervosität vorliege, als nachvollziehbar. Aufgrund der völlig unauffälligen Präsentation des Beschwerdeführers anlässlich der beiden Explorationen, der trotz beeinträchtigter Schlafqualität vollständig erhaltenen Tagesstruktur und der regelmässigen Pflege der sozialen Kontakte, überzeugt die Beurteilung von Dr. med. E.____, wonach gegenwärtig von keiner Störung aus dem affektiven Formenkreis inkl. einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion ausgegangen werden könne (IV-Nr. 66 S. 14). Von einem verbesserten psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. E.____ kann auch aufgrund des durch den Beschwerdeführer noch im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung vom 5. Juli 2016 gegenüber Dr. med. L.____ angegebenen reizbaren Verhaltens als auch der Wutausbrüche ausgegangen werden, die sowohl am Arbeitsplatz als auch in der Familie mehrfach pro Monat aufgetreten und als ganz schwierig zu erleben bezeichnet worden seien (IV-Nr. 24.24 S. 16, 25 unten). Entsprechende Angaben machte der Beschwerdeführer sodann im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. E.____ nicht mehr. Er wurde während den beiden Exploration vom 18. Dezember 2018 und 18. Januar 2019 sogar als «stimmungsmässig ausgeglichen» beschrieben (IV-Nr. 66 S. 12 f.). Auch die noch in der psychiatrischen Untersuchung von 2016 durch den Beschwerdeführer gegenüber der Familie zeitweilig erlebten Gefühle von Distanziertheit und Entfremdung (IV-Nr. 24.24 S. 25) wurden gegenüber Dr. med. E.____ nicht mehr erwähnt. So habe der Beschwerdeführer zu seinen Töchtern aus erster Ehe einen guten Kontakt und begeben sich am Morgen zu seinen beiden Töchtern ins Zimmer, um sie zu sehen und zu küssen (IV-Nr. 66 S. 10). Es ist daher von einem verbesserten familiären Verhältnis mit

gegenseitiger Anteilnahme auszugehen. Damit läuft das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach er noch immer unter denselben Beschwerden leide, wie dies im Zeitpunkt der Begutachtung der Gutachterstelle C.____ der Fall gewesen sei (vgl. E. II. 4.2 hiervor), ins Leere. 8.2.2 Die übrigen medizinischen Akten vermögen folglich den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. E.____ nicht zu schmälern. 8.3 Es ist nachfolgend auf die gegen das Gutachten von Dr. med. E.____ gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen: 8.3.1 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass gemäss den ICD-10 Kriterien eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) gerade nicht vorliege, wenn der depressive Zustand länger als zwei Jahre dauere. Auch die durch Dr. med. E.____ nicht in Abrede gestellte mittelgradige depressive Episode spreche gegen die Diagnose einer Anpassungsstörung, da im Rahmen dieser Störung bloss eine höchstens leichtgradige depressive Symptomatik zu erwarten sei (A.S. 18). Dr. med. E.____ führte in seinem Gutachten vom 4. Februar 2019 diesbezüglich aus (IV-Nr. 66 S. 14), dass es beim Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 29. August 2011 sehr plausibel zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung und bei einer offenbar belastenden psychosozialen Situation (zweite Heirat, Schwangerschaft der Ehefrau, die noch in der [...] gelebt habe) zu einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion gekommen sei. Dr. med. E.____ legte sodann weiter dar, dass der Beschwerdeführer am 15. Mai 2012 bei Dr. med. K.____ eine psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung aufgenommen habe und unter den therapeutischen Massnahmen inkl. einer regelmässigen Gesprächspsychotherapie sowie einer regelmässigen Psychopharmakotherapie aktenmässig von einem protrahierten Verlauf der depressiven Symptomatik ausgegangen werden könne. Somit ist gemäss Dr. med. E.____ davon auszugehen, dass es beim Beschwerdeführer aufgrund der im Zeitpunkt des Unfalls vom 29. August 2011 bestehenden belastenden psychosozialen Situation zu einer Anpassungsstörung gekommen ist, welche sich aufgrund der anschliessend in Anspruch genommenen Therapie langsam verbessert hat. Diesen überzeugenden Ausführungen kann gefolgt werden. So gab bereits Dr. med. I.____ im Rahmen seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 19. Juni 2012 (IV-Nr. 60.243 S. 4) an, dass die zweite Ehefrau des Beschwerdeführers in der [...] lebe, sie im November 2011 geheiratet hätten, die Frau schwanger sei und der Beschwerdeführer sie in die Schweiz nachholen wolle. Eine belastende psychosoziale Situation des Beschwerdeführers ist somit ausgewiesen. Zudem ist – wie bereits oben dargelegt (vgl. E. II. 8.2.1 hiervor) – aufgrund der bei Dr. med. K.____ ab 15. Mai 2012 durchgeführten Psychotherapie auch eine verbesserte psychiatrische Gesundheitssituation erkennbar. Dem entspricht auch die Angabe des Beschwerdeführers gegenüber Dr. med. E.____, wonach er Dr. med. K.____ zu Beginn der Behandlung jede zweite Woche aufgesucht habe und ihn seit ungefähr einem Jahr alle drei bis vier Wochen sehe (IV-Nr. 66 S. 10). In Bezug auf die im Gutachten der Gutachterstelle C.____ vom 6. Juli 2015 (vgl. E. II. 5.7 hiervor) u.a. ausgewiesene Diagnose einer «chronischen mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1)» hielt Dr. med. E.____ fest, dass nach einer längeren depressiven Symptomatik auch bei einer initialen Anpassungsstörung nach ICD-10 die Diagnose einer depressiven Episode gestellt werden könne, womit die im Gutachten vom 5. Juli 2016 postulierte chronische mittelgradige depressive Episode als fachgerecht zu bezeichnen sei. Gleichzeitig müsse jedoch festgehalten werden, dass es sich beim Beschwerdeführer in psychodynamischer Hinsicht nicht um eine eigenständige und selbstunterhaltende depressive Störung handle, sondern um eine Anpassungsstörung (IV-Nr. 66 S. 14). Dr. med. E.____ qualifizierte demnach die durch Dr. med. L.____ in ihrem

psychiatrischen Teilgutachten vom 5. Juli 2016 (vgl. E. II. 5.7.4 hiervor) ausgewiesene Diagnose einer «chronischen mittelgradigen depressiven Episode» nicht in allen Teilen als unrichtig. Vielmehr legte er in plausibler Weise dar, dass diese Diagnosestellung zwar «fachgerecht» sei, es sich beim Beschwerdeführer jedoch initial um eine Anpassungsstörung gehandelt habe. Zusammenfassend kann somit in Bezug auf die Anpassungsstörung bzw. die mittelgradige depressive Episode von einer anderen diagnostischen Einschätzung ausgegangen werden, welche indes vorliegend nicht entscheidend ins Gewicht fällt. Denn die durch Dr. med. E.____ diagnostizierte Anpassungsstörung ist im Verlauf vollständig remittiert und aufgrund der erhobenen psychischen Befunde anlässlich der Explorationen vom 18. Dezember 2018 und 18. Januar 2019 sowie der Ergebnisse der durchgeführten testpsychologischen Untersuchungen (MADRS: Gesamtpunktzahl von 4 [asymptomatisch] / Mini-ICF-APP: keine Beeinträchtigungen, IV-Nr. 66 S. 12 f.) konnte keine Diagnose nach ICD-10 und somit auch keine depressive Störung gestellt werden. Die Differenz zum früheren Gutachten betrifft in erster Linie die damals gestellte Prognose, die aber naturgemäss weniger zuverlässig ist, als eine spätere neue Untersuchung. Folglich vermag der Beschwerdeführer durch dieses Vorbringen den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. E.____ nicht in Frage zu stellen.

8.3.2 Der Beschwerdeführer lässt weiter vorbringen, es sei fraglich, wie Dr. med. E.____ aufgrund der Ausführungen des Beschwerdeführers, wonach er sich unter Leuten unwohl fühle und des Öfteren «in ein Loch falle» zum Schluss kommen könne, es bestehe kein sozialer Rückzug (A.S. 20). Diesbezüglich ist zunächst festzuhalten, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung angab, sein Stimmung befinde sich in einem Loch, wenn er nicht produktiv arbeite (IV-Nr. 66 S. 11). Diese Aussage lässt sich durchaus nachvollziehen. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers lässt sich daraus jedoch kein Rückschluss auf einen generellen sozialen Rückzug ziehen. In Bezug auf das Unwohlsein unter Leuten gab der Beschwerdeführer konkret an (IV-Nr. 66 S. 8), sich unter Leuten nach kurzer Zeit unwohl und gelangweilt zu fühlen. Auch wenn er sich bei seiner Frau und seinen Kindern aufhalte, fühle er sich nach zehn Minuten nicht mehr gut. Er verspüre einen inneren Druck und fühle sich erst besser, wenn er seinen Psychiater aufsuche und sich mit ihm unterhalte. Gleichzeitig gab der Beschwerdeführer an (vgl. E. II. 8.2.1 hiervor), sowohl zu seinen Kindern aus früherer Ehe als auch zu seinen in der Schweiz lebenden fünf Geschwistern gute Kontakte zu haben und Bekannte für kurze Zeit sehen zu wollen. Ein sozialer Rückzug lässt sich daher nicht erkennen bzw. ableiten.

8.3.3 Das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach Dr. med. E.____ Konzentrationsstörungen ohne neuropsychologische Testung und Beachtung der immer wiederkehrenden Berufsunfälle verneine (A.S. 20 unten), überzeugt nicht. So gab Dr. med. E.____ an, der Beschwerdeführer habe bei der Exploration vom 18. Dezember 2018 objektiv unauffällige psychokognitive Funktionen aufgezeigt. Folglich bestand für den psychiatrischen Gutachter kein Anlass diesbezüglich weitergehende Abklärungen durchzuführen bzw. zu veranlassen. Dies ist auch unter dem Gesichtspunkt des Ereignisses vom 15. Oktober 2015 (Brandunfall) nicht zu beanstanden, in dessen Rahmen sich der Beschwerdeführer an beiden Händen Verbrennungen zuzog. So ist diesbezüglich kein Zusammenhang mit allfälligen Konzentrationsproblemen ersichtlich. Die Tatsache, dass die mit Putzmittel getränkten Handschuhe des Beschwerdeführers beim Anzünden der Zigarette Feuer gefangen haben, lässt sich nicht ohne Weiteres auf eine generell mangelnde Konzentration bzw. eine krankheitsbedingte Konzentrationsstörung zurückführen. Von – wie durch den Beschwerdeführer formuliert – «immer wiederkehrenden» Berufsunfällen kann im Übrigen

gestützt auf die vorliegenden Akten nicht ausgegangen werden, da nebst dem Ereignis vom 15. Oktober 2015 kein weiterer Berufsunfall dokumentiert ist. 8.3.4 Zum Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach Dr. med. E.____ die Test-resultate seiner Tests (MADRS und Mini ICF-APP) nicht beigelegt habe, kann festgehalten werden, dass im Rahmen einer Begutachtung grundsätzlich kein Anspruch auf Einsicht in die der internen Meinungsbildung dienenden Notizen des Gutachters oder generell in das Gutachten vorbereitende Arbeitsunterlagen, wie Hilfsmittel für die Erstellung eines Gutachtens, etwa schriftliche Aufzeichnungen über Testergebnisse oder andere Befunde, besteht. Das Gericht kann indessen zum Beizug solcher Dokumente verpflichtet sein, wenn dies im Einzelfall zur Überprüfung der Grundlagen und Schlussfolgerungen eines Gutachtens in seinen Grundlagen und Schlussfolgerungen angezeigt erscheint (Urteil des Bundesgerichts 9C_338/2016 vom 21. Februar 2017 E. 5.2 mit vielen Hinweisen). Ein Beizug der konkreten Testergebnisse ist im vorliegenden Fall nicht notwendig, zumal Dr. med. E.____ im psychiatrischen Gutachten vom 4. Februar 2019 die durch den Beschwerdeführer erreichten Punktzahlen bzw. Ergebnisse aufführte (IV-Nr. 66 S. 13). Es ist zudem nicht ersichtlich und wird durch den Beschwerdeführer auch nicht dargetan, inwiefern aus den entsprechenden Testresultaten weiterführende Erkenntnisse zu erwarten wären. Im Übrigen handelt es sich bei MADRS und Mini ICF-APP um Instrumente zur Fremdbeurteilung, nicht um Testverfahren, wie sie in der Neuropsychologie Anwendung finden. 8.3.5 Aus dem Vorbringen, wonach Dr. med. E.____ mit keinem Wort auf die durch Dr. med. L.____ ausgewiesene polydisziplinäre Diagnose einer «chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» eingegangen sei (A.S. 22 f.), vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. So hatte Dr. med. E.____ von der Diagnosestellung einer «chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» durchaus Kenntnis, indem er diese im Rahmen der Aktenzusammenfassung aufführte (IV-Nr. 66 S. 6). Er ging indes nicht explizit auf diese ein. Dieses Vorgehen ist nachvollziehbar und nicht zu beanstanden. So legte Dr. med. E.____ anlässlich seiner gutachterlichen Beurteilung dar, es könne gegenwärtig von keiner Störung aus dem affektiven Formenkreis inkl. einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion ausgegangen werden (IV-Nr. 66 S. 14). Zudem wies er darauf hin, dass der Beschwerdeführer in der Exploration vom 18. Dezember 2018 objektiv unauffällige psychokognitive Funktionen aufgewiesen habe (Gedächtnisfunktionen, Konzentrationsfähigkeit, Merkfähigkeit, Auffassungsgabe, Gedankengang, Stimmungslage, affektive Schwingungsfähigkeit, Elan vitae, Antrieb, Psychomotorik) und gleichzeitig anamnestisch unauffällige soziale Fertigkeiten erhoben worden seien, weshalb dem Beschwerdeführer aus dem psychiatrischen Fachgebiet gegenwärtig keine Diagnose nach ICD-10 attestiert werden könne (IV-Nr. 66 S. 15). Es kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der der gutachterlichen Exploration nicht über Schmerzen klagte (vgl. IV-Nr. 66 S. 8). Da somit im Zeitpunkt der Begutachtung keine Hinweise auf eine Schmerzstörung vorgelegen haben, ist nicht einzusehen, weshalb sich Dr. med. E.____ trotzdem ausdrücklich mit der Diagnosestellung einer chronischen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.42 hätte auseinandersetzen müssen. 8.3.6 Der Beschwerdeführer lässt weiter vorbringen, dass Dr. med. E.____ auf S. 17 unter 10.6 angebliche Ausführungen, wonach sich der Beschwerdeführer subjektiv in seiner Arbeitsfähigkeit depressiv bedingt nicht eingeschränkt fühle, klar falsch und aktenwidrig rapportiert habe (A.S. 23). Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass Dr. med. E.____ unter dem Titel «Stellungnahme zur Selbsteinschätzung der versicherten Person» u.a. ausführte (IV-Nr. 66 S. 17 unten), der

Beschwerdeführer fühle sich subjektiv in seiner Arbeitsfähigkeit depressiv bedingt nicht eingeschränkt. Weiter führte er aus, der Beschwerdeführer mache Konzentrationsabfälle und Vergesslichkeit geltend, was allerdings isoliert keiner psychischen Störung nach ICD-10 zugeordnet werden könne. Auch die vom Beschwerdeführer angegebenen Schlafstörungen werden im Gutachten erwähnt. Dr. med. E. ___ legt an anderer Stelle dar, warum er die diagnostischen Kriterien einer depressiven Störung nicht (mehr) als erfüllt erachtet. Vor diesem Hintergrund lässt sich seine Aussage, der Beschwerdeführer fühle sich in seiner Arbeitsfähigkeit depressiv bedingt nicht eingeschränkt, durchaus nachvollziehen. Dadurch wird die Schlüssigkeit des Gutachtens nicht in Frage gestellt. 8.4

Zusammenfassend vermögen sowohl die vorangehenden medizinischen Akten als auch die Vorbringen des Beschwerdeführers den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. E. ___ vom 4. Februar 2019 nicht in Frage zu stellen. Diesem ist der volle Beweiswert zuzusprechen. Da im Gutachten von Dr. med. E. ___ keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde, kann im vorliegenden Fall von einer Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 abgesehen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_309/2018 vom 2. August 2018 E. 5.3.2). 9. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ergibt sich Folgendes: Gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. ___ ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht von 29. August 2011 bis mindestens Mitte Juni 2016 zu 50 % arbeitsunfähig war und seine Arbeitsfähigkeit ab Mitte 2016 nicht mehr beurteilt werden kann. Seit spätestens Anfangs 2018 bestand sodann keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr (vgl. E. II. 5.8 hiavor). Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich Dr. med. E. ___ hierbei auf sämtliche Tätigkeiten des Beschwerdeführers – auf die angestammte Tätigkeit und auf adaptierte Tätigkeiten – bezog. Denn es ist nicht einzusehen, warum sich die «posttraumatische Belastungsstörung» und die «Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion» einzig in der früheren Arbeitstätigkeit als Fenstermonteur und nicht auch in einer anderen Tätigkeit ausgewirkt haben sollten. Auch die RAD-Ärztin Dr. med. D. ___ unterschied in ihrer Stellungnahme vom 20. Februar 2019 (vgl. E. II. 5.10 hiavor) betreffend die rückblickende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht zwischen der angestammten und einer adaptierten Tätigkeit des Beschwerdeführers. Mit der zeitlichen Angabe «bis mindestens Mitte Juni 2016» nimmt Dr. med. E. ___ auf das Gutachten von Dr. med. L. ___ Bezug, das auf einer Exploration vom 11. Mai 2016 basiert. Die geringe Abweichung in der Bezifferung der Arbeitsunfähigkeit (50 % statt 60 %) ist im Rahmen des gutachterlichen Ermessens zu interpretieren und vermag die Plausibilität der rückwirkenden Einschätzung durch Dr. med. E. ___ nicht infrage zu stellen. Diese erscheint insbesondere auch unter der Berücksichtigung der Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. med. K. ___, der von einer geringeren längerfristigen Einschränkung ausging (vgl. E. II. 5.5 hiavor), als plausibel. 10. Es stellt sich somit die Frage, ob der Beschwerdeführer ab 1. Juli 2013 (vgl. E. II. 2.2 hiavor) bis Ende März 2018 (Art. 88a Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) allenfalls Anspruch eine befristete Invalidenrente der Beschwerdegegnerin hat. Daher ist nachfolgend der Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. II. 2.3 hiavor) und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den berechneten IV-Grad von 3 % korrekt errechnet hat (A.S. 2).

10.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) – hier: ab Juli 2013 – nach dem Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1).

10.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2 m.H., 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]).

10.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 24.23 S. 6, 24.24 S. 11 f., 25, 66 S. 9) besuchte der Beschwerdeführer in der [...] sieben Jahre die Schule, welche er vorzeitig abbrach. Im Alter von 15 Jahren kam er in die Schweiz, wo er keine weitere Schulausbildung mehr genoss. Von Februar bis August 1986 war er bei der Firma M.____, [...], und vom September bis Dezember 1986 beim Personalvermittlungsunternehmen N.____, [...], angestellt. Von Februar 1887 bis Juni 1988 war er sodann bei der Firma O.____, [...], und von Juni bis August 1988 beim Personalvermittlungsunternehmen P.____ tätig. Von September bis Dezember 1988 wurde er in der Firma Q.____ und von Januar bis Februar 1989 in der Firma R.____, [...], beschäftigt. Anschliessend war der Beschwerdeführer im Juni beim Personalvermittlungsunternehmen P.____ sowie bei der Firma S.____, [...], angestellt, wo er bis im September 1989 arbeitete. Im Oktober 1989 war er bei der Firma T.____, [...], und von November 1989 bis Juli 1999 bei der Firma U.____, [...], beschäftigt. Im Jahr 1999 gründete der Beschwerdeführer die Firma V.____, [...], wo er von August bis Dezember 1999 arbeitete. Anschliessend bezog er von Februar bis Mai 2000 eine Arbeitslosenentschädigung. Von Januar 2001 bis Dezember 2002 führte er sodann die Firma V.____ in [...] weiter und bezog von Januar bis Juni 2003 eine Arbeitslosenentschädigung. Von August 2003 bis Mai 2004 war er wieder bei der Firma V.____ tätig und konnte von Juni 2004 bis Mai 2006 bei der Firma W.____, [...], und von Januar 2007 bis Dezember 2008 bei der Firma X.____ arbeiten. Seit Februar 2010 ist der Beschwerdeführer in der Firma F.____, [...], als Fenstermonteur und Geschäftsführer selbstständig tätig.

10.1.3 Da der ungelernte Beschwerdeführer über Jahre hinweg verschiedenste Hilfsarbeitertätigkeiten ausübte und in der zuletzt ausgeübten, unbefristeten selbstständigen Arbeitsstelle als Fensterbauer und Geschäftsführer bei der Firma F.____ auch weiterhin tätig ist, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass er die Arbeit bei der Firma F.____ auch im Gesundheitsfall weiterhin ausgeübt hätte (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30). Folglich wäre bei der Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich auf das effektiv bei der Firma F.____ als Selbstständigerwerbender erwirtschaftete Einkommen abzustellen. Dieses kann grundsätzlich auf der Basis der Einträge im Individuellen Konto (IK) bestimmt werden. Weist das bis zum Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (Urteile des Bundesgerichts 8C_567/2013 vom 30. Dezember 2013 E. 2.2.2 mit Hinweisen). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung schliesst jedoch nicht aus, dass auch bei Erwerbstätigen

unter Umständen nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen abgestellt wird. Das trifft namentlich bei selbstständig Erwerbenden zum einen dann zu, wenn auf Grund der Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die versicherte Person im Gesundheitsfall ihre nicht einträgliche selbstständige Tätigkeit aufgegeben und eine besser entlohnte andere Tätigkeit angenommen hätte. Gleiches ist anzunehmen für den Fall, dass die vor der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübte selbstständige Tätigkeit wegen ihrer kurzen Dauer keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens darstellt, zumal in den ersten Jahren nach Aufnahme der selbstständigen Erwerbstätigkeit üblicherweise aus verschiedenen Gründen (hohe Abschreibungsquote auf Neuinvestitionen etc.) die Betriebsgewinne gering sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_651/2019 vom 18. Februar 2020 E. 6.2 mit vielen Hinweisen). Folglich wäre beim Beschwerdeführer grundsätzlich auf die Angaben aus dem Auszug aus dem individuellen Konto der Ausgleichskasse des Kantons [...] abzustellen. Den entsprechenden Auszügen vom 15. Mai 2019 und 3. September 2020 (IV-Nr. 73, A.S. 56) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2010 (Februar bis Dezember 2010) CHF 38'500.00, im Jahr 2011 total CHF 92'429.90 (CHF 30'310.00 + 41'929.00 + CHF 20'190.00), im Jahr 2012 CHF 55'000.00 und in den Jahren 2013 bis 2019 je CHF 54'000.00 erwirtschaftete. Da die Firma F.____ jedoch erst am 21. September 2009 ins Handelsregister des Kantons [...] eingetragen wurde (IV-Nr. 11 S. 5), übte der Beschwerdeführer diese berufliche Tätigkeit im Zeitpunkt des Unfalls vom 29. August 2011 erst seit Kurzem – seit ungefähr einem Jahr und 11 Monaten – aus, weshalb diese Zahlen für die Bemessung des Valideneinkommens nicht als massgeblich betrachtet werden können, zumal auch die starken Abweichungen erkennen lassen, dass keine stabile Einkommenssituation erreicht worden war. Es sind somit mangels eines hinreichend konkret bezifferbaren Validenverdienstes statistische Werte wie die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heranzuziehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_413/2017 vom 19. September 2017 E. 3.4.2). Folglich hat die Beschwerdegegnerin für die Bemessung des Valideneinkommens zu Recht auf die Tabellenlöhne abgestellt. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des Valideneinkommens auf die LSE 2012 und die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Position 41 – 43 Baugewerbe, Männer, abgestellt hat. In Bezug auf das durch die Beschwerdegegnerin herangezogene Kompetenzniveau 1 («einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»), lässt der Beschwerdeführer vorbringen (A.S. 26, vgl. E. II. 4.2 hiervor), seine Tätigkeit beinhalte weit mehr als nur einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art. Neben der handwerklichen Tätigkeit, in welcher er über eine mehrjährige Berufserfahrung verfüge, und auf Fensterbau spezialisiert sei, obliege ihm auch die Geschäftsführung, Buchhaltung, Werbung, Organisation, Akquisition etc. ebenso wie komplexe Arbeitsschritte im Rahmen der Fenstermontage. Es sei daher auf das Kompetenzniveau 4 abzustellen. Dieser Argumentation kann indes nicht gefolgt werden. Der Beschwerdeführer ist zwar seit 1998 als Fensterbauer tätig und vermag somit eine langjährige Berufserfahrung auszuweisen, verfügt aber über keine Berufsausbildung. Dem Protokoll der Besprechung mit dem Beschwerdeführer vom 19. April 2012 (IV-Nr. 7.70) durch den Unfallversicherer B.____ ist sodann zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer die Buchhaltung extern führen lasse und er lediglich die Rechnungen erledige. Es kann somit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer tatsächlich auch administrative und buchhalterische Tätigkeiten selber erledigt hat. Damit

erscheint das Abstellen auf das Kompetenzniveau 1 korrekt. Folglich ging die Beschwerdegegnerin zu Recht von einem standardisierten Monatslohn von CHF 5'340.00 aus. Aufgerechnet auf 41,5 Wochenstunden pro Jahr ($\times 12$ [: $40 \times 41,5$]) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im Jahr 2013 bei Männern (: $101,7 \times 102,3$; vgl. T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 – 2018), beträgt das Valideneinkommen insgesamt CHF 68'002.35.

10.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG).

10.2.1 Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 9 hiervor), ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer ab Juli 2013 eine Tätigkeit zu 50 % zumutbar ist. Deshalb muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss LSE 2012, TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art», ist dabei von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'210.00 auszugehen. Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 hochzurechnen ($\text{CHF } 5'210.00 \times 12$ [: $40 \times 41,7$] = CHF 65'177.10) und an den Nominallohnindex für das Jahr 2013 anzupassen (: $101,8 \times 102,6$). Damit ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 50 % ein Invalideneinkommen von gerundet CHF 32'844.65.

10.2.2 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb – cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 52 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer wohl auch weiterhin über eine Aufenthaltsbewilligung C verfügt (vgl. IV-Nr. 3). So ist den Akten jedenfalls nichts Gegenteiliges zu entnehmen. Zudem hat der Beschwerdeführer mit dieser Bewilligung in der Schweiz bereits während mehrerer Jahre gearbeitet und es sind keine lohnsenkenden Gründe ersichtlich. Weiter stellt sich beim Beschwerdeführer auch die Frage von mangelnden Sprachkenntnissen nicht, welche im Übrigen auch nicht geeignet wären, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Damit ist kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen.

10.3 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 68'002.30 und einem Invalideneinkommen von CHF 32'844.65 eine Erwerbseinbusse von CHF 35'157.65, die einem IV-Grad von gerundet 52 % entspricht. Somit hat der

Beschwerdeführer von 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente der Beschwerdegegnerin (vgl. E. II. 2.1 hiervor). An diesem Ergebnis würde sich nichts ändern, wenn man, entgegen dem Gesagten einen Tabellenabzug von 10 % berücksichtigen würde. 11. Da sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ab 1. Januar 2018 als verbessert präsentiert und ab diesem Zeitpunkt von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden kann (vgl. E. II. 9 hiervor), ist nachfolgend der Einkommensvergleich für die Zeit ab dem 1. April 2018 (Art. 88a IVV) vorzunehmen. 11.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens (vgl. E. II. 10.1 hiervor) ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im massgebenden Zeitpunkt, hier: ab 1. April 2018 (Art. 88a IVV), nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit weiterhin bei der Firma F.____ tätig wäre. Folglich ist das im Jahr 2013 errechnete Valideneinkommen (vgl. E. II. 10.1.3 hiervor) auf das Jahr 2018 hochzurechnen (CHF 68'002.35 [: 101.7 x 103.8]). Somit beträgt das Valideneinkommen im Jahr 2018 CHF 69'406.50. 11.2 Bezüglich des Invalideneinkommens (vgl. E. II. 10.2 hiervor) ist davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer möglich ist, ab Januar 2018 eine geeignete Tätigkeit zu 100 % auszuüben. Deshalb muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss LSE festgesetzt werden. Gemäss LSE 2018, TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art», ist dabei von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'417.00 auszugehen. Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochzurechnen (CHF 5'417.00 x 12 [: 40 x 41,7]). Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von gerundet CHF 67'766.70. 11.3 Bei einem Valideneinkommen von CHF 69'406.50 und einem Invalideneinkommen von CHF 67'766.70 ergibt sich eine Erwerbseinbusse von CHF 1'629.80, die einem IV-Grad von gerundet 2,4 % entspricht. Somit hat der Beschwerdeführer ab 1. April 2018 keinen Anspruch auf eine Invalidenrente mehr (vgl. E. II. 2.1 hiervor). 12. Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt (A.S. 27 ff.), ihm sei die Aufgabe der Selbstständigkeit nicht zumutbar. Dabei bezieht er sich im Wesentlichen auf sein Alter von über 50 Jahren, seine lange Zeit dauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit und die Tatsache, dass er zuvor nur im Fensterbau tätig gewesen sei. Die Bestimmung des IV-Grades sei daher zwingend nach dem erwerblich gewichteten Betätigungsvergleich vorzunehmen. 12.1 Bevor die versicherte Person Leistungen verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit im Allgemeinen, wie bei der Aufgabe der selbstständigen Erwerbstätigkeit im Besonderen, sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse, wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich (Urteil des Bundesgerichts 9C_621/2017 11. Januar 2018 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen). 12.2 In Bezug auf das Alter des Beschwerdeführers lässt sich festhalten, dass dieser im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 5. Mai 2020 52 Jahre alt war und somit nicht mehr als leicht vermittelbar galt. Dennoch besteht eine noch zu erwartende Aktivitätsdauer von 13 Jahren. Zudem können

die Anstellungschancen des Beschwerdeführers als intakt erachtet werden. Dies auch, weil seine Einschränkungen (leichte handwerkliche Tätigkeiten, keine repetitiven Belastungen mit Heben und Tragen von über 5 kg) als relativ gering zu qualifizieren sind. Die durch den Beschwerdeführer beschriebene lange Dauer der 100%igen Arbeitsunfähigkeit kann gestützt auf die vorliegenden Akten nicht nachvollzogen werden. Eine solche ist nicht ersichtlich. Im Weiteren ist nicht nachvollziehbar, weshalb dem Beschwerdeführer keine anderen Tätigkeiten möglich sein sollten. So hat er vor der Gründung seiner Firma F.____ über Jahre hinweg verschiedenste unselbstständige Erwerbstätigkeiten ausgeübt und verfügt somit über eine Berufserfahrung in diversen Tätigkeitsbereichen (vgl. E. II. 10.1.2 hiervor). Die Ausübung einer anderen Tätigkeit und damit die Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit scheint dem Beschwerdeführer somit durchaus zumutbar. 13. Zusammenfassend steht dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 eine halbe Invalidenrente zu. Die Beschwerde ist daher teilweise gutzuheissen und die Verfügung vom 5. Mai 2020 in diesem Sinn abzuändern. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 14. Betreffend weiterer Beweismassnahmen ist auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162; 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da weder von dem durch den Beschwerdeführer beantragten Beizug der Akten des Unfallversicherers B.____ noch von der beantragten Parteibefragung (A.S. 24 unten) für den hier zu beurteilenden Zeitraum weiterführende Erkenntnisse zu erwarten sind, ist darauf zu verzichten. 15. Bei diesem Verfahrensausgang – teilweises Obsiegen – steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. 15.1 Nach der Rechtsprechung ist bei bloss teilweisem Obsiegen nur dann eine ungekürzte Parteientschädigung zuzusprechen, wenn die versicherte Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt. In Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente trifft dies zu, wenn nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (SVR 2011 IV Nr. 38 S. 112, 9C_580/2010 E. 4.1). Dahinter steht die Überlegung, dass eine «Überklagung» eine Reduktion der Parteientschädigung nicht rechtfertigt, soweit das Rechtsbegehren keinen Einfluss auf den Prozessaufwand ausübt (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407; Georg Wilhelm, in: Christian Zünd / Brigitte Pfiffner Rauber [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Aufl. 2009, § 34 GSVG N 8). Wird anstelle der beantragten Dauerrente lediglich eine auf einen vergleichsweise kurzen Zeitraum befristete Rente zugesprochen, ist eine anteilmässige Kürzung regelmässig angebracht, weil sich das Rechtsbegehren im Normalfall auf den Prozessaufwand auswirkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_478/2015 vom 12. Februar 2016 E. 5 [nicht publ. in BGE 142 V 106]). Weiter ist die Parteientschädigung auch insoweit zu reduzieren, als zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen beantragt worden sind, welchen nicht entsprochen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1). Im vorliegenden Fall wird die Beschwerde im Wesentlichen bezüglich des Leistungsbegehrens in Bezug auf die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente gutgeheissen. Entgegen der beantragten unbefristeten erhält der Beschwerdeführer indes eine befristete Invalidenrente. Deshalb ist es gerechtfertigt, die

Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als die weitergehenden Rechtsbegehren betreffend die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. med. E. ___ und das Valideneinkommen den Aufwand des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers erhöht haben. 15.1 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Roger Zenari, macht in seiner Kostennote vom 7. Oktober 2020 (A.S. 64 f.) einen Aufwand von 15.44 Stunden geltend. Aufgrund der vorliegenden Umstände rechtfertigt es sich, den geltend gemachten Aufwand pauschal um die Hälfte auf 7.72 Stunden zu reduzieren. Damit beträgt die Entschädigung bei einem Honoraransatz von CHF 250.00 CHF 1'930.00. Unter Berücksichtigung des geltend gemachten Aufwandes von CHF 60.90 und der MwSt von 7,7 % beläuft sich die Kostenforderung auf total CHF 2'144.20. Diese ist durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen. 15.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens rechtfertigt sich eine hälftige Aufteilung der Verfahrenskosten von total CHF 600.00. Folglich haben der Beschwerdeführer und die Beschwerdegegnerin je CHF 300.00 zu bezahlen. In Bezug auf den Beschwerdeführer werden diese mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 verrechnet und die zu viel geleisteten CHF 300.00 zurückerstattet.

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