

SO_GERICHTE VSBES.2020.87 vom 2. März 2022

SO Obergericht, 2022-03-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.87_d20220302

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.87 du 2 mars 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.87 del 2 marzo 2022

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1968 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich am 24. März 2009 unter Hinweis auf einen Sehnenabriss am Oberarm erstmals zum Bezug von Leistungen bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) an (IV-Nr. [Akten der IV-Stelle] 2). Im Austrittsbericht des B.____ vom 26. November 2008 (IV-Nr. 7.3, S. 4) wurde in diesem Zusammenhang unter anderem eine traumatische Supraspinatussehnenruptur rechts diagnostiziert. Mit Verfügung vom 3. September 2009 (IV-Nr. 18) verneinte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente.

1.2 Am 18. März 2011 meldete sich der Beschwerdeführer erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-Nr. 20). Als gesundheitliche Beeinträchtigung gab er Bandscheibenvorfälle, Rücken, Knie, Schulter, Tinnitus sowie eine chronische Nebenhöhlenentzündung an. Mit Verfügung vom 16. Juni 2011 (IV-Nr. 32) verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente. Zur Begründung wurde festgehalten, gemäss den Abklärungen bestehe bei adaptierter Belastung in der bisherigen Tätigkeit in der eigenen Firma keine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch Verweistätigkeiten mit geringer Rückenbelastung wären zu 100 % zumutbar. Betriebsinterne Prüfungen bezüglich strategischer Umgestaltung der Arbeitsaufgaben seien im Gange. Sollten diese scheitern und eine andere Erwerbstätigkeit in Betracht gezogen werden müssen, so könne allenfalls ein neues Gesuch für berufliche Massnahmen eingereicht werden. Aktuell seien berufliche Massnahmen nicht notwendig. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

1.3 Am 21. Januar 2016 meldete sich der Beschwerdeführer wiederum zum Bezug von Leistungen bei der Invalidenversicherung an. Er gab an, er leide an Knie-, Schulter-, Nasen-, Ohren- und Rückenbeschwerden (IV-Nr. 33.1). Mit Vorbescheid vom 29. Januar 2016 (IV-Nr. 34) teilte ihm die Beschwerdegegnerin mit, sie werde vor-aussichtlich nicht auf das neue Leistungsbegehren eintreten. Nachdem der Beschwerdeführer dagegen Einwände erhob und weitere Unterlagen eingereicht hatte (IV-Nr. 35, 41), veranlasste die Beschwerdegegnerin jedoch berufliche Massnahmen und holte schliesslich bei der Begutachtungsstelle C.____ ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie, Neurologie sowie Neuropsychologie ein. Das Gutachten wurde am 28. Juli 2018 erstattet (IV-Nr. 161.2). In der Folge reichte der Beschwerdeführer einen Bericht über eine ambulante Beurteilung durch Dr. med. D.____,

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 30. Oktober 2018 ein (IV-Nr. 188). Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin eine ergänzende Stellungnahme der Begutachtungsstelle C.____ vom 5. Februar 2019 (IV-Nr. 195) ein. Anschliessend stellte sie dem Beschwerdeführer ■ nach Einholung einer Stellungnahme von Dr. med. E.____, Praktische Ärztin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst der IV (RAD) vom 15. Februar 2019 (IV-Nr. 198) ■ mit Vorbescheid vom 20. Mai 2019 (IV-Nr. 199) in Aussicht, sie werde einen Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente verneinen. Der Beschwerdeführer liess dagegen am 12. Juni 2019 Einwände erheben (IV-Nr. 204) und einen Bericht von Prof. Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, spez. Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie, vom 30. Mai 2019 (IV-Nr. 204 S. 11 ff.) sowie einen Arbeitsvertrag vom 30. April 2019 (IV-Nr. 204 S. 14) einreichen. In der Folge wurden unter anderem Berichte des B.____, Memory Clinic, vom 13. Juni 2019 über eine Neurologische und Neuropsychologische Untersuchung sowie eine MR-Untersuchung des Neurocraniums vom 13. Juni 2019 (IV-Nr. 207 S. 5 ff.) und von Dr. med. G.____, Facharzt für Pneumologie und Innere Medizin FMH, vom 11. Oktober 2019 über eine pneumologische und schlafmedizinische Verlaufskontrolle (IV-Nr. 207 S. 3 f.) zu den Akten gegeben. Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin eine Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. H.____ vom 13. Januar 2020 ein (IV-Nr. 209). Anschliessend entschied sie mit Verfügung vom 24. März 2020 im Sinne des Vorbescheids und lehnte es ab, weitere Leistungen in Form von beruflichen Massnahmen oder einer Invalidenrente zu erbringen (IV-Nr. 213; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

2. Dagegen lässt der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 7. Mai 2020 (A.S. 6 ff.) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

Mit der Beschwerdeschrift werden ein Austrittsbericht der I.____ vom 25. April 2020 und ein Verlaufsbericht der Psychiaterin Prof. Dr. med. F.____, vom 29. April 2020 eingereicht.

3. Mit Eingabe vom 9. Juli 2020 (A.S. 28 f.) lässt der Beschwerdeführer einen Austrittsbericht der Klinik J.____, Schlafmedizin, vom 18. Juni 2020 auflegen.

4. Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 9. Juli 2020 auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde (A.S. 30).

5. Im weiteren Verlauf holt das Versicherungsgericht von Amtes wegen Unterlagen der K.____ über die dort ■ während des Aufenthalts in der I.____ ■ durchgeführte neuropsychologische Abklärung ein. Der Bericht über die dortige testdiagnostische Untersuchung (A.S. 43 f.) wird den Parteien mit prozessleitender Verfügung vom 8. Dezember 2020 zur Kenntnis zugestellt (A.S. 45).

6. Mit Verfügung vom 24. März 2021 (A.S. 54) wird bei Dr. med. L.____ (Innere Medizin, Fallführung), Dr. med. M.____ (Psychiatrie), M. Sc. N.____ und Prof. O.____ (Neuropsychologie), Dr. med. P.____ (Schlafmedizin) und Prof. Q.____ (Hals-Nasen-Ohren; HNO), alle von der R.____ Begutachtung, ein polydisziplinäres Gutachten veranlasst. Das Gutachten ergeht am 14. Dezember 2021 (A.S. 59 ff.).

7. Mit Stellungnahmen vom 18. Januar 2022 und 7. Februar 2022 lassen sich die Parteien dazu abschliessend vernehmen.

8. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen.

II.

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

E. 2

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine 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.

2.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

E. 3

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

E. 4

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

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Einem durch den Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte ist nach der Rechtsprechung voller Beweiswert zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 365 E. 4.4 S. 469 f. mit Hinweis).

4.3 Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung ■ vorliegend 24. März 2020 ■ in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2, 105 V 161 f. E. 2d).

E. 5

5.1 Der Beschwerdeführer bringt vor, die Gutachter der C.____ hätten in der interdisziplinären Beurteilung ausgeführt, er könne sowohl im Bettenfachgeschäft als auch als Angestellter bei der Firma S.____ 8,5 Stunden pro Tag arbeiten; möglich seien leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten. Dabei sei unter anderem auch davon ausgegangen worden, dass im Bettenfachgeschäft nur in geringem Umfang schwere Arbeiten anfielen (vgl. interdisziplinäre Begutachtung, S. 7). Dies entspreche jedoch so nicht den Tatsachen. Laut der Beurteilung des ehemaligen Arbeitgebers seien die im Rahmen der dortigen Tätigkeit ausgeführten Arbeiten zu 90 % handwerklicher und nur zu 10 % administrativer Art. Zu den konkreten Aufgaben des Beschwerdeführers hätten unter anderem die Vornahme von Reparaturen, die Annahme und Kommissionierung von Waren, die Vornahme von Umzügen mit schweren Lasten, die Spezialanfertigung von Bettgestellen sowie das Be- und Entladen von Fahrzeugen gehört. Daher könne entgegen der gutachterlichen Annahme gerade nicht davon ausgegangen werden, dass dem Beschwerdeführer eine berufliche Tätigkeit in seinem angestammten Beruf uneingeschränkt möglich sei. In Kenntnis der tatsächlichen Tätigkeit im Bettenfachgeschäft sei evident, dass der Beschwerdeführer diese nicht mehr ausüben könne. Im Weiteren sei selbst für die physisch einfachere Tätigkeit bei der Firma S.____ keine volle Leistungsfähigkeit gegeben. Dies bestätige auch die Arbeitgeberin, wie deren Schreiben vom 23. Oktober 2018 entnommen werden könne. Daher könnten die hiervon abweichenden gutachterlichen

Feststellungen nicht nachvollzogen werden. Auch könne nicht nachvollzogen werden, weshalb sich die Leistungseinschränkung von 15 % nur auf die bisherige Tätigkeit im Bettenfachgeschäft und nicht auch auf eine Tätigkeit in einer angepassten Tätigkeit beziehen solle. Vor dem Hintergrund, dass es sich bei der Einschränkung um eine solche im kognitiven Bereich (vermindertes Kurzzeitgedächtnis, Verlangsamung der Auffassung bei komplexeren Aufgabenstellungen, schnelle Ermüdbarkeit, schlechte Konzentration, verminderte Lernfähigkeit) handle, müsse vielmehr davon ausgegangen werden, dass diese sich gerade bei kognitiv anstrengenden Arbeiten wie beispielweise administrativen Tätigkeiten oder Büroarbeiten mehr auswirke als bei rein körperlichen oder mechanischen Verrichtungen. Insofern könnten auch hier die gutachterlichen Feststellungen nicht nachvollzogen werden. Zudem würden die Voraussetzungen einer angepassten Tätigkeit von den Gutachtern unterschiedlich definiert. So gehe der neuropsychologische Gutachter davon aus, dass eine angepasste Tätigkeit kürzere, konzentrativ weniger anspruchsvolle Aufgaben mit verlängerter Bearbeitungszeit, klaren Instruktionen und dem Einsatz von Checklisten umfasse (vgl. neuropsychologisches Teilgutachten, S. 10). Er stelle weiter fest, dass Einschränkungen auch in der angestammten Tätigkeit bestünden, äussere sich jedoch nicht abschliessend zu der Frage, ob die tatsächliche Tätigkeit des Beschwerdeführers bei S.____ diesen Vorgaben entspreche und daher als angepasste Tätigkeit qualifiziert werden müsse, oder ob auch hier ein weiterer Abzug vorgenommen werden müsse. Auch die interdisziplinäre Beurteilung nehme insoweit keinen Abzug vor. Daher müsse hier von einer unzureichenden Ermittlung des Sachverhalts ausgegangen werden. Gegen eine volle Leistungsfähigkeit in einer vermeintlich angepassten Tätigkeit wie derjenigen bei der S.____ AG spreche auch, dass die Arbeitgeberin ebenfalls auf eine stark reduzierte Leistungsfähigkeit, eine schnelle Ermüdbarkeit sowie eine Unkonzentriertheit hinweise. Zudem seien die Hörbeeinträchtigungen des Beschwerdeführers nicht ausreichend gewürdigt worden. Insbesondere höre er gerade bei Umgebungsgeräuschen sehr wenig und leide unter dem Tinnitus, der das Hören zusätzlich erschwere. Vom Hörgeräteakustiker sei ihm Anfang 2020 eine Hörleistung trotz Hörgeräteversorgung von allenfalls noch 65 % bescheinigt worden. Dennoch sei keine Erkrankung auf allgemeinmedizinisch-internistischem Gebiet diagnostiziert und es sei die Hörminderung nicht als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beschrieben worden, obwohl beispielsweise der neuropsychologische Gutachter in der klinischen Beobachtung ein auffälliges Instruktionsverständnis sowie als dessen Ursache die Hörschwierigkeiten beschreibe (vgl. neuropsychologisches Teilgutachten, S. 7). Auch beim Jobcoaching seien mehrfach Verständigungsprobleme sowie Schwierigkeiten beim Verstehen aufgrund der Hörbehinderung beklagt worden (vgl. Bericht T.____ vom 14. Dezember 2018). Insofern müsse von tatsächlich nachteiligen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Vonseiten des Hörgeräteakustikers sei zudem bestätigt worden, dass die Hightech-Hörgeräte an ihre Grenzen stiessen und hier auch bei einer Anpassung der Einstellungen keine Besserung mehr erwartet werden könne. Sodann sei dem Beschwerdeführer von der IV mit Mitteilung vom 29. Mai 2019 nun auch eine Kostengutsprache für ein Spezialtelefon erteilt worden, was ebenfalls darauf hindeute, dass es tatsächlich durch die Hörminderung negative Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gebe. Sodann sei der Schlafapnoe und der damit verbundenen Müdigkeit keine ausreichende Beachtung geschenkt worden. Insofern müsse ebenfalls von unzureichenden gutachterlichen Feststellungen ausgegangen werden. Des Weiteren bestünden hinsichtlich des psychiatrischen Teilgutachtens erhebliche Bedenken, was die Schlüssigkeit der darin

enthaltenen Feststellungen betreffe. Insbesondere erscheine die Angabe von Dr. med. U.____, wonach das Medikament Tramadol deutlich unterdosiert sei, nicht haltbar. Dr. med. D.____ habe hierzu ausgeführt, dass der Medikamentenspiegel auch von der Metabolisierung abhängt, die individuell unterschiedlich ausgeprägt sein könne, wobei nie abgeklärt worden sei, welcher Metabolisierungstyp der Beschwerdeführer sei, sodass vorliegend keine sicheren Rückschlüsse aus der Medikamentenkonzentration gezogen werden könnten. Auch die gutachterliche Ablehnung einer psychiatrischen Diagnose und der Verweis auf rein psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) sowie der Ausschluss des Vorliegens einer somatoformen Schmerzstörung überzeugten in dieser Form nicht. Insbesondere sei von Dr. med. U.____ hier kein Bezug zur vorliegenden ADHS hergestellt und vielmehr eine mögliche Aggravation angenommen worden. Nach den Angaben von Dr. med. D.____ könnten jedoch gerade auch eine gestörte Körperwahrnehmung sowie ein Überspielen der Schmerzen, das wie eine Simulation wirke, ein Ausdruck der bestehenden ADHS-Erkrankung sein. Damit müsse davon ausgegangen werden, dass beim Beschwerdeführer als psychiatrische Diagnose eine ADHS festgestellt werden könne. Insofern seien die hiervon abweichenden, gutachterlichen Feststellungen nicht nachvollziehbar. Zudem sei im Mai 2019 von der behandelnden Psychiaterin, Prof. Dr. med. F.____, die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode ohne somatische Symptome gestellt worden. Auch diese Diagnose könne nicht mit den blanden Diagnosen des Gutachters in Einklang gebracht werden und lasse deutliche Zweifel an der Richtigkeit und Vollständigkeit der gutachterlichen Feststellungen aufkommen. Hierzu müsse betont werden, dass sich der Beschwerdeführer vom 7. Januar bis zum 18. April 2020 in stationärer Behandlung in der I.____ befunden habe. Es sei dort die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, einer chronischen Schmerzstörung sowie einer ADHS im Erwachsenenalter gestellt worden. Zudem sei die Verdachtsdiagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung erhoben worden. Da die Diagnose durch eine ausführliche Testung erstellt und erhärtet worden sei, könnten die hiervon abweichenden gutachterlichen Feststellungen, die das Vorliegen einer ADHS verneinten, nicht nachvollzogen werden. Im aktuellen Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 18. Juni 2020 werde als Diagnose ebenfalls eine schwere ADHS festgehalten, die nach den vorgenommenen Abklärungen auch als Ursache der Schlafproblematik und der daraus resultierenden erheblichen Störung der psychomotorischen Vigilanz angesehen werden müsse. Auch dieser Befund bzw. diese gesundheitliche Entwicklung hätte bei Verfügungserlass noch berücksichtigt werden müssen, da sie bereits vor Verfügungserlass eingetreten sei. Durch die Beschwerdegegnerin seien der stationäre Aufenthalt jedoch nicht berücksichtigt und auch auf das Wiedererwägungsgesuch des Beschwerdeführers hin die angegriffene Verfügung nicht aufgehoben worden. Zudem sei im psychiatrischen Teilgutachten die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung nicht bestätigt und keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert gestellt worden. Diese Einschätzung stehe im diametralen Gegensatz zur Einschätzung der behandelnden Ärzte, die den Beschwerdeführer seit Jahren behandelten und aus vielen Therapiesitzungen kannten. Von der behandelnden Psychiaterin seien hierzu nochmals ausführliche Testungen vorgenommen worden, die die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, ängstlich-vermeidenden und abhängigen sowie perfektionistischen Zügen im Ergebnis bestätigt hätten. Somit stehe das psychiatrische Teilgutachten auch im Widerspruch zu diesen Befunden und Ergebnissen der Testung. Zudem müsse auch nach Vornahme einer Indikatorenprüfung von einem

invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgegangen werden. Wenn der RAD sodann in seiner Stellungnahme vom 13. Januar 2020 davon ausgehe, dass das Tramal abgesetzt worden sei und eine Schmerzbehandlung nur noch mittels Novalgin vorgenommen werde, so sei dies ebenfalls falsch. Tatsächlich nehme der Beschwerdeführer täglich 6 ■ 8 x Novalgin ein und Tramal ebenfalls, jedoch nur bei Bedarf. Allein mit Novalgin könne nur eine Schmerzreduktion auf VAS 4-5 erreicht werden, jedoch keine vollständige Schmerzfreiheit. Die Umstellung von Tramal weg auf Novalgin sei vor allem mit Blick auf die unter Medikation mit Tramal nicht mehr vorhandene Fahrfähigkeit vorgenommen worden. Des Weiteren hätte bei Vornahme eines Einkommensvergleichs angesichts der gutachterlich bestätigten Einschränkungen und des reduzierten Zumutbarkeitsprofils ein leidensbedingter Abzug vorgenommen werden müssen. Nach der hierzu ergangenen Rechtsprechung sei ein Abzug vom Tabellenlohn insbesondere bei einem vorgerückten Alter des Arbeitnehmers, einer bisherigen beruflichen Tätigkeit einzig im erlernten Berufsbereich sowie einer reduzierten Leistungsfähigkeit vorzunehmen (vgl. Urte. 9C_236/2014 vom 29. September 2014). Dafür spreche auch, dass der Beschwerdeführer im Vorbescheid nach TA1, Kompetenzniveau 3, eingeordnet worden sei, so dass vorliegend von ihm in seinem angestammten Beruf nicht nur einfache Tätigkeiten körperlicher und handwerklicher Art, sondern darüber hinausgehende Arbeiten im Bürobereich bzw. komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzten, erwartet worden seien. Insofern erschliesse sich erst recht nicht, weshalb bei derart komplexen Aufgabenstellungen keine kognitive Leistungseinschränkung bestehen solle und weshalb es sich bei der Tätigkeit des Beschwerdeführers vor der oben genannten Beschreibung seiner Leistungsfähigkeit überhaupt um eine angepasste Tätigkeit handeln solle. Tatsächlich entspreche die mit komplexen Strukturen und Aufgabenstellungen verbundene Tätigkeit gerade nicht dem erstellten Zumutbarkeitsprofil, das ausweislich des neuropsychologischen Gutachtens kürzere, konzentrativ weniger anspruchsvolle Aufgaben mit verlängerter Bearbeitungszeit, klaren Instruktionen und dem Einsatz von Checklisten umfassen müsse. Insofern erscheine die Vornahme eines leidensbedingten Abzugs zwingend notwendig. Es sei von der Rechtsprechung bereits allein für die Notwendigkeit einer Wechselbelastung ein Abzug von 10 % vorgenommen worden (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2010, 8C_548/2010), ohne dass hier auch bereits eine reduzierte kognitive Leistungsfähigkeit allgemein sowie die Notwendigkeit von leichten Arbeiten in rückschonender Haltung berücksichtigt worden seien. Hinzu komme, dass der Beschwerdeführer derzeit bereits 51 Jahre alt sei, sodass angesichts des fortgeschrittenen Alters hier ein höherer als nur 10%iger Abzug gerechtfertigt erscheine. Sofern ein Einkommensvergleich vorgenommen werde, hätte dann zur Ermittlung des Invalideneinkommens nicht auf das bisherige Einkommen, sondern auf die Werte nach LSE abgestellt werden müssen. Tatsächlich müsse nach obigen Darstellungen davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr tätig sein könne und daher in einer angepassten Tätigkeit allenfalls nach LSE 2014 TA1 Total Männer Kompetenzniveau 1 ein Einkommen von allenfalls CHF 66■791.00 (CHF 5■340.00 / Monat hochgerechnet auf 41,7 h Woche) erzielen könnte. Da der Beschwerdeführer zudem seine Teilzeitstelle bei der V. ___ wieder verloren habe, hätte auf die Tabellenwerte nach LSE abgestellt und dabei dann auf die Monatslöhne gemäss LSE-Tabelle TA1, «Total Privater Sektor», abgestützt werden müssen (vgl. Urteil 8C_458/2017 vom 6. August 2018 E. 6.2.3). Von der Rechtsprechung sei dabei auch bereits entschieden worden, dass bei versicherten Personen, die nach Eintritt eines

Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten könnten, vom Totalwert im niedrigsten (und am schlechtesten bezahlten) Anforderungsniveau 4 auszugehen sei (vgl. Urteil 8C_18712015 vom 20. Mai 2015). Stelle man das Valideneinkommen von CHF 90'010.00 dem so ermittelten Invalideneinkommen von CHF 66'791.00 gegenüber und nehme hierbei noch einen leidensbedingten Abzug von 20 % vor, so ergebe sich allenfalls ausgehend selbst von einer 100%igen Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ein Invalideneinkommen von CHF 53'432.80, eine Einkommensdifferenz von CHF 36'577.20 und ein IV-Grad von 41 %. Nehme man hingegen eine nur 50%ige Leistungsfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit an, wie dies oben postuliert werde, so ergebe sich sogar eine Einkommensdifferenz von CHF 63'293.60 und ein IV-Grad von 70 %.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer in einer körperlich geeigneten Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufweise. Es wäre ihm somit möglich und zumutbar, weiterhin ein Renten ausschliessendes Einkommen zu erwirtschaften, würden die Gutachter doch davon sprechen, dass bei uneingeschränkt möglicher Arbeitszeitpräsenz eine Leistungsfähigkeit von 85 % sogar in seiner angestammten Tätigkeit bestehe. Damit entspreche der Invaliditätsgrad maximal dieser Einschränkung von 15 %. Es könne somit auf einen eigentlichen Einkommensvergleich verzichtet werden. Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege, bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Berufliche Massnahmen seien nicht (mehr) angezeigt. Mit Blick auf die RAD-Stellungnahme vom 13. Januar 2020 verfange die Kritik des Beschwerdeführers am Administrativgutachten nicht. Hinsichtlich Anamnese, Befund und Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie hinsichtlich der Begründung der daraus gezogenen Schlussfolgerungen gebe dieser gutachterliche Bericht hinreichend Auskunft. Widersprüche zwischen den erhobenen Befunden und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen seien nicht erkennbar. Zudem seien die darin enthaltenen Feststellungen und Beurteilungen einsichtig und verständlich gemacht worden. Auf den Bericht könne folglich in Übereinstimmung mit dem RAD abgestellt werden (BGE 125 V 351 E. 3a). Der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit zu 85 % arbeitsfähig. In dieser Konstellation stelle sich die Frage nach einem allfälligen Tabellenlohnabzug nicht (mehr). Weitere berufliche Massnahmen seien nicht zielführend, da sich der Beschwerdeführer nicht im von Seiten der Gutachter attestierten Ausmass arbeitsfähig fühle. In diesem Zusammenhang sei darauf zu verweisen, dass er sich eine weitere Erhöhung seines Pensums beim Trainingsarbeitsplatz nicht zugetraut habe, weshalb diese Eingliederungsmassnahme habe beendet werden müssen. Auch bei einer Erwerbseinbusse von 20 % wäre zufolge (teilweise) fehlender subjektiver Eingliederungsbereitschaft kein Anspruch auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen ableitbar, zumal der Beschwerdeführer während einer angemessenen Zeit durch die berufliche Eingliederung unterstützt worden sei. Bei der Stellensuche sei zudem keine besondere Unterstützung durch die Invalidenversicherung erforderlich, was sich auch daran zeige, dass er selbständig eine Teilzeitanstellung habe finden können.

6. Streitig und zu prüfen ist somit, ob es die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung vom 24. März 2020 zu Recht abgelehnt hat, dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente zuzusprechen. Aufgrund der gestellten Rechtsbegehren hat die in der Verfügung vom 24. März 2020 ebenfalls enthaltene Verweigerung weiterer beruflicher

Massnahmen als nicht angefochten zu gelten. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Ablehnungsverfügung ■ vorliegend am 16. Juni 2011 ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 24. März 2020 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

6.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen ursprünglichen Verfügung vom 16. Juni 2011 erfolgte die Verneinung des Rentenanspruchs durch die Beschwerdegegnerin nicht aufgrund einer Sachverhaltswürdigung der medizinischen Unterlagen, sondern aufgrund der Erhebungen aus dem Intake-Gespräch vom 12. April 2011 (IV-Nr. 27), wonach der Beschwerdeführer bei seiner damaligen Arbeitgeberin, W.____, in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig und auch arbeitstätig sei. Es ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Verfügungszeitpunkt mit den damals bereits bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu 100 % arbeitsfähig und eingegliedert war.

6.2 Bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. März 2020 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

6.2.1 Im Bericht betreffend Arthro-MRI des Schultergelenks links vom 3. August 2012 (IV-Nr. 33.2, S. 10) wurde zur Beurteilung ausgeführt:

6.2.2 Im Bericht betreffend MRI der LWS vom 8. April 2015 (IV-Nr. 33.2, S. 12) wurde folgender Befund festgehalten: «Multisegmentale Unregelmässigkeiten der Abschlussplatten wie beim abgelaufenen Morbus Scheuermann; Streckfehlhaltung der Lendenwirbelsäule mit dem Eindruck auf begleitender linkskonvexer Beugung des thorakolumbalen Übergangs; aktivierte Osteochondrose auf Höhe von LWK 4/5 mit begleitender minimaler dorsaler Diskusvorwölbung etwas linksseitig betont. Begleitend Facettengelenk mit linksseitiger Betonung, konsekutive Tangierung und Verdacht auf Irritation der linken L5-Nervenwurzel im intraspinalen Verlauf. Facettengelenkshypertrophie. Keine Spinalkanaleinengung oder Nervenwurzelirritation. Aktivierte Osteochondrose auf Höhe von LWK5 / SWK1 mit begleitender links mediolateraler dorsaler Diskusvorwölbung, zusätzlich ergebe sich der Eindruck auf vermehrte Venarbnungen im linken Recessus lateralis mit konsekutiver Komprimierung der linken S1-Nervenwurzel im intraspinalen Verlauf. Facettengelenkshypertrophie; linksseitige Laminektomie von LWK5. Interspinosum Interponat auf Höhe von LWK5 / SWK1.»

6.2.3 Im Bericht des B.____ vom 27. Januar 2016 (IV-Nr. 35, S. 4) wurde folgende Diagnose gestellt:

Die Röntgenuntersuchung sowie auch die MRT-Untersuchung, welche in der Zwischenzeit durchgeführt worden seien, zeigten die oben genannte Situation mit insgesamt recht guter Korrelation mit den Beschwerden des Beschwerdeführers. Die interspinöse Distraction funktioniere in dieser Form nicht mehr, die Dornfortsätze seien arrodirt und das Implantat sei in die Dornfortsätze eingesunken, eine relevante Distraction sei hier nicht mehr zu verzeichnen. Als Nebenprodukt dieser OP-Methode sei es jetzt zu einer Hyperpression im interspinösen Bereich L4/5 gekommen, dies könnte man hier als Morbus Baastrup werten und sei ebenfalls für Schmerzen in Reklination gut erklärt. Die ausstrahlenden Schmerzen in das linke Bein seien aufgrund der erheblichen rezessalen und foraminaalen Stenose auf

der linken Seite in der Etage L5/S1 erklärt, hier sei einerseits eine Hypertrophie des Facettengelenkes vorliegend, auf der anderen Seite auch eine Diskusprotrusion. Es gebe eigentlich keine anderen Möglichkeiten mehr als die operative Indikation, in diesem Falle müsse eine Zwei-Etagen-Fusion L4 ■ S1 durchgeführt werden.

6.2.4 Im Bericht des X.____ Allergologisch-Immunologische Poliklinik, vom 28. November 2016 (IV-Nr. 79, S. 8) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Wahrscheinlich sei die Ursache der seit Jahren-bestehenden, chronischen Rhinosinopathie multifaktoriell. Eine Atopie bestehe wahrscheinlich keine. Hingegen könne basierend auf die immunologischen Untersuchungen eine gewisse Immun-Dysbalance konstatiert werden, welche sich hauptsächlich auf dem Niveau der Antikörper abspiele. Quantitativ, abgesehen von einer leichten Verminderung der IgG3-Subklasse, lägen die restlichen Immunglobulin-Werte durchwegs im Referenzbereich. Dass aber eine Dysbalance, respektive Immunschwäche bestehe, werde ferner durch die Verminderung der Memory-B-Zellen im peripheren Blut angedeutet. Wichtig aber sei, dass das Asthma adäquat behandelt werde.

6.2.5 Im Bericht des Y.____ über die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vom 18. August 2017 (IV-Nr. 95) wurde ausgeführt, die Tätigkeit als Schreiner / Monteur sei nicht zumutbar. Die Anforderungen seien zu hoch. Es bestünden die folgenden speziellen Einschränkungen: Heben: Boden zu Taillenhöhe max. 17,5 kg, Taillenhöhe zu Kopfhöhe max. 12,5 kg, Horizontal max. 25,5 kg, Knien manchmal, vorgeneigt Stehen manchmal, Sitzen lang manchmal. Zumutbar seien leichte bis mittelschwere Arbeiten. Spezielle Einschränkungen: Heben Boden zu Taillenhöhe max. 17,5 kg, Heben Taillen-zu Kopfhöhe max. 12,5 kg, Heben horizontal max. 25,5 kg, Tragen rechts max. 15 kg, Tragen links max. 12,5 kg, Tragen vorne 20 kg. Folgende Anforderung seien manchmal zumutbar: Arbeit über Schulterhöhe, vorgeneigt Stehen, Rotation im Stehen und Sitzen, wiederholte Kniebeugen, Sitzen lang, Stehen an Ort, Gehen, Stossen, Leiter steigen. Da eine Rückkehr an die bisherige Arbeit nicht mehr möglich sei, werde die Versicherung feststellen, ab wann die faktische Arbeitslosigkeit gelte. Eine mittelschwere Tätigkeit wäre ab sofort möglich.

6.2.6 Der behandelnde Psychiater Dr. med. Z.____ stellte in seinem Bericht vom 28. August 2017 (IV-Nr. 144, S. 6) folgende Diagnosen:

Beim Beschwerdeführer habe sich eine schwere innere Problematik, wie schon erwähnt in der Form von Insuffizienzgefühlen und damit kompensatorisch hohen Idealvorstellungen an sich selbst, aufgrund der narzisstischen Neurose gezeigt. Die schweren psychosozialen Belastungen (Verlust des eigenen Geschäftes, bzw. des Arbeitsplatzes mit schwieriger Stellensuche, bzw. Wiedereingliederung durch die IV; objektivierbares chronisches Rückenleiden mehrfach operiert mit körperlichen Einschränkungen, therapieresistenten Schmerzen und ungewisser Prognose) hätten bei ihm jeweils grosse Kränkungen ausgelöst. Diese führten immer wieder zu Krisensituationen mit Zukunftsängsten und Depressionen. Dabei falle es ihm besonders schwer, seine körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt zu sehen, da er zuvor Spitzenleistungen im Beruf vollbracht gehabt habe, die nun nicht mehr möglich seien. Diese Krisensituationen müssten immer wieder durch engmaschige psychotherapeutische Interventionen aufgefangen werden, da der Beschwerdeführer in solchen Phasen in grösste Selbstzweifel gerate mit der Gefahr von selbstgefährlichen Handlungen.

6.2.7 Im Bericht der Orthopädie AA.____ vom 4. Dezember 2017 (IV-Nr. 106, S. 5) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Vom 28. Juni 2016 bis 13. September 2016 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der Beschwerdeführer leide aktuell unter Lumboischialgien, welche in beide Beine ausstrahlten. Dies sei bereits von längerer Dauer und aktuell sei er deshalb auch in der IV-Abklärung. Er habe Schmerzen, welche von der Lendenwirbelsäule nach gluteal und in die dorsalen Oberschenkel bis auf Höhe der Knie ausstrahlten. Intermittierend verspüre er zudem Kribbelparästhesien. Nachts wache er manchmal von einer einschiessenden Schmerzsymptomatik auf. Aktuell sei er im AB.____ in Behandlung und nehme eine Medikation mit Tramal ein. Dies helfe ihm, das Schmerzniveau zu halten. Liegende Position helfe ihm am meisten, ansonsten sei eine alternierende Tätigkeit mit Sitzen und Stehen von Vorteil. Eine Infiltration der Facettengelenke im Juni 2017 habe ihm geholfen, er verspüre nun besonders links aber wieder eine Zunahme der Schmerzhaftigkeit. Er präsentiere sich mit Lumboischialgien beidseits von längerer Dauer. Klinisch und MR-tomographisch zeige sich kein neuer Befund bei bereits vorhandenen Degeneration des Anschlusssegmentes L4/5 und eine bekannte, nicht progrediente Discushernie L4/5. Die Schmerzsymptomatik könne teilweise durch die Degeneration der Anschlusssegmente erklärt werden, jedoch bestehe sicherlich auch eine chronifizierende Komponente. Eine operative Therapiemöglichkeit bei dieser Symptomatik sehe man aktuell nicht. Es werde weiterhin eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit empfohlen (Heben ca. 15 kg). Es sollten hier alternierende Tätigkeiten mit Sitzen und Stehen durchgeführt werden. Förderlich wäre dabei sicherlich eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes. Es könnte dadurch die Arbeitsfähigkeit erhöht werden.

6.2.8 Im Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ vom 28. Juli 2018 (Fachrichtungen: Orthopädie, Psychiatrie, Neurologie, Allgemeine Medizin, Neuropsychologie; IV-Nr. 161.2) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Zur Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten seien dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Möglich sei in Betrachtung des Wirbelleidens eine leicht bis mittelschwere körperliche Arbeit. Wirbelsäulenhaltungsmonotonien und lange statische Belastungen der Wirbelsäule, insbesondere Belastungen der Wirbelsäule ausserhalb der Körperachse, seien ungünstig. Aufgrund der rechtsseitigen Schulterbefunde seien dem Versicherten schultergelenkbelastende Arbeiten und hier insbesondere mehr als gelegentliche Arbeiten in Abduktion oder Anteversion der rechten Schulter über 90° nicht mehr zumutbar. Betreffend das rechte Kniegelenk seien dem Versicherten Tätigkeiten mit endgradiger Beugung im Gelenk und Tätigkeiten im Knien nicht mehr zumutbar. Zudem seien überwiegend im Stehen und Gehen zu erbringende Tätigkeiten, häufiges Stehen und Gehen im unebenen Gelände und das Steigen auf Leitern und Gerüste sowie häufiges Treppensteigen nicht mehr zu empfehlen. Festsustellen seien leichte kognitive Einschränkungen, welche geringe Beeinträchtigungen bedingten: Der Beschwerdeführer habe etwas mehr Mühe als durchschnittlich, eine übliche Menge an Informationen (z.B. Instruktionen) für eine kurze Zeit im Gedächtnis zu halten, eine übliche Menge an neuen Informationen zu lernen, zu behalten, frei zu erinnern und wiederzuerkennen. Bei konzentrativ anspruchsvolleren

Aufgaben sei er etwas langsamer. Er entwickle etwas weniger eigene Ideen, lasse sich durch widersprüchliche Informationen etwas stärker stören. Er ermüde subjektiv rasch. Diese leichten Einschränkungen könnten in der Tätigkeit lediglich eine leichte Minderung der Arbeitsfähigkeit (im Sinne von Leistungsminderung bei ganztägiger Präsenz) um maximal 15 % erklären. Medizinisch zumutbar seien jedoch eher kürzere, konzentrativ weniger anspruchsvolle Aufgaben oder aber etwas mehr Zeit für deren Bearbeitung. Anzunehmen seien längere Lernzeiten und etwas längere Einarbeitungszeiten. Notwendig seien klare Instruktionen. Checklisten könnten hilfreich sein. Bei solchen Tätigkeiten bestünden auch unter Berücksichtigung der kognitiven Störungen keine Einschränkungen der quantitativen Arbeitsfähigkeit (sowohl hinsichtlich Leistungsfähigkeit als auch betreffend Arbeitspräsenzfähigkeit). Unter Zugrundelegung der Mini-ICF-APP mit 13 zu beurteilenden Fähigkeiten ergebe sich beim Versicherten keine Fähigkeitsstörung. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führten die Gutachter aus, der Versicherte könne sowohl selbständig erwerbend im Bettenfachgeschäft als auch als Angestellter bei S.____ in einer Bürotätigkeit, wie nun zuletzt, 8,5 Stunden pro Tag arbeiten. Seine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum sei dabei reduziert um den Anteil der anfallenden schweren körperlichen Arbeit. In geringem Umfang seien im Bettenfachgeschäft schwere Arbeit angefallen, bei S.____ im Büro fielen keine schweren Tätigkeiten an. Die neuropsychologisch festzustellenden leichten kognitiven Einschränkungen multi-faktorieller Genese bedingten eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Versicherten in der angestammten Tätigkeit um maximal 15 %. Gesamtwertend addierten sich die Einschränkung keine schwere körperliche Arbeit mehr verrichten zu sollen und das Bestehen der leichten kognitiven Einschränkungen prozentual nicht, sondern würden einander beinhalten. Somit sei bei uneingeschränkt möglicher Arbeitszeitpräsenz eine Leistungsfähigkeit von 85 % in der Tätigkeit eines selbständigen Kaufmanns eines Bettenfachgeschäfts gegeben. Uneingeschränkt seien Arbeitszeitpräsenz und Leistungsfähigkeit für die gegenwärtig ausgeübte Tätigkeit des Versicherten bei S.____. In einer ideal dem Leiden angepassten Tätigkeit bestehe für den Versicherten keine Einschränkung der möglichen täglichen Arbeitszeitpräsenz und keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Die Teilarbeitsunfähigkeiten hinsichtlich des Unvermögens, schwere körperliche Arbeit zu verrichten, und der leichten kognitiven Einschränkungen addierten sich nicht. Während der im Rahmen des Betreibens des Bettenfachgeschäfts anfallenden schweren körperlichen Tätigkeiten kämen die leichten kognitiven Einschränkungen des Versicherten nicht zum Tragen. Neben der von orthopädischer Seite zu konstatierenden Einschränkung des Versicherten hinsichtlich schwerer körperlicher Arbeit seien aber nur leichte kognitive Einschränkungen bei dem Versicherten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit festzustellen. Weitere Arbeitsunfähigkeit begründende Diagnosen würden von keiner der am Gutachten beteiligten Fachdisziplinen gestellt.

6.2.9 In ihrem Bericht vom 30. Oktober 2018 (IV-Nr. 188, S. 2) hielt Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, da der Psychiater des Beschwerdeführers ferienabwesend gewesen sei, habe sie den Beschwerdeführer insgesamt zwei Stunden explorativ befragt und zuvor das Gutachten gelesen. Die im C.____-Gutachten aus neuropsychologischer Sicht erhärteten Hinweise, dass der Beschwerdeführer an einer ADHS leide (ev. Folge seiner Frühgeburt), würden deutlich sichtbar in seinem Umgang mit Stress. Dieses doch augenfällige Verhalten habe er möglicherweise, als er noch im Familienbetrieb tätig gewesen sei, zu kompensieren vermocht, indem ihm die anderen

Mitglieder entgegengekommen seien. Die aktuelle Belastung sei eine andere und nicht mehr kompensierbar. Da seien die Schmerzen, die Schmerzmedikation, die chronische Entzündung, das schwere, offensichtlich nicht adäquat behandelte Schlaf-Apnoe-Syndrom, das wiederum die zur Verfügung stehenden Medikamente einschränke. Zuletzt die Interaktion von sedierenden Medikamenten mit der noch diagnostizierbaren ADHS. Dadurch werde die Belastbarkeit / Ausdauer / Konzentration / Fahrtüchtigkeit nochmals reduziert. Bezüglich des Medikaments Tramadol, welches ein Opioid sei, sei festzuhalten, dass Personen mit einer bestimmten genetischen Variante eine schnelle Metabolisierung der Prodrug in Drug hätten, sodass die Opioidkonzentration schnell im Blut ansteige und auch schnell wieder abflauge. Bei den Slow - Metabolisierern sei alles umgekehrt. Die Metabolisierungsrate sei beim Beschwerdeführer nie abgeklärt worden. Die Gesundheitsstörung an der LWS sei stark beeinträchtigend und umfasse neben den Schmerzen auch die Nebenwirkungen der Opiode und von anderen Schmerzmitteln, sowie den Umgang mit und die Auswirkungen auf dem Boden der erwähnten kognitiven Beeinträchtigungen durch die ADHS-Symptomatik (Exekutivfunktionen). Alles in allem summiere sich das zu einer psychischen Belastung. Schwierigkeiten bei Einschränkungen der Exekutivfunktionen ergäben sich beim Beschwerdeführer in / bei Flexibilität, Selbstregulierung (Umgang mit Stress), Planung, Entscheidungsfindung. Dadurch komme es zu einem unorganisierten Verhalten oder kompensatorisch zu einer Überkompensation, rigidem unangepasstem Verhalten mit Beharren, das nur schwer an die Umgebungssituation angepasst werden könne. Bekannt seien ferner Stimmungsschwankungen (Suizidalität etc. im Gutachten erwähnt). Im Gutachten werde eine psychiatrische Erkrankung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung ausgeschlossen. Hier fehle der Bezug auf die veränderten Exekutivfunktionen im Rahmen der angenommenen ADHS. Genau hier würden sie vorausgesetzt, wo sie fehlten. Die schwere Tagesmüdigkeit könnte verschiedene Ursachen haben: Bei ADHS sei dies typisch, Kurzschlaf, weiter, weitermachen. Hinzu kämen die latenten Infektionsherde (Nase, Rücken), sowie das schwere Schlaf-Apnoe-Syndrom. Die Pseudo-Kamptokormie sei eine Körperhaltung. Hier werde eine Simulation unterstellt, deren medizinische Ursache nicht vorhanden sei (Parkinson). Inwieweit der gesamte Umgang mit Schmerzen etc. auch hier eine Entsprechung haben könnte, würde sie, Dr. med. D.____, nicht prinzipiell ausschliessen, da bei ADHS auch die Körperwahrnehmung, Motorik etc. (Basalganglien) veränderte Aktivität zeigten. Bekannt sei, dass ADHS-Patienten zwischenzeitlich Schmerzen vollständig überspielen. Das möge dann wirken, wie wenn er simulieren würde. Die chronische Vereiterung der Nebenhöhlen bis in die Stirne mit Polypenbildung habe eine ursächliche Wirkung auf die Schlafstörung und das Apnoe-Syndrom. Die Schlafstörungen wegen der Schmerzen, die beeinträchtigte Ausdauer / Geduld, die chronische Infektion, der enorm laute Tinnitus. Der Beschwerdeführer benötige eine extreme Aufmerksamkeit um zu verstehen, was gehört werde, und spreche laut. Er sehe sich genötigt, mit lautem Radio zu schlafen, um das hochfrequente Tinnitusgeräusch zu übertönen. All das schlage sich neben der Schlafstörung auf eine fehlende Vitalität tagsüber. Zusammenfassend seien die ADHS-Symptome beim Beschwerdeführer heute noch diagnostizierbar.

6.2.10 In seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2019 (IV-Nr. 195) führte der Psychiater Dr. med. AD.____, C.____, aus, beim Beschwerdeführer seien verschiedene Auffälligkeiten zu bemerken. Es hätten Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der bisherigen Inanspruchnahme von Behandlungen bestanden. Bei dem Versicherten sei ein nur geringer Leidensdruck trotz intensiver geschilderter Beschwerden erkennbar

gewesen. Schilderung intensiver Schmerzen bis zu VAS 10, aber vage und diffus beschriebene Beschwerden, Vermeidung inhaltlicher Festlegung. Die Modulierbarkeit der Beschwerden durch Ruhe, Aktivität, Tageszeit, Medikation, Behandlung und Ablenkung habe gefehlt. Die Angaben zum Krankheitsverlauf und den bisherigen Behandlungen seien unpräzise gewesen; es sei ein fast unmittelbarer Zusammenhang mit der beruflichen Aufgabe des Bruders aufgefallen. Eigene Massnahmen zu Krankheitsbewältigung hätten kaum vernommen werden können. Es sei aber ein appellativer, demonstrativer Beschwerdevortrag aufgefallen. Beim Versicherten könne keine relevante, versicherungsmedizinisch bedeutsame eigenständige psychiatrische Diagnose gestellt werden. Die Gutachter gingen von der ICD-10 Diagnose F54 aus. Auch hätten sich keine Hinweise auf eine somatoforme Störung ergeben, wie schon aus den Vorbefunden hervorgegangen sei. Neuropsychologisch sei im interdisziplinären Gutachten zwar eine leichte, jedoch für die Arbeitsfähigkeit kaum relevante kognitive Einschränkung festgestellt worden. Eine ADHS möge beim Versicherten in der Kindheit vorgelegen haben, gegenwärtig habe eine ADHS jedoch nicht bestätigt werden können. Die diesbezüglichen Äusserungen der Psychiaterin Frau D.____ müssten somit als nicht valide angesehen werden. Auch die fachfremde Aussage der Psychiaterin, es läge ein schweres Schlafapnoe-Syndrom vor, sei unrichtig. Gemäss polysomnographischer Untersuchung vom 5. und 6. Juni 2018 habe allenfalls ein leichtes Schlafapnoe-Syndrom nachgewiesen werden können, dies ohne klinische Relevanz. Trotz der Angabe von täglich regelmässiger Tramadoleinnahme gegen Schmerzen seien keine detektierbaren Medikamentenspiegel im Serum nachweisbar gewesen. Zusammenfassend könne speziell dem ärztlichen Bericht der Psychiaterin Frau D.____ fachlich und versicherungsmedizinisch nicht gefolgt werden. Eine versicherungsmedizinische Neu Beurteilung könne somit trotz Vorlage eines neuen psychiatrischen Berichtes nicht erfolgen, vielmehr müsse davon ausgegangen werden, dass die Ärztin über den aktuellen Zustand des Versicherten nicht hinreichend informiert sei oder die aktuellen Befunde nicht zur Kenntnis nehme.

6.2.11 Prof. Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 30. Mai 2019 (IV-Nr. 204) eine depressive Episode, aktuell mittelschwer ohne somatische Symptome (F32.19), sowie einen Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung. Zur Begründung führte Prof. Dr. med. F.____ aus, insgesamt ergäben sich vielfältige Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung mit Beginn in der frühen Jugend. Der Beschwerdeführer sei selbstunsicher und impulsiv, versuche es allen recht zu machen und erkenne seine Leistungsgrenzen nicht. Sein clowneskes Auftreten bestehe seit der Schulzeit; sein Jähzorn belaste die Beziehungen. Dies habe somatische Folgen im Bereich der Wirbelsäule sowie nach Hörstürzen in einem Tinnitus und einer Hörminderung gehabt. Wie der behandelnde Psychiater sehe sie, Prof. Dr. med. F.____, Hinweise für eine narzisstische Persönlichkeitsstörung mit Krankheitswert. Zudem weise der Beschwerdeführer aktuell eine depressive Episode auf. Für eine ADHS finde sich jetzt im Erwachsenenalter kein sicherer Hinweis. Bei komorbider Persönlichkeitsstörung sei diese Diagnose auch in der Kindheit fraglich. Medikamentös werde er aktuell mit 900 mg Johanniskraut sowie Schmerzmedikamenten behandelt. In Anbetracht der Symptomlast empfehle sie, Prof. Dr. med. F.____, den Wechsel auf ein synthetisches Antidepressivum.

6.2.12 Im Bericht der Memory Clinic des B.____ vom 13. Juni 2019 (IV-Nr. 206), unterzeichnet von einer Neurologin und einer Neuropsychologin, wurden folgende Diagnosen gestellt:

Im direkten Kontakt könne bei unauffälliger Kommunikation kein schwerwiegendes sprachliches Defizit festgestellt werden. Die detaillierte neuropsychologische Untersuchung zeige diesbezüglich und betreffend die Anamnese leichte bis mittelgradige Einbussen im Bereich der Aufmerksamkeit, in der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, im verbalen Gedächtnis und in den Exekutivfunktionen sowie leichte Einschränkungen im Benennen. Das Bild entspreche einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung. Die Ätiologie sei nicht ganz klar und höchstwahrscheinlich multifaktoriell. Einen wesentlichen Beitrag dürfte die affektive Symptomatik leisten. Laut anamnestischen Angaben über Schwierigkeiten mit Lernen in der Schule bei Frühgeburt sowie Wiederholen des Kindergartens und der ersten Klasse dürfte ein Teil der Beschwerden bereits prämorbid bestanden haben. Weiter dürften sich die Schmerzproblematik sowie die verminderte Schlafqualität (Atemprobleme, Durchschlafstörung) zusätzlich negativ auf die Hirnleistung auswirken. Im Vergleich mit dem neuropsychologischen Teilgutachten vom 6. Juli 2018 zeigten sich teilweise ähnliche Resultate (verbales Gedächtnis, Arbeitsgedächtnis), andere Leistungen seien jedoch aktuell deutlich schlechter (Aufmerksamkeitsfunktionen, Exekutivfunktionen). Eine mögliche Erklärung für die Diskrepanz wäre, dass der zweite Termin der aktuellen Testung an einem Nachmittag durchgeführt worden sei, wo eine deutlich verminderte Belastbarkeit und rasche Ermüdung aufgefallen seien. Die ergänzend diagnostisch durchgeführte MRI-Untersuchung des Hirns ergebe keinen richtungsweisenden Befund. Die dargestellte leichtgradige DD vaskuläre Leukencephalopathie könne nicht als läsiogene Ursache der festgestellten Beschwerden betrachtet werden. Zusammengefasst zeigten sich in den erhobenen Untersuchungen objektivierbare Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, eine leichtgradige DD vaskulär mikroangiopathisch bedingte Leukencephalopathie (bei vaskulären Risikofaktoren einer neu festgestellten Dyslipidämie und eines Zustandes nach Nikotinkonsum) sowie klinisch deutliche Hinweise auf eine depressive Episode mit symptomführender Adynamie und Antriebslosigkeit sowie genannten subjektiven kognitiven Störungen. Aufgrund der erhobenen Befunde sei symptomführend von einer kognitiven Störung im Rahmen einer psychoreaktiven Genese, DD bei manifester Depression auszugehen. Ein läsiogener und somit auch kausaler Zusammenhang der Beschwerden und der objektivierten kognitiven Einschränkung mit der dargestellten diskreten Leukencephalopathie sei nicht herzustellen. Gegebenenfalls wäre diagnostisch eine erneute Abklärung im Hinblick auf das bekannte Schlaf Apnoe Syndrom hinsichtlich weiterer therapeutischer Optionen zielführend.

6.2.13 Dr. med. G.____, Facharzt für Pneumologie FMH, führte in seinem Bericht vom 11. Oktober 2019 (IV-Nr. 207, S. 3) aus, nach Durchsicht der vom Beschwerdeführer mitgebrachten und der vorliegenden Akten komme er zum Schluss, dass die Diagnoseliste und die Reihenfolge der Diagnoseprioritäten nicht mehr aktuell seien. Er komme zu folgenden Diagnosen:

Aufgrund der Untersuchungen ergänzt mit Fragebogen und der Durchsicht der vom Beschwerdeführer mitgebrachten IV-Begutachtungsakten komme er, Dr. med. G.____, zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer für die Bestätigung der Diagnose 1 die wichtigste Untersuchung, nämlich eine Polysomnographie in einem Schlafkompetenzzentrum mit interdisziplinärer Beurteilung, fehle. Erfahrungsgemäss handle es sich bei dem Chronic Fatigue Syndrom um eine Ausschlussdiagnose und ein sehr komplexes Krankheitsbild. Typisch sei ein akuter postinfektiöser Beginn, wie dieser beim Beschwerdeführer nach septischem Krankheitsbild infolge Bauchabszess und Immundefektsyndrom, erfolgt sei.

Patienten die von Diagnose 1 (CFS) betroffen seien, würden mit einer 50%igen Wahrscheinlichkeit ihre Berufsfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) verlieren und in einem geringen Teil könne eine teilweise Arbeitsfähigkeit von 50 % oder weniger wieder erreicht werden. Empfohlenes Procedere: Weiterabklärung der Diagnose 1 (CFS) in einem schlafmedizinischen interdisziplinär geführten Kompetenzzentrum, zum Beispiel Klinik J.____, Prof. AF.____, oder X.____.

6.2.14 In ihrer Stellungnahme vom 13. Januar 2020 (IV-Nr. 209) hielt Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie FMH, RAD, fest, psychiatrischerseits würden neu eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (F32.0) und eine krankheitswertige narzisstische Persönlichkeitsstörung (F61) diagnostiziert. Weder die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode noch die Diagnose Persönlichkeitsstörung seien aus den klinischen Befunden im Bericht von Prof. Dr. med. F.____ nachvollziehbar. Die beobachteten, objektiven Befunde von Prof. Dr. med. F.____ korrelierten mit der gutachterlichen Beschreibung eines narzisstisch geprägten, exaltiert histrionisch wirkenden Exploranden. Die depressiven Symptome fänden sich nur in den subjektiven Angaben. Beide Diagnosen (Depression und Persönlichkeitsstörung) seien vom psychiatrischen Gutachter 2018 explizit verneint worden. Vom Pneumologen werde die Erschöpfbarkeit im Rahmen einer Myalgischen Enzephalopathie (ME) bzw. Chronic Fatigue Syndrom (CFS) gesehen. Die vermehrte Tagesmüdigkeit und Erschöpfbarkeit und die kognitiven Einbussen seien Gegenstand der gutachterlichen Abklärungen gewesen. Im Rahmen der neurologischen Beurteilung sei deshalb eine Polygraphie (Schlafabklärung) und eine neuropsychologische Abklärung durchgeführt worden. Die Polygraphie habe den Befund eines leichten obstruktiven Schlafapnoe Syndroms ergeben, die Neuropsychologie habe leichte, unspezifische neurokognitive Einbussen gezeigt. Vergleiche man die Anamnese des Versicherten bezüglich dieser Beschwerden anlässlich der Begutachtung mit seinen Angaben in der aktuellen neuropsychologischen Abklärung, sei keine relevante Zunahme erkennbar. Für die Beurteilung der Auswirkung dieser Symptome auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht die diagnostische Zuordnung entscheidend, sondern die funktionellen Einschränkungen, die sich daraus ergäben. Diese seien im Gutachten exploriert worden und in die Beurteilung eingeflossen. Die neurokognitiven Befunde hätten sich in der neuropsychologischen Testung gegenüber den Vorbefunden leicht verschlechtert. Wie die beurteilende Neurologin ausführe, sei von einer kognitiven Störung im Rahmen einer psychoreaktiven Genese auszugehen. Ein läsiogener und somit auch kausaler Zusammenhang der Beschwerden und der objektivierten kognitiven Einschränkung mit der dargestellten diskreten Leukencephalopathie sei nicht herzustellen. Unter Berücksichtigung der gutachterlichen Beurteilung der Konsistenz und Validität der Beschwerdepräsentation durch den Versicherten sei die durch die neuen Abklärungsberichte geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen. Die psychiatrische Beurteilung durch Prof. Dr. med. F.____ sei nicht schlüssig. Der Pneumologe interpretiere die vorbestehenden Beschwerden unter einem neuen diagnostischen Begriff, äussere sich aber weder zur funktionellen Auswirkung noch zur Arbeitsfähigkeit. Gegen eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes spreche auch, dass die vorgeschlagene Anpassung der medikamentösen Behandlung der «Depression» nicht erfolgt sei. Weder im Bericht der Memoryclinic noch im Bericht des Pneumologen fänden sich Hinweise auf eine Therapieumstellung der Antidepressiva. Die Schmerzmedikation sei angepasst worden, indem das Tramal (Opiod) durch Novalgin bei Bedarf ersetzt worden sei. Das wiederum spreche für einen geringeren Leidensdruck, wirke

Novalgin doch deutlich weniger stark.

6.2.15 Im Austrittsbericht der I.____ vom 25. April 2020 (IV-Nr. 221, S. 25), in welcher der Beschwerdeführer vom 7. Januar bis 18. April 2020 hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt:

Somatische Diagnosen

Der Beschwerdeführer habe zu Beginn eine ausgeprägt depressive Symptomatik gezeigt, habe von einer anhaltenden und als sehr belastend empfundenen psychophysischen Erschöpfung berichtet, einer durchgehend bestehenden Schmerzproblematik und diversen somatischen Beschwerden. Diagnostisch habe er dabei die ICD-10 Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung, sowie die einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erfüllt. Er habe sich durch die stationäre Aufnahme sehr entlastet gefühlt und durchgehend sehr motiviert und engagiert an einem individuell angepassten und multimodalen Therapieprogramm teilgenommen. Im Behandlungsverlauf hätten sich wiederholt Hinweise auf eine ADHS im Erwachsenenalter ergeben, weswegen eine ausführliche neuropsychologische Abklärung initiiert worden sei. Im Rahmen der neuropsychologischen Testung habe die Diagnose bestätigt werden können, wodurch sich der Beschwerdeführer zusätzlich etwas entlastet gefühlt habe. Medikamentös sei zur Reduktion der ADHS-assoziierten Symptome (innere Unruhe, Anspannung, leichte Ablenkbarkeit, Konzentrationsstörungen, etc.) zunächst eine versuchsweise Einstellung auf Ritalin erfolgt, auf das der Beschwerdeführer gut reagiert habe. Anschliessend sei eine Umstellung auf Focalin XR erfolgt, das wegen insuffizienter Wirkung im weiteren Verlauf erfolgreich auf Elvanse umgestellt worden sei. Darunter sei es zu einer deutlichen Reduktion der starken inneren Unruhe und Anspannung gekommen, Konzentration und Aufmerksamkeit hätten sich gebessert und die Stresstoleranz habe leicht gesteigert werden können. Insgesamt sei es zu einer deutlichen Zustandsstabilisierung gekommen, vor allem in Bezug auf die psychischen Beschwerden. Im Bereich der somatischen Beschwerden habe eine leichte Verbesserung erzielt werden können und der Beschwerdeführer habe die Klinik in gebessertem Zustand verlassen können. Der Beschwerdeführer sei ab 20. April 2020 bis 3. Mai 2020 zu 80 % arbeitsunfähig, die weitere Beurteilung erfolge durch den zuständigen Nachbehandler. Angesichts des komplexen und bereits langjährigen psychosomatischen Krankheitsbilds erachte man zumindest eine IV-Teilberentung als sinnvoll. Eine schrittweise Wiedereingliederung am Arbeitsmarkt mit Unterstützung der IV, z. Bsp. im Sinne eines Belastbarkeitstrainings und einer ausführlichen Arbeitsabklärung wäre angesichts der hohen Arbeitsmotivation auf Seiten des Beschwerdeführers in Betracht zu ziehen. Wobei bei etwaigen Wiedereingliederungsmassnahmen auf eine angepasste Tätigkeit und die mit dem ADHS-bedingten Einschränkungen geachtet werden sollte.

6.2.16 In ihrem Bericht vom 29. April 2020 (IV-Nr. 221, S. 31) stellte die Psychiaterin Prof. Dr. med. F.____ folgende Diagnosen:

Zum Therapieverlauf und zur diagnostischen Beurteilung seit August 2019 führte Prof. Dr. med. F.____ aus, es hätten sich rasch interaktionelle Auffälligkeiten, wie bspw. dependente und histrionische Persönlichkeitszüge gezeigt, so dass im weiteren Verlauf eine ausführlichere Persönlichkeitsdiagnostik mittels SKID-II Screening und Interview durchgeführt worden sei. Im Zuge dessen hätten sich für die ängstlich-vermeidende (5/7, Cutoff 4), die anankastische (5/8, Cutoff 4) und die histrionische Persönlichkeitsstörung (5/8, Cutoff 5) Werte über dem Cutoff ergeben, womit das Vorliegen einer kombinierten

Persönlichkeitsstörung bestätigt werden könne. Für die dependente Persönlichkeitsstörung habe sich ein erhöhter Wert knapp unter dem Cutoff (4/8, Cutoff 5) ergeben. Das Vorliegen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung habe entgegen dem ersten klinischen Eindruck entsprechend SKID-II und auch PSSI nicht bestätigt werden können, wobei hier auch der Effekt der sozialen Erwünschtheit eine Rolle spielen könne. Bezüglich der depressiven Symptomatik habe sich erst im Verlauf der Behandlung und mit zunehmendem Vertrauen die tatsächliche Ausprägung hinsichtlich Schweregrad gezeigt, die im Herbst 2019 zwischen mittelgradig bis schwer einzustufen gewesen sei (2 ■ 3 Hauptsymptome, 3 ■ 4 Nebensymptome, schwankend). Aufgrund seiner ausgeprägten Selbstunsicherheit auf persönlichkeitsstruktureller Ebene (ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung) neige der Beschwerdeführer dazu, sich seinem Gegenüber im Gespräch anzupassen, unterzuordnen und mit freundlicher Zustimmung zu reagieren, um sich vor Ablehnung und Beschämung zu schützen, wodurch Unstimmigkeiten entstehen könnten, wie sie auch im polydisziplinären Gutachten vom 28. Juli 2018 beschrieben würden. Auch seine vermutlich ADHS-bedingten Konzentrationsprobleme könnten diesen Eindruck noch verstärken. Zusätzlich falle es dem Beschwerdeführer schwer, sich für sich einzusetzen oder einer von aussen an ihn herangetragenen Einschätzung direkt zu widersprechen, da er sich im Grunde für minderwertig und intellektuell unterlegen halte. Eine Leitemotion, vor allem auch mit Blick auf sein gefühltes Versagen in beruflicher Hinsicht sei Scham. Aus diesem Grund versuche er auch die Schwere seiner Depressivität zu überspielen. Im Sinne der für histrionische Persönlichkeiten typischen Spielebene zeige er sich «schillernd, unterhaltsam, dramatisch», mit dem Ziel, sich dadurch weniger unbedeutend und leer zu fühlen. Dies könne allerdings nicht im Sinne einer bewussten Täuschung gewertet werden, sondern sei als automatisierter Schutzmechanismus zu sehen. Bezüglich der aktuellen Arbeitsfähigkeit und weiteren Prognose lasse sich folgendes festhalten: Der Beschwerdeführer habe berichtet, durch den Klinikaufenthalt zwar zeitweise entlastet worden zu sein und bezüglich seiner Selbstfürsorge und Abgrenzungsfähigkeit Fortschritte gemacht zu haben, die auch seine Frau bemerkt habe. Allerdings sei er nach Rückkehr in das heimische Umfeld bei fehlender klar vorgegebener Tagesstruktur sehr rasch wieder in Überforderung geraten, so dass er direkt am Samstag nach Austritt einen ersten Zusammenbruch gehabt habe. Er merke, dass ihn spontane Änderungen im Tagesablauf, die flexibles Reagieren erforderten, völlig aus der Bahn würfen und er dann gereizt und affektlabil reagiere. Um eine bessere Einschätzung vornehmen zu können, sei am 27. April 2020 der Mini ICF-APP durchgeführt worden. Daraus hätten sich zumindest in 5 Bereichen mittelgradige-schwere und in 3 Bereichen leichte Fähigkeitsstörungen ergeben. Kurzfristig gehe man aktuell von einer weiteren Übergangsphase der Gewöhnung in den Alltag aus (zumindest Mai 2020, gegebenenfalls länger), in der der Beschwerdeführer weiterhin zu 80 % krankgeschrieben bleibe. Im weiteren Verlauf könne hoffentlich wieder eine 50 % Arbeitsfähigkeit erreicht werden, wobei dies zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht beurteilbar sei.

6.2.17 Im Austrittsbericht Schlafmedizin der Klinik J.____ vom 18. Juni 2020 (Beschwerdebeilage 6) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Weitere Diagnosen

Erst kürzlich sei die Diagnose einer ADHS gestellt worden. Diesbezüglich bestehe eine Fixmedikation mit Lisdexamphetamin (Elvanse) mit zwar Besserung der Konzentration, aber keinerlei Effekt auf die exzessive Tagesschläfrigkeit. Darüber hinaus leide der Beschwerdeführer unter chronischen Rückenschmerzen, welche jedoch nicht als

Hauptgrund der Durchschlafstörung angeführt würden. Polysomnographisch habe man einen deutlich fragmentierten Schlaf mit häufigen Schlafstadienwechseln und zahlreichen kurzen Wachphasen mit spontaner Hyperarousability unter suffizienter Therapie der vorbekannten Schlafapnoe gefunden. Der hohe Schlafdruck zu Beginn der Nacht werde mit einer verkürzten Einschlafzeit manifest. Im MSLT ohne Lisdexamfetamin habe eine mittelschwere (knapp noch nicht schwere) objektive Einschlafneigung mit einer mittleren Einschlafzeit von 6min, passend zu den Schilderungen des Beschwerdeführers, imponiert. Unter Einnahme des Präparates habe eine Verbesserung, aber keine Normalisierung (mittlere Einschlafzeit von 9min) objektiviert werden können. Trotz Einnahme des Präparates sei jedoch objektiv die Fähigkeit, in monotonen Situationen wach zu bleiben, eingeschränkt, was sich ebenfalls mit den Schilderungen des Beschwerdeführers decke. Im PVT habe trotz ADHS-Medikation eine erhebliche Störung der psychomotorischen Vigilanz nachgewiesen werden können. Gesamthaft seien die Befunde passend zu den Auswirkungen einer schweren ADHS auf den Nachtschlaf und die Vigilanz untertags, dies trotz ausgebaute Therapie mit einem hochpotenten ADHS-Präparat. Die vorzeitige Erschöpfbarkeit sei durch die begleitende Hypakusis verstärkt, da der Beschwerdeführer bei ohnehin eingeschränkter Aufmerksamkeitsfähigkeit eine zusätzliche Aufmerksamkeits- und Konzentrationsanstrengung zum akustischen Verständnis von Sprache / verbaler Kommunikation aufbringen müsse.

7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der C.____ vom 28. Juli 2018 (IV-Nr. 161.2), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist.

7.1 Dem orthopädischen Teilgutachten (IV-Nr. 161.4) liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde. Die sich darauf abstützenden Diagnosestellung (siehe dazu E. II 6.2.8 hiervor) und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vermögen zu überzeugen: Der Leidensdruck des Versicherten hinsichtlich seiner Lendenwirbelsäule erscheine gering, auch wenn der Versicherte teilweise anderes berichte. Er berichte von geringen Schmerzintensitäten, von niederfrequenter konservativer Behandlung und die Menge des eingenommenen Tramadol sei unklar. Am aktuellen Arbeitsplatz sei der Versicherte zufrieden. Es handle sich um eine Bürotätigkeit. Er versuche sein Pensum auf 50 % zu steigern. Medizintheoretisch orthopädisch wäre eine Steigerung dieses Pensums auf 100 % ohne weiteres möglich. Aus orthopädischer Sicht seien dem Beschwerdeführer 8,5 Stunden pro Tag sowohl selbständig erwerbend im Bettenfachgeschäft als auch als Angestellter bei S.____ in einer Bürotätigkeit zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit als selbständig erwerbender im Bettenfachgeschäft sei reduziert um den Anteil der anfallenden schweren körperlichen Arbeit. Die vom Versicherten berichteten Einschränkungen des Aktivitätenniveaus insbesondere im Haushalt seien angesichts der zu objektivierenden orthopädischen Befunde nicht nachvollziehbar. Diskrepanz seien die von dem Versicherten bei der detaillierten Anamneseerhebung geschilderten Schmerzintensitäten und der nachträglich von ihm diesbezüglich eingereichte schriftliche Bericht. Diskrepanz seien auch die Angaben des Versicherten über die eingenommene Menge des Tramadol und der diesbezüglich im Labor bestimmte Spiegel. Bestünden die Schmerzen in den von dem Versicherten schriftlich berichteten Intensitäten, so wäre anzunehmen, dass er ein Mehr an ärztlicher Hilfe suchen und mehr an Analgetika einnehmen würde. Wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten seien dem Versicherten nicht mehr möglich. Aus orthopädischer Sicht sei in Betrachtung des Wirbelleidens eine leichte bis mittelschwere körperliche Arbeit im

Wechselrhythmus zumutbar. Dabei überschritten die Einschränkungen betreffs Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen der Wirbelsäule, die orthopädisch festzustellen seien, die Einschränkungen auf neurologischem Gebiet nicht. Aufgrund der rechtsseitigen Schulterbefunde seien dem Versicherten schultergelenkbelastende Arbeiten und hier insbesondere mehr als gelegentliche Arbeiten in Abduktion oder Anteversion der rechten Schulter über 90° nicht mehr zumutbar. Betreffend das rechte Kniegelenk seien dem Versicherten insbesondere Tätigkeiten mit endgradiger Beugung des rechten Kniegelenkes und Tätigkeiten im Knien nicht mehr zumutbar. Zudem seien überwiegend im Stehen und Gehen zu erbringende Tätigkeiten, häufiges Stehen und Gehen im unebenen Gelände und das Steigen auf Leitern und Gerüste sowie häufiges Treppensteigen nicht mehr zu empfehlen. Keine Funktionseinschränkungen von versicherungsmedizinischer Relevanz bedingten die Befunde an den Füßen. Negative Wechselwirkungen zwischen den Diagnosen auf orthopädischem Fachgebiet bestünden nicht. Idealerweise arbeite der Versicherte in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit in temperierten Räumen. Die gegenwärtig ausgeübte Bürotätigkeit erscheine dabei als dem Leiden ideal angepasst. In angepasster Tätigkeit könne der Versicherte 8,5 Stunden pro Tag mit einer Leistung von 100 % arbeiten. Diese Einschätzung gelte auch retrospektiv, abgesehen von Zeiten gänzlicher Arbeitsunfähigkeit jeweils acht Wochen nach den zwei Schulter-Operationen und der Lendenwirbelsäulen-Operation 2010 sowie zwölf Wochen nach der Lendenwirbelsäulen-Operation vom 13. Mai 2016.

Es könne somit auf das beweiswertige orthopädische Teilgutachten der C.____ abgestellt werden.

7.2 Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 161.6) begründete der Gutachter nachvollziehbar die von ihm gestellten Diagnosen sowie seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: Für die Diagnose «Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom» spreche, dass aus rein neurologischer Sicht keine radikulären Störungsmuster festgestellt werden könnten, es seien keine sensomotorischen Defizite oder Reflexdifferenzen ableitbar und diesbezüglich seien die radiologischen Befunde nicht verdächtig. So hätten auch im neurologischen Bericht vom 12. Juli 2017 von Dr. med. AG.____ keine Paresen sowie keine radikulär oder spinal anmutenden Sensibilitätsstörungen objektiviert werden können. Es sei eine spondylovertbrale Genese der Rückenschmerzen vermutet worden. Auch seien in der nachfolgenden elektrophysiologischen Diagnostik normale Befunde der untersuchten peripheren Nerven erhoben worden. Es müsse diesbezüglich auf das orthopädische Fachgebiet verwiesen werden, ob hier eine Begründung für dieses teilweise bizarr wirkende und für übliche Rückenschmerzpatienten in keiner Weise übliche Haltungsbild erklärend sei. Neurologisch sei dieses nicht erklärbar, im Übrigen auch nicht durch alternative Diagnosen wie beispielsweise eine Kamptokormie eines Parkinson-Patienten. In der aktuellen Bildgebung (MRI der LWS und ISG vom 27. April 2018) seien keine radikulären Nervenwurzelreizungen beschrieben worden. Es verbleibe der Eindruck für den Untersucher, dass hier eher symbolträchtig ein Krankenrollenverhalten präsentiert werde, so erscheine ein Krankheitsgewinn inklusive sogar auch unter Einbezug der fürsorglichen Ehefrau zumindest gut denkbar. Entsprechende gewisse Persönlichkeitszüge fielen zumindest für den Untersucher auf, ohne dass aber tiefgreifende depressive oder andere relevante psychische Störungsmuster erkennbar wären. Diesbezüglich werde aber auch auf das psychiatrische Gutachten verwiesen. Was das Schlafapnoe- / Hypopnoe-Syndrom anbelange, sei eine ergänzende Durchführung einer ambulanten Polysomnographie

veranlasst worden. Die Aufzeichnung habe von 22:51 h bis 06.05 h gedauert. Aufgezeichnet worden seien der Atemfluss, das Schnarchen, die O₂-Sättigung, die Pulsfrequenz, die Körperlage, die thorakale und abdominale Atmung. Es sei ein leichtes Schlafapnoe- / Hypopnoe-Syndrom vom obstruktiven Typ mit z.T. paradoxer thorakoabdominaler Atembewegung (O₂-Entsättigungs-Index 12,3/h, Apnoe- / Hypopnoe-Index (AHI) 14,4/h) festgestellt worden. Während der ganzen Nacht werde unregelmässiges, zum Teil auch kontinuierliches Schnarchen registriert. Die Apnoen und Hypopnoen beständen vermehrt in Rückenlage. Es bestehe vorwiegend nur ein Hypopnoe-Syndrom. Die schlafbezogenen Atemstörungen seien mit leichten O₂-Entsättigungen und mit leichten Pulsschwankungen verbunden. Bei fortbestehender Symptomatik einer schlafbezogenen Atemstörung und bei vermehrter Tagesschläfrigkeit / Tagesmüdigkeit könne eine Therapie mit CPAP versucht werden. Selbst bei Annahme dieses leichten Schlafapnoesyndroms sei eine wesentliche Tagesmüdigkeit eher nicht anzunehmen. Zudem sei im Rahmen der neurologischen Untersuchung ein REY-Memory-Test (Symptomvalidierungs-Test) durchgeführt worden. Hierbei werde der versicherten Person eine nur scheinbar schwierige Gedächtnisaufgabe gestellt, wobei jeder nicht schwerstbehinderte, schreib- und lesefähige Proband mindestens 60 % der Zeichen erinnere und korrekt reproduziere. Die versicherte Person habe im ersten Durchgang 12 der 15 zuvor gezeigten Zeichen reproduziert. Dieser Befund erscheine unauffällig. Dass Opiate, hier Tramadol 3 x 50 mg, eine solche schwere Tagesmüdigkeit verursachen sollten, wie der Versicherte es subjektiv angebe, dies obwohl zwischenzeitlich ein dreiviertel Jahr bereits die Therapie durchgeführt werde und entsprechende Adaptationsprozesse bereits längst stattgefunden hätten, sei ebenfalls nicht nachvollziehbar. Mindestens könne keine Ausprägung begründet werden, dass hieraus gleich eine relevante Arbeitsunfähigkeit in so hohem Masse wie angegeben erklärbar wäre. Zudem sei gemäss den aktuellen Laborergebnissen Tramadol im Serum nur in unterdosierten, geringen Mengen nachweisbar. Auch die Angabe zu der Schmerzausprägung könne nicht hinreichend nachvollzogen werden, sei im Ausdrucksverhalten ■ ausser dem Präsentieren einer nicht nachvollziehbaren vorgebeugten Haltung ■ nicht durch vegetative Zeichen begleitet. Zudem seien die subjektiv beschriebenen kognitiven Störungen im klinischen Eindruck nicht relevant. Auch wenn solche leichtgradig im neuropsychologischen Gutachten feststellbar seien, so dürften diese zumindest teilweise schon vorbestehend vermutet werden. Zudem könnten in Gesamtschau die vom Versicherten so erheblich angegebenen Einschränkungen nicht nachvollzogen werden, obwohl der Versicherte in der neuropsychologischen Untersuchung keine dezidierten Hinweise auf eine bewusste Präsentation von Minderleistungen gezeigt habe. Die subjektiven Angaben zu seinen die Arbeitsfähigkeit so deutlich einschränkenden kognitiven Funktionen könnten aber in Gesamtschau aus neurologischer Sicht auch unter Einbezug der neuropsychologischen Befunde nicht nachvollzogen werden. Vielmehr seien doch mehrfach nichtauthentisch erscheinende Verhaltensweisen auffällig (Pseudo-Akamptokormie ohne neurologische Erklärung). Es seien aber externale Anreize zu berücksichtigen. Das permanente vorübergeneigte Halten sowohl beim Gehen als auch im Stand sei für den Untersucher in keiner Weise nachvollziehbar, löse sich zudem bei klinischer Untersuchung auf. So könne der Versicherte sich sehr wohl gerade auf die Liege ablegen, sowohl in Rückenlage wie auch in Bauchlage. Auch sei die paravertebrale Muskulatur in Bauchlage geprüft und lumbal nicht erkennbar wesentlich verhärtet, was insgesamt also gegen eine entsprechende relevante fokale Schmerzproblematik spreche. Betrachte man die verfügbare Bildgebung,

so ergebe diese keine diesbezügliche wesentliche Pathologie, welche ein solches Verhalten und insbesondere Körperhaltung erklären könnte. Dass «vier oder fünf Wirbelkörper instabil seien», sei aus der radiologischen Befundlage in keiner Weise nachvollziehbar. Hier werde eine Pathologisierung betrieben, die offensichtlich im Rahmen eines zu vermutenden Krankenrollenverhaltens mit verzerrender Darstellung und Präsentation benutzt werde. Das Fähigkeitsprofil aus rein neurologischer Sicht sei nicht über den Umfang auf orthopädischem Fachbereich hinausgehend vermindert. Die Arbeitsfähigkeit könne somit aus rein neurologischer Sicht theoretisch medizinisch nicht als eingeschränkt bewertet werden, dies auch retrospektiv geltend.

Auf das beweismässige neurologische Teilgutachten der C.____ kann ebenfalls abgestellt werden.

7.3 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 161.7) wurde keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, was gestützt auf die von der Gutachterin erhobenen Befunde nachvollziehbar erscheint. Dementsprechend ergab sich aus internistischer Sicht keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit.

7.4 Im neuropsychologischen Teilgutachten (IV-Nr. 161.8) wird ausgeführt, verglichen mit Gleichaltrigen seien beim Beschwerdeführer testdiagnostisch kognitive Minderleistungen in folgenden Bereichen objektiviert worden: Aufmerksamkeit: visuell-räumliche Aufmerksamkeit; Verbales Neugeächtnis: Merkspanne, Lernen, retroaktive Interferenz, freier verzögerter Abruf, Wiedererkennen; Nonverbales Neugeächtnis: Lernen; Exekutivfunktionen: Arbeitsgedächtnis, Ideenproduktion, Interferenzkontrolle. In der klinischen Beobachtung zeigten sich folgende Auffälligkeiten: Das Instruktionsverständnis sei wegen Hörproblemen leicht reduziert. Der Versicherte bitte aber ohne Aufforderung um Wiederholung, wenn er etwas nicht sicher gehört habe, die Aufmerksamkeit sei schwankend, leicht erhöhte Ablenkbarkeit. Schmerzverhalten: 09:40, 10:20, 11:50: stehe auf, gehe umher (strecke sich). 11:45: gebe an, Kopfschmerzen zu haben. Unauffällig seien die Pünktlichkeit, das Erscheinungsbild, die Orientierung, die Spontansprache, das Verhalten, die Kontaktaufnahme, das Vorgehen, das Arbeitstempo, die Affektivität, das Störungsbewusstsein sowie die Anstrengungsbereitschaft gewesen. Keine Anzeichen von übermässiger Ermüdbarkeit. Die objektivierten Defizite, zusammen mit den klinischen Auffälligkeiten, seien als leichte neuropsychologische Einschränkungen zu werten. Eine eindeutige ätiologische Zuordnung sei aus neuropsychologischer Sicht nicht möglich, es sei von einer multifaktoriellen Genese mit schon immer bestehenden Anteilen auszugehen: Der Versicherte habe angegeben, dass er schon während der Lehre als langsam, dafür genau arbeitend eingeschätzt worden sei. Weiter sei festzuhalten, dass der Versicherte möglicherweise in seiner Kindheit eine ADHS gehabt haben möge. Er beschreibe auch heute noch Symptome, die damit im Prinzip vereinbar wären. Eine adulte ADHS sei aber nicht zu diagnostizieren: Weder die klinischen Auffälligkeiten, noch die insgesamt unauffällige berufliche Karriere, noch die subjektiven, mehrheitlich in den letzten Jahren aufgetretenen Beschwerden, sprächen dafür. Auch fänden sich in den Akten keine diesbezüglichen Beobachtungen. Selbst wenn er an einer sehr leichten Form gelitten hätte, hätte diese Störung bis jetzt offensichtlich keine unüberwindbaren Auswirkungen gehabt. Zudem leide der Versicherte an einer leichten Schlafapnoe. Eine solche verursache regelhaft auch kognitive Einschränkungen. Die Stärke, z.B. der Gedächtniseinschränkung, überrasche jedoch. Er berichte von Schmerzen, was dazu beitragen könne, dass er bei anspruchsvolleren längeren Tests (Aufmerksamkeit, Gedächtnis) den Kopf nicht ganz bei

der Sache gehabt habe. Er nehme regelmässig Schmerzmedikamente ein, was auch Auswirkungen auf die kognitiven Funktionen haben könne. Im Laborbefund vom 4. Juni 2018 sei das Tramal aber deutlich unterdosiert. Das Ganze biete sich in den Kontext von psychischen Faktoren im Rahmen der somatischen Probleme ein, wie der psychiatrische Gutachter ausführe. Einen relevanten Einfluss der Hörbeeinträchtigung schliesse man aus. Der Beschwerdeführer habe spontan nachgefragt, wenn er etwas nicht verstanden habe, und die Einschränkungen beträfen nicht nur sprachliche, sondern auch nichtsprachliche Bereiche. Es liege keine eigenständige psychische Störung vor, wie eine erhebliche affektive oder Angststörung. Es gebe keine Hinweise auf übermässige Müdigkeit (ausser gegen Schluss der Untersuchung, als aber keine z.B. zeitkritischen Verfahren mehr eingesetzt worden seien), oder übermässige Schmerzen, die die Resultate negativ hätten beeinflussen können. Sodann gebe es keine Hinweise auf eine bewusste, grobe Verfälschung der Befunde. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit entsprächen sie der tatsächlichen Leistungsfähigkeit. Weder ein gut standardisierter Performanzvalidierungstest (Schmand & Undeboom, 2005, Green, 2003), noch eingebettete Faktoren seien auffällig gewesen. Der klinische Eindruck und die objektivierten Befunde seien in sich stimmig. Es gebe zwischen und auch innerhalb der Tests keine relevanten Inkonsistenzen. Unter Anwendung des Entscheidungsalgorithmus' von Slick, Sherman und Iverson (1999) lägen somit keine Hinweise auf Verdeutlichung, Aggravation oder gar Simulation vor. Es könnten lediglich die leichten kognitiven Einschränkungen festgestellt werden, welche eine geringe Beeinträchtigung erklärten: Der Beschwerdeführer habe etwas mehr Mühe, eine übliche Menge an Informationen (z.B. Instruktionen) für eine kurze Zeit im Gedächtnis zu behalten, eine übliche Menge an neuen Informationen zu lernen, zu behalten, frei zu erinnern, wiederzuerkennen. Bei konzentrativ anspruchsvolleren Aufgaben sei er etwas langsamer. Er entwickle etwas weniger eigene Ideen, lasse sich durch widersprüchliche Informationen etwas stärker stören. Er ermüde subjektiv rasch. Diese leichten Einschränkungen könnten in der angestammten Tätigkeit lediglich eine leichte Minderung der Arbeitsfähigkeit (im Sinne der Leistungsminderung bei ganztägiger Präsenz) um maximal 15 % erklären. Medizinisch zumutbar seien jedoch eher kürzere, konzentrativ weniger anspruchsvolle Aufgaben oder aber etwas mehr Zeit für deren Bearbeitung. Längere Lernzeiten, etwas längere Einarbeitungszeiten. Klare Instruktionen. Checklisten könnten hilfreich sein. Bei solchen Tätigkeiten bestehe auch unter Berücksichtigung der kognitiven Störungen keine Einschränkung der quantitativen Arbeitsfähigkeit (sowohl hinsichtlich Leistungsfähigkeit als auch Arbeitspräsenzfähigkeit).

Die vorgehenden Ausführungen aus dem neuropsychologischen Teilgutachten erscheinen grundsätzlich nachvollziehbar. Jedoch führen die nach der Begutachtung ergangenen Arztberichte dazu, dass es unter anderem einer erneuten neuropsychologischen Begutachtung bedarf, wie in E. 7.5 (zweiter Abschnitt) hiernach darzulegen ist.

7.5 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 161.5) führte der Gutachter aus, es sei die Diagnose «Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (F54)» zu stellen. 2010 und 2016 sei der Beschwerdeführer an der Bandscheibe operiert worden. Eine MRI-Untersuchung habe eine Diskopathie mit links medio-lateraler nach kaudal luxierender Bandscheibenhernie LWK 4/5 und mögliche Reizung der linken rezessalen S1-Wurzel ergeben. Dennoch sei die Symptomatik, vor allem der geklagte Dauerschmerz und die z.B. heute eingenommene Zwangshaltung, nicht allein aus organischen Ursachen heraus erklärbar. Eine eigenständige psychiatrische Erkrankung

sei heute trotz ambulanter psychiatrischer Behandlung nicht zu eruieren gewesen. Trotz der exzessiv vorgetragenen Schmerzsymptomatik sei der Versicherte gut in den Tagesablauf integriert. Er habe sich selbst einen Büroarbeitsplatz gesucht. Sein gebräuntes Hautkolorit rühre von einer kürzlich unternommenen Karibikkreuzfahrt her. Er würde am liebsten sein altes Geschäft wieder führen, da er erfahren habe, dass der Nachfolger bei Weitem nicht so viel Engagement wie er selbst und sein Bruder an den Tag lege. Die psychische Diagnose führe somit zu keinerlei Einschränkungen im Lebensalltag. Eigentlich könne auch darüber diskutiert werden, ob denn überhaupt eine seelische Erkrankung vorliege oder ob es sich nicht um eine kompensierbare organische Erkrankung mit gezielter Selbstlimitierung handle. Für diese Einschätzung würde z.B. die Fähigkeit sprechen, gerade unlängst eine Karibikkreuzfahrt angetreten zu haben. Gerade für einen Aufenthalt auf See dürfte sich die Einnahme von Tramadol als nicht ganz unproblematisch erweisen. Der gemessene Blutspiegel zeige hier jedoch eine deutliche Unterdosierung an, was sein Wohlbefinden auf See erkläre, seinen Beschwerdevortrag aber relativiere. Sein auffälliges Verhalten in der Untersuchungssituation habe ausserdem einen nicht unerheblichen demonstrativen Charakter gehabt. Unter zugrunde Legung der Mini-ICF-App mit 13 zu beurteilenden Fähigkeiten ergebe sich bei dem Versicherten keine Fähigkeitsstörung. Aus psychiatrischer Sicht könne er sowohl in der letzten Tätigkeit als selbstständiger Kaufmann eines Bettengeschäftes voll tätig sein, als auch in seiner jetzt ausgeübten Bürotätigkeit. Aufgrund der organischen Einschränkung wären schwere körperliche Tätigkeiten jedoch nicht indiziert. Hier werde auf die somatischen Gutachten verwiesen.

Auf das psychiatrische Teilgutachten der C. ___ kann aus mehreren Gründen nicht abgestellt werden: So setzte sich der psychiatrische Gutachter kaum mit den entgegenstehenden Arztberichten und den anderen möglichen Diagnosen auseinander ■ insbesondere auch nicht mit der ADHS, auch wenn dieses vorher wohl nur als Verdachtsdiagnose und erst nach Erlass des Gutachtens als «definitive» Diagnose gestellt wurde. Auch die gutachterliche Stellungnahme von Dr. med. AD. ___ vom 5. Februar 2019 trägt nicht zum Beweiswert des Gesamtgutachtens bei. So war Dr. med. AD. ___ gar nicht als Gutachter involviert und belässt es bei allgemeinen Ausführungen. Hinzu kommt, dass mit dem Bericht von Prof. Dr. med. F. ___ vom 29. April 2020 eine psychiatrische Gegenmeinung vorliegt (Diagnosen: u.a. depressive Episode, Persönlichkeitsstörung, chronische Schmerzstörung), zu welcher der Gutachter nicht mehr Stellung nehmen konnte. Zwar ist der Bericht von Prof. Dr. med. F. ___ vom 29. April 2020 erst nach dem Erlass der IV-Verfügung verfasst worden und beinhaltet die Resultate eines Mini-ICF-App, welches ebenfalls erst nach Verfügungserlass durchgeführt wurde. Aber dennoch kann man nicht ohne Weiteres sagen, dieser Bericht betreffe nur den Sachverhalt nach Verfügungserlass, zumal der Beschwerdeführer nach dem Gutachten aber noch vor Verfügungserlass in der I. ___ hospitalisiert wurde (Austrittsbericht vom 25. April 2020), wo eine mittelgradige depressive Episode, eine chronische Schmerzstörung und eine ADHS diagnostiziert wurden. Die im Austrittsbericht der I. ___ erstmals gestellte Diagnose eine ADHS im Erwachsenenalter (vorher jeweils nur als Verdachtsdiagnose) wurde in diesem Bericht zwar nur ungenügend begründet. Danach stützten sich jedoch viele der behandelnden Ärzte auf diese Diagnose und begründeten damit einen Teil der Einschränkungen. So stützte sich auch die behandelnde Psychiaterin Dr. med. D. ___ auf die ADHS-Diagnose und hielt fest, inwieweit der gesamte Umgang mit Schmerzen etc. auch hier eine Entsprechung haben könnte, würde sie, Dr. med. D. ___, nicht prinzipiell ausschliessen, da bei ADHS auch die Körperwahrnehmung, Motorik etc. (Basalganglien) veränderte Aktivität zeigten. Bekannt

sei, dass ADHS-Patienten zwischenzeitlich Schmerzen vollständig überspielten. Das möge dann wirken, wie wenn er simulieren würde. Zwar erscheint diese Begründungslinie eher hypothetisch, doch ergeben sich aus den Akten hinsichtlich des Verhaltens des Beschwerdeführers tatsächlich eher ungewöhnliche Diskrepanzen, die sich nur schwer erklären lassen. So zeigen sämtliche im Rahmen der neurologischen und neuropsychologischen Abklärungen durchgeführten Symptomvalidierungsverfahren unauffällige Ergebnisse. Der neurologische Gutachter hielt dazu fest, es sei ein REY-Memory-Test (Symptomvalidierungs-Test) durchgeführt worden. Hierbei werde der versicherten Person eine nur scheinbar schwierige Gedächtnisaufgabe gestellt, wobei jeder nicht schwerstbehinderte, schreib- und lesefähige Proband mindestens 60 % der Zeichen erinnere und korrekt reproduziere. Die versicherte Person habe im ersten Durchgang 12 der 15 zuvor gezeigten Zeichen reproduziert. Dieser Befund erscheine unauffällig. Diese Resultate stehen im Gegensatz zu der von fast allen Gutachtern bestätigten Verdeutlichungstendenz und den teilweise nicht nachvollziehbaren Angaben des Beschwerdeführers. So habe der Beschwerdeführer beispielsweise eine Kamptokormie gezeigt, was sonst nur bei Parkinson-Patienten vorliegen würde. Ob dies ebenfalls auf die mögliche ADHS zurückgeführt werden kann, erscheint zumindest fraglich, zumal in den Vorakten auch noch eine Persönlichkeitsstörung zur Diskussion steht.

Bei dieser Ausgangslage drängten sich somit erneute gutachterliche Abklärungen im psychiatrischen und neuropsychologischen Fachbereich auf.

7.6 Sodann ist auf die bereits vor Verfügungserlass bekannte ■ gemäss Bericht von Dr. med. G. ___ vom 11. Oktober 2019 (IV-Nr. 207, S. 3) erhebliche ■ Schlafproblematik des Beschwerdeführers einzugehen. Diese wurde in der Klinik J. ___ umfassend schlafmedizinisch abgeklärt. Zwar fand diese Abklärung auch erst nach Verfügungserlass statt, aber es kann nicht gesagt werden, dass sich der Sachverhalt diesbezüglich verändert habe und diese Abklärung deshalb nicht mehr zur Beurteilung beizuziehen sei. Aus dem Austrittsbericht der Klinik J. ___ vom 18. Juni 2020 (Beschwerdebeilage 6) geht hervor, dass beim Beschwerdeführer ein deutlich fragmentierter Schlaf mit häufigen Schlafstadienwechseln und zahlreichen kurzen Wachphasen festgestellt wurde. Diese Schlafproblematik wurde von den Ärzten in direktem Zusammenhang mit der ADHS gestellt und es wurde deswegen gar die Diagnose einer «starken ADHS» gestellt. Zwar fand auch im Rahmen der Abklärung der C. ___ eine Schlafabklärung statt, jedoch wurden darin lediglich allfällige Atem-Aussetzer etc. überprüft, nicht jedoch allfällige Wachphasen etc. Es wurde im C. ___-Gutachten denn auch lediglich eine leichte Schlafapnoe diagnostiziert, welche im Austrittsbericht der Klinik J. ___ ebenfalls als Zusatzdiagnose bestätigt wurde. Die beiden Schlafabklärungen sind demnach nicht vergleichbar. Es war deshalb notwendig, dass zusätzlich ein schlafmedizinisches Gutachten veranlasst wird. Dadurch verliert das beweismässige neurologische Teilgutachten der C. ___ ■ in dessen Rahmen die dortige Schlafabklärung veranlasst wurde ■ jedoch seinen Beweiswert nicht.

Zusätzlich wurde von der angefragten Gutachterstelle R. ___, eine HNO-Begutachtung vorgeschlagen, was angesichts der aktenkundigen Hörproblematik ebenfalls angezeigt erscheint.

8. Aufgrund der in E. II. 7 hiervor genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. M. ___ (Psychiatrie), M. Sc. N. ___ und Prof. O. ___ (Neuropsychologie), Dr. med. P. ___ (Schlafmedizin) und Prof. Q. ___ (HNO) sowie zusätzlich zur Fallführung Dr. med. L. ___ (Innere Medizin), alle von der

Begutachtungsstelle R.____, ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten veranlasst. Das Gutachten vom 14. Dezember 2021 (A.S. 59 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Zudem sind die Aussagen der Experten in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar, wie nachfolgend darzulegen ist.

8.1 Im allgemeinmedizinischen Teilgutachten der R.____ hielt der Gutachter fest, aus isoliert-internistischer Sicht bestehe keine Problematik, welche im Bereich der übrigen Fachgutachten nicht bereits untersucht würde. Es sei deshalb auf die Fachgutachten und den Konsens verwiesen. Im Übrigen ergebe die internistische Anamnese ein Asthma bronchiale, welches nur oligosymptomatisch sei und mit gelegentlicher Behandlung mit Symbicort oder Ventolin gut eingestellt sei. Der Status zeige bis auf einen grenzwertigen Blutdruck keine Auffälligkeiten. Das aktuelle Labor zeige keine gravierenden (die Beschwerden erklärenden) Normabweichungen. Die grenzwertige Anämie erkläre die Symptome nicht. Die Vitamin B12-Konzentration im Graubereich könne einfach substituiert werden. Das vordiagnostizierte Immundefektsyndrom zeige derzeit keine Manifestation. Das Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom (ED 2006) sei seit 09/2019 mittels CPAP-Therapie behandelt, wenn auch die Maske nicht immer gut vertragen werde, in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation der behinderten Nasenatmung (nach der letzten Nasenoperation 02/2021 derzeit wieder besser). Dadurch sei der Schlaf teils gestört. Insgesamt sei der Explorand aus internistischer Sicht nicht relevant eingeschränkt, die übrigen Fachdisziplinen seien führend.

Diese gutachterlichen Ausführungen vermögen im Lichte der Befunderhebung (S. 8 des internistischen Gutachtens) zu überzeugen und es stehen auch keine medizinischen Vorakten im Widerspruch dazu. Auf das internistische Teilgutachten kann somit abgestellt werden.

8.2 Im HNO-Gutachten der R.____ wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

Zur Begründung wurde im Gutachten ausgeführt, bei dem Exploranden liege eine pancochleäre hochgradige sensorineurale Hörminderung beidseits vor, die 2016 zur Hörgeräteversorgung durch Dr. AH.____ geführt habe. Gemäss den Unterlagen der SUVA werde ersichtlich, dass der Explorand von 1991 bis 2016 nicht mehr im Lärm gearbeitet habe, sondern v.a. auf Montage tätig gewesen sei, so dass die SUVA nicht von einer beruflich bedingten Lärmschädigung ausgegangen sei. Die Ursache der Hörminderung bleibe somit unklar. Der Explorand sei aktuell Hörgeräte-versorgt und könne damit eine zufriedenstellende Hörleistung erreichen. Zusätzlich bestehe ein, gemäss dem Tinnitus-Fragebogen nach Goebel und Hiller formell sehr schwerer, dekompensierter Tinnitus beidseits, wobei der Gutachter im Rahmen der Konsultation jedoch den Eindruck gewonnen habe, dass der Tinnitus etwas weniger, als gemäss dem Fragebogen zu erwarten wäre, im Vordergrund stehe. Es bestehe weiterhin eine chronisch-polypöse Rhinosinusitis, die zu mehrfachen, z.T. lokalen Polypen-Entfernungen, wie aber auch Nasennebenhöhlen-Operationen, zuletzt im 03/2021, geführt habe. Aktuell fänden sich endonasal keine Hinweise für eine Rezidiv-Polyposis, zudem bestehe eine sinunasale Anosmie beidseits, wobei der Explorand subjektiv den Eindruck habe, seit der letzten Operation wieder besser zu riechen. Zusammenfassend bestünden somit eine hochgradige, pancochleäre sensorineurale Hörminderung beidseits, die zufriedenstellend

Hörgeräte-versorgt sei, sowie ein Status nach mehrfacher Nasennebenhöhlen-Operation bei chronisch polypöser Rhinosinusitis ohne aktuellen Anhaltspunkt für ein Rezidiv mit begleitender sinuasaler Anosmie sowie ein OSAS, welches mittels CPAP-Maske versorgt sei. Daneben liege ein formell sehr schwerer, dekompenzierter Tinnitus beidseits vor, der klinisch momentan etwas weniger, als gemäss dem Fragebogen zu erwarten wäre, im Vordergrund zu stehen scheine.

Gestützt auf die vorgehenden nachvollziehbaren Ausführungen vermag sodann auch die Beurteilung des Zumutbarkeitsprofils und der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Aus Hals-Nasen-Ohrenärztlicher Sicht seien sämtliche Tätigkeiten, bei denen der Explorand auf ein intaktes Gehör angewiesen sei oder aber, die unter erschwerten akustischen Bedingungen stattfänden, für den Exploranden nicht geeignet. Dabei sei auch zu beachten, dass insbesondere Tätigkeiten im Lärm für den Exploranden ungeeignet seien, einerseits um das Gehör nicht weiter zu belasten, andererseits auch, da beim Tragen eines Lärmschutzes oft der Tinnitus verstärkt wahrgenommen werde. Zudem seien Tätigkeiten im Staub ebenfalls nicht geeignet. Aufgrund des sehr schweren, dekompenzierten Tinnitus, der zwar aktuell etwas geringer erscheine, damit dann aber noch immer als schwer und dekompenziert gelten müsse, sowie in Zusammenhang mit der Hörminderung sei davon auszugehen, dass der Explorand bei der beruflichen Tätigkeit schneller erschöpfe und Mühe mit der Konzentration habe, da die Kommunikation anstrengender als bei einer fehlenden Beeinträchtigung des Hörvermögens sei. Zusammenfassend sei die Arbeitsfähigkeit aus Hals-Nasen-Ohrenärztlicher Sicht nicht nur qualitativ, wie oben aufgeführt, sondern auch quantitativ um 20 % reduziert.

Auf das beweismässige HNO-Gutachten der R.____ kann somit abgestellt werden.

8.3 Im pneumologisch-schlafmedizinischen Gutachten der R.____ wurden folgende Diagnosen gestellt:

Zur Begründung führte der Gutachter aus, das Asthma bronchiale des Exploranden sei klinisch und mittels Lungenfunktion und Methacholintest bereits 2008 diagnostiziert worden. Aktuell verwende der Explorand als Fixmedikation für das Asthma lediglich Montelukast per os, die inhalative Therapie mit Symbicort werde nicht als Fixmedikation, sondern nur bei Bedarf verwendet, dies ca. 5 ■ 8 Mal pro Woche. Der Explorand berichte über wenig Beschwerden, die auf das Asthma zurückzuführen seien, nur selten habe er bei stärkerer körperlicher Belastung und bei erheblicher Staubexposition entsprechende Symptome. Insgesamt könne das Asthma bronchiale als weitgehend kontrolliert angesehen werden. Die Schlafapnoe des Exploranden sei bereits 2006 diagnostiziert, polygraphisch 2019 bestätigt worden. Es handle sich um einen leichten bis mittelschweren Befund. Es sei klinisch nicht möglich, die Tagesbeschwerden aufgrund der Schlafapnoe von den Symptomen aufgrund der psychiatrischen Erkrankung klar zu differenzieren (siehe psychiatrisches Fachgutachten). Für die Relevanz der Schlafapnoe spreche, dass der Explorand sich ■ wenn er das CPAP-Gerät nachts verwendet habe ■ morgens etwas weniger «verladen» fühle und weniger Kopfschmerzen habe. Generell bestehe keine aussergewöhnliche Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Score 9 / 24 Punkte). Der Explorand verwende allerdings sein CPAP-Gerät nur in ca. 60 % aller Nächte. In den anderen Nächten vergesse er manchmal das Gerät. Anzumerken sei noch, dass der Beschwerdeführer wegen seiner schweren ADHS mit Lisdexamphetamin (Strattera■) behandelt werde. Dieses Medikament wirke wachheitssteigernd und reduziere ■ obwohl es nicht deswegen rezeptiert werde ■ auch die Tagessymptome einer Schlafapnoe, könne

diese somit teilweise kaschieren. Insgesamt könne festgestellt werden, dass der Beschwerdeführer in mehr als der Hälfte aller Nächte mit CPAP adäquat für seine Schlafapnoe behandelt sei und dass die Medikation des Exploranden geeignet sei, Tagessymptome einer Schlafapnoe zu reduzieren. Darüber hinaus wäre es zu empfehlen, das Gerät häufiger zu verwenden.

Gestützt auf die vorgehenden nachvollziehbaren Ausführungen vermag sodann auch die Beurteilung des Zumutbarkeitsprofils und der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Der Explorand sei im Alltag durch sein Asthma bronchiale nicht eingeschränkt, solange er sich in einer staubarmen Umgebung aufhalte. Bei starken körperlichen Belastungen könne es mit der aktuellen Medikation zu einer Limitierung der körperlichen Leistungsfähigkeit kommen, dies könnte aber wahrscheinlich durch einen Ausbau der Asthmamedikation gebessert werden, wenn dies im Alltag relevant werden würde. Die (leichte) Schlafapnoe spiele für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Exploranden prinzipiell keine Rolle, allerdings sei die Verwendungshäufigkeit der CPAP-Therapie nicht optimal. Wegen der insgesamt bezüglich Müdigkeit / Schläfrigkeit etwas unübersichtlichen Situation (psychiatrische Erkrankung, ADHS, Behandlung mit Strattera■, Schlafapnoe) sollte allerdings vor der Aufnahme einer Tätigkeit mit Fremd- oder Selbstgefährdung (berufliches Autofahren etc.) ein Maintenance of Wakefulness Test (MWT) durchgeführt werden. Die erlernte Tätigkeit als Schreiner sei für den Exploranden aus mehreren Gründen wenig geeignet. So handle es sich um einen Beruf mit nicht unerheblicher Selbstgefährdung (Sägen etc.), bei einer vom Patienten berichteten zeitweisen Tagesmüdigkeit (möglicherweise im Rahmen der Schlafapnoe) sei das Risiko eines Unfalls erhöht. Zudem bestehe in Schreinereibetrieben regelmässig eine nicht unerhebliche Staubbelastung. Bei dem bekannten, gut dokumentierten Asthma bronchiale des Exploranden sollte die Tätigkeit in einem solchen Betrieb vermieden werden. Erfahrungsgemäss bestehe auch in den Bereichen eines solchen Betriebes, in denen nicht gesägt werde (Büro), eine erhöhte Staubbelastung, so dass eine Administrativtätigkeit in einem holzverarbeitenden Betrieb als ungünstig anzusehen sei. Die Tätigkeit in einem holzverarbeitenden Betrieb mit Staubbelastung wäre mit der Diagnose Asthma bronchiale bereits seit 2008 als ungünstig anzusehen. Mit Sicherheit könne ab Datum der Arbeitsaufgabe in diesem Beruf davon ausgegangen werden, dass aus pneumologischer Sicht eine Rückkehr in einen solchen Beruf nicht zu empfehlen sei. In einer angepassten Tätigkeit ohne beeinträchtigende Staubbelastung und ohne relevante Selbst- oder Fremdgefährdung wäre der Explorand aus pneumologischer Sicht für körperlich mittelschwere Tätigkeiten in einem normalen Arbeitspensum mit annähernd normaler Leistungsfähigkeit in den letzten Jahren fast durchgehend arbeitsfähig gewesen. In einer solchen Tätigkeit wäre der Explorand aus pneumologisch-schlafmedizinischer Sicht vermutlich «normal» leistungsfähig.

Auf das beweismässige pneumologisch-schlafmedizinische Gutachten der R.____ kann somit abgestellt werden.

8.4 Im neuropsychologischen Teilgutachten der R.____ wurde gestützt auf die umfangreichen Testvalidierungen ausgeführt, bei dem insgesamt als alters- und bildungsentsprechend durchschnittlich intelligent einzustufenden Exploranden hätten zum Zeitpunkt der Untersuchung klinisch relevante Beeinträchtigungen i.S. einer leichtgradigen neurokognitiven Leistungsminderung festgestellt werden können. Die neuropsychologischen Defizite bezögen sich auf die attentionalen Bereiche (allgemeine Reaktionsbereitschaft und Aufmerksamkeitsaktivierung), auf mnestiche Bereiche

(verzögerte Reproduktionsleistung, Interferenzanfälligkeit und verbauditive Behaltensspanne und Arbeitsgedächtnisleistung), sowie auf flexibilitätsbezogene Leistungsaspekte. Alle ansonsten erhobenen Leistungen, einschliesslich des gesamt-intellektuellen Leistungsprofils, stellten sich als unauffällig dar. Eine ADHS-Symptomatik sei neben den neuropsychologischen Minderleistungen in attentionalen Bereichen und in den exekutiven Funktionen (Inhibitions-, Flexibilitäts-, Planung, Problemlösung) durch eine korrespondierende eingeschränkte Funktionalität in verschiedenen Lebensbereichen wie Beruf, Ausbildung und Alltagsanforderungen gekennzeichnet. Beim Beschwerdeführer sei eine ADHS-Symptomatik im Kindesalter aufgrund der aktenanamnestischen Befunde, der neuropsychologischen Vorbefunde und der anamnestischen explorierten Befunde als wahrscheinlich anzunehmen. Alle verwendeten Fragebögen der neuropsychologischen Vorbefunde zur Überprüfung der ADHS-Symptomatik im Kindesalter böten hinreichende Hinweise für das Vorliegen einer ADHS im Kindesalter. Des Weiteren sprächen auch die Schwierigkeiten bei der Einschulung mit wiederholtem Kindergarten und erster Klasse für das Vorliegen einer ADHS. Im jungen Erwachsenenalter habe der Beschwerdeführer eine Lehrstelle als Schreiner im Familienbetrieb antreten und schlussendlich erfolgreich abschliessen können. Inwiefern eine relevante ADHS Symptomatik zu diesem Zeitpunkt bestanden habe, und ob diese eventuell durch den Umstand des als wohlwollend anzunehmenden, familiären Betriebsumfeldes habe kompensiert werden können, sei retrospektiv nicht beurteilbar. Nach dem erfolgreichen Lehrabschluss seien im Erwachsenenalter eine Reihe von erfolgreich absolvierten Weiterbildungen aktenkundig. Weiter habe der Beschwerdeführer auch nach der Auflösung des mit dem Bruder geführten Betriebes eigenständig eine neue Arbeitsstelle finden und leichten Büroarbeiten nachgehen können. In der von der IV mit entsprechendem Coaching unterstützten Arbeitsstelle bei der S.____ GmbH seien die Konzentration und Aufmerksamkeit, das Instruktionsverständnis, die Zielorientierung, die Selbstständigkeit, die Anpassungs- und Flexibilität und die Belastbarkeit sowie das Arbeitstempo im Bewertungsbogen der T.____ / T.____ Training für den Zeitraum vom 1. Februar 2018 bis zum 31. Oktober 2018 als reduziert eingestuft worden, bei einer sehr sorgfältigen, zuverlässigen, verlässlichen Arbeitsweise mit guter Kritikfähigkeit, Teamfähigkeit, Umgangsformen, Kontaktfähigkeit und Pünktlichkeit (Termineinhaltung). Zusammengefasst sprächen die obengenannten Befunde gegen eine adulte ADHS, wobei wiederholt in den neuropsychologischen Untersuchungen konsistente Einschränkungen im Bereich des Gedächtnisses (verzögerter Abruf), der Aufmerksamkeit und der Flexibilitätsleistungen hätten objektiviert werden können und auch mit dem in der aktuellen Untersuchung testpsychologisch erfassten Leistungsprofil übereinstimmten. Diese neuropsychologischen Defizite seien als residuelle ADHS-Symptome zu interpretieren, jedoch in ihrer Ausprägung als insgesamt leichtgradig einzustufen und erfüllten die Diagnose einer adulten ADHS nicht. Die neuropsychologischen Defizite hätten bis zum Eintreten von diversen somatischen und affektiven Symptomen bis im Jahr 2016 unter anderem auch durch eine sehr sorgfältige und genaue Arbeitsweise ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit kompensiert werden können. Es sei davon auszugehen, dass die bestehenden kognitiven Defizite mit der Zunahme der somatischen und affektiven Beschwerden (Schmerzen, Schlafprobleme, OSAS, rezidivierende depressive Episoden) eine zusätzliche Akzentuierung erfahren hätten und letztlich im Sinne einer potenzierenden Wechselwirkung zu einer insgesamt verminderten Belastbarkeit beigetragen hätten.

Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung des Zumutbarkeitsprofils und der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Vor dem Hintergrund der vorliegenden, verzerrungsfreien und somit validen Testergebnisse begründe das neurokognitive Leistungsprofil aus rein neuropsychologischer Perspektive eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Beim Anforderungsprofil werde eine Tätigkeit mit niedrigen Anforderungen an die Aufmerksamkeit, Konzentration und Flexibilitätsleistung empfohlen. Des Weiteren benötige der Beschwerdeführer aufgrund der verminderten Gedächtnisleistung mehr Zeit bei der Aneignung von neuen Aufgaben, bis eine routinierte und selbstständige Arbeitsweise erreicht werden könne. Vorteilhaft seien repetitive, kognitiv nicht anspruchsvolle Tätigkeiten.

Auf das beweiswertige neuropsychologische Gutachten der R.____ kann somit ebenfalls abgestellt werden.

8.5

8.5.1 Im psychiatrischen Teilgutachten der R.____ wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Sodann begründete die psychiatrische Gutachterin eingehend und in nachvollziehbarer Weise ihre Diagnosestellung und diskutierte mögliche andere Diagnosen: Im Rahmen des Gesprächs sei die immer wieder vom Exploranden angesprochene Müdigkeit, welche ihn im Tagesverlauf sehr belaste, nicht objektivierbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe detailliert und ausführlich berichtet, habe mehrfach strukturiert werden müssen. Er habe dabei energiegeladen und motiviert bei der Mitarbeit gewirkt. Er sei mehrfach im Zimmer in gebückter Haltung umhergelaufen, das Gespräch sei dadurch nicht beeinträchtigt worden. Er habe angegeben, sich dadurch von seinen Schmerzen entlasten zu können. Immer wieder sei er im Gespräch eingeengt gewesen auf Ungerechtigkeiten, welche ihm vonseiten seines Bruders widerfahren seien. Zudem habe er im Jahr 2016 unter sehr negativen Gedanken und Grübeln gelitten, dies habe sich zwischenzeitlich gebessert. Er berichte von einer Minderung der Konzentrations- und Gedächtnisleistung, früher habe er ein sehr gutes Gedächtnis gehabt, sei das wandelnde Lexikon der Firma gewesen. Bei der orientierenden Überprüfung des Gedächtnisses und der Konzentration sei jedoch keine erhebliche Reduktion der Konzentrations- und Gedächtnisleistung attestierbar gewesen. Der Explorand berichte von Existenzängsten. Er habe während der Untersuchung durchgehend eine euthyme Stimmungslage gezeigt und von Stimmungsschwankungen berichtet. Er sei themenbezogen gut schwingungsfähig gewesen, seine Stimmung sei schmerzabhängig besser oder schlechter. Durch die Einnahme von Strattera habe sich seine Stimmung verbessert und er sei ausgeglichener. Im Jahr 2016 sei er sehr traurig gewesen. Aus den Schilderungen des Exploranden hätten sich keine Anhaltspunkte für eine soziale Rückzugstendenz oder eine relevante Antriebsstörung ergeben. Im Jahr 2016 habe er konkrete Suizidpläne gehabt, derzeit leide er intermittierend unter Lebensüberdrußgedanken. Suizidalität sei kein Thema mehr für ihn. Seine Arbeit bei der AI.____ helfe ihm, positive Gedanken zu fassen. Beim Exploranden fänden sich in den biographischen Schilderungen, in der Aktenlage und in den zu objektivierenden Untersuchungsbefunden verschiedene Hinweise auf das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörungssymptomatik. Die Diagnose werde auch im Bericht der ambulanten Psychiaterin und im Rahmen des Klinikaufenthalts (I.____) im Jahr 2020 erwähnt. Für das

Stellen der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung müssten zunächst die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sein. Die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeits-Störung beinhalteten das Vorhandensein von Veränderungen in der Wahrnehmung und Interpretation von Dingen und Personen, in der Affektivität, hinsichtlich der Impulskontrolle und des Umgangs mit zwischenmenschlichen Beziehungen. Das Verhalten müsse dabei so unflexibel und unangepasst erscheinen, dass es im Laufe der Jahre zu einem Leidensdruck vonseiten des Betroffenen bzw. im nahen Umfeld gekommen sei. In der Kindheit und Jugend liessen sich beim Exploranden keine dahingehenden Auffälligkeiten auf der Persönlichkeitsebene explorieren, noch stünden entsprechende Berichte in der Aktenlage zur Verfügung. Einzig würden Schulschwierigkeiten bzw. eine zurückversetzte Einschulung aufgrund Unreife und ein einjähriger Heilaufenthalt aufgrund einer somatischen Problematik beschrieben. In den biographischen Angaben zeigten sich insofern Auffälligkeiten in der Beziehungsgestaltung, als dass der Explorand eigene Anteile am Scheitern von Beziehungen (erste Ehe und darauffolgende Partnerschaft so wie in der Beziehung zum jüngeren Bruder) zu negieren scheine. Beide Ex-Partnerinnen würden als psychischer Problemfall geschildert, welche stets die Beziehung torpediert hätten und sehr eifersüchtig gewesen seien. Der jüngere Bruder habe hinterhältig ohne Begründung das gemeinsame Geschäft verkauft, nachdem er bereits zu Beginn der geschäftlichen Beziehung den Exploranden überredet gehabt habe, seine Firmenanteile so klein zu halten, dass er kein Mitspracherecht haben werde. Zusätzlich habe sich der Bruder auf den Leistungen des Exploranden ausgeruht und «eine ruhige Kugel geschoben». Die Schilderungen des Exploranden sollten nicht als unauthentisch oder unwahr deklariert werden, jedoch scheine die einseitige Schuldbelastung des Exploranden zu Ungunsten des jeweiligen Partners auffällig, auch im Sinne von fehlender Empathie für die Sicht des Gegenübers. Ähnlich gestalteten sich die Schilderungen bezüglich des Beziehungsabbruchs zu seinen beiden Kindern. Hier habe er auf eine Entschuldigung gewartet, welche von den Kindern jedoch nicht gekommen sei. Es sei durchaus möglich, dass auch gewisse Auffälligkeiten in der Beziehungsgestaltung bereits im späteren Jugendalter am Arbeitsplatz auffällig geworden wären, hätte die Ausbildung des Exploranden nicht im väterlichen Betrieb unter väterlicher Anleitung stattgefunden und hätte der Explorand nicht danach gemeinsam mit seinem Bruder eine eigene Firma gegründet, sodass dadurch eine Kompensation allfälliger Defizite stattgefunden haben könnte. Des Weiteren werde in den Schilderungen des Exploranden fortwährend ein Kränkungsleben deutlich, insbesondere hinsichtlich der Beziehung zum jüngeren Bruder, auf welche der Explorand auch formal-gedanklich eingeeengt erschienen sei. Sowohl in den Beziehungskonflikten mit Ex-Partnerinnen, auch hinsichtlich der Beziehung zum jüngeren Bruder nehme der Explorand eine Opferrolle ein und stelle sich hinsichtlich Möglichkeiten zur Intervention als passiv dar. Es könne hierbei die Einschätzung der ambulanten Psychiaterin geteilt werden, dass dieses Verhalten vermutlich durch ein umfassendes Gefühl der Minderwertigkeit, Unsicherheit oder Angst vor Kritik oder Ablehnung begründet sein könne. Des Weiteren werde die Einschätzung der ambulanten Psychiaterin hinsichtlich einer histrionischen Komponente geteilt. Die Schilderungen des Exploranden muteten teilweise theatralisch und bildhaft ausgeschmückt an. Gesamthaft werde aus gutachterlicher Sicht bei der kombinierten Persönlichkeitsstörung von narzisstischen, ängstlich vermeidenden und histrionischen Anteilen ausgegangen. Der Schweregrad werde als mittelgradig eingeschätzt. Einerseits sei es dem Exploranden gelungen, die Persönlichkeitsanteile über Jahre, vermutlich durch ein geeignetes Beschäftigungsumfeld, zu kompensieren und auch trotz den mi nachhinein geschilderten

Konflikten mit der Ex-Frau eine ca. 18-jährige Partnerschaft zu führen. Auch aktuell befinde er sich seit über zehn Jahren wieder in einer stabilen Partnerschaft und Ehe, wobei keine Konflikte geschildert worden seien. Auch sei es ihm zwischenzeitlich immer wieder gelungen, verschiedene Arbeitsplätze selbständig zu organisieren und auch die dortige Tätigkeit auszufüllen. So gebe er an, dass die Beschäftigungsverhältnisse nicht an seiner mangelnden Leistung oder letztendlich an Konflikten gescheitert seien, sondern wirtschaftliche Gründe (Pandemie, Konkurs der Firma) oder Bedenken hinsichtlich seiner somatischen Grunderkrankung dafür ursächlich gewesen seien. Dies spreche für eine Vielzahl von Ressourcen und gegen eine schwergradige Persönlichkeitsstörungssymptomatik. Hinsichtlich der Psychodynamik könne vermutet werden, dass es im Lebenslauf des Exploranden, durch verschiedene psychosoziale Belastungen wie Scheidung, Konflikte mit den Kindern, Arbeitsplatzverlust und teils schwere somatische Erkrankungen zu einer zunehmenden Akzentuierung der Persönlichkeitsstörungssymptome im Sinne einer Dekompensation gekommen sei. Aufgrund der vielfältigen psychosozialen Belastungen in nahezu allen Lebensbereichen sei der Explorand nicht mehr in der Lage gewesen, die Symptomatik zu kompensieren, da verschiedene stabilisierende Faktoren (u. a. Arbeitsplatz und soziales Umfeld) weggefallen seien oder sich zumindest krisenhaft gestaltet hätten. Von einem relevanten Einfluss der Persönlichkeitsstörungssymptomatik auf die Leistungsfähigkeit des Exploranden werde ab dem Jahr 2016 nach dem Verkauf der gemeinsamen Firma durch den jüngsten Bruder ausgegangen. Spätestens ab diesem Zeitpunkt sei es dem Exploranden nicht mehr gelungen, die erlittene Kränkung ausreichend zu kompensieren. Er reagiere unter anderem, im Sinne eines insuffizienten Copings, mit der Ausprägung einer Depressions- und Schmerzsymptomatik.

Sodann lasse sich aus den Schilderungen des Exploranden und auch der Aktenlage die Entwicklung einer depressiven Symptomatik (siehe auch Berichte über den Rehaklinikaufenthalt und von der ambulanten Psychiaterin Prof. Dr. med. F. ___) gut nachvollziehen. Auch der angegebene Schweregrad in der Aktenlage (mittelgradig) lasse sich anhand des psychopathologischen Befundes und auch der retrospektiven Angaben des Exploranden nachzeichnen. So habe er u. a. unter einer deprimierten Stimmung bis hin zu Suizidgedanken, Zukunfts- und Existenzängsten sowie Insuffizienzgefühlen, Schuldgefühlen, Minderwertigkeitsgefühlen, formalen Denkstörungen im Sinne von Gedankenkreisen und Grübeln sowie einer Antriebsstörung und einem sozialen Rückzug gelitten. Zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt habe sich eine durchgängig euthyme Stimmungslage gezeigt, vom Exploranden seien lediglich Stimmungsschwankungen, welche schmerzabhängig seien, angegeben worden. Aus den Schilderungen hätten sich keine Anhaltspunkte für einen sozialen Rückzug oder eine Beeinträchtigung des Antriebs ergeben. So sei es ihm gelungen, selbständig eine Arbeitsstelle bei der AI. ___ zu organisieren, welche er täglich besuche. Er gebe an, dass ihm die Arbeit Freude mache und sein Interesse wecke. Ebenso würden soziale Kontakte und Freizeitaktivitäten geschildert. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sei deshalb von einer Remission der depressiven Störung auszugehen. Wie bereits erwähnt, werde die depressive Symptomatik als insuffiziente Umgangsstrategien für Stress, Frustration und Konflikten vor dem Hintergrund der Persönlichkeitsstörungssymptomatik eingeschätzt, da suffiziente Coping-Strategien nur begrenzt zur Verfügung stünden. Dabei könne die Ausprägung der Depressionssymptome einen Schweregrad erreichen, welcher für die Diagnosestellung einer depressiven Störung ausreiche. Es sei jedoch nicht von einer autonomen Entwicklung einer

Depressionssymptomatik fernab der Persönlichkeitskomponente auszugehen.

Des Weiteren habe der Beschwerdeführer anlässlich der aktuellen Begutachtung davon berichtet, unter Kopf-, Schulter- und Rückenbeschwerden zu leiden. Diese seien weder in seinen Schilderungen noch als zu objektivierende Befunde im Rahmen der Untersuchungssituation im Vordergrund gestanden. Auch die Schmerzintensität sei in einem moderaten Rahmen als beginnend mit 2 ■ 3 und steigend auf 6 (auf einer Skala von 0 ■ 10) im Tagesverlauf angegeben worden. Es werde auch aus den Schilderungen des Exploranden nicht ersichtlich, dass die Schmerzsymptomatik im Alltag dafür verantwortlich sei, die verschiedenen Lebensbereiche, und damit auch die Lebensqualität des Exploranden, prioritär zu beeinträchtigen. Für die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wäre die Schilderung eines andauernden, schweren, quälenden Schmerzes gefordert, welcher nicht oder nicht ausreichend durch eine körperliche Ursache erklärt werden könne. Dieser müsse mindestens über sechs Monate anhaltend im Hauptfokus der betroffenen Person liegen. In der Folge trete meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung auf. Aus gutachterlicher Sicht seien beim Exploranden die Diagnosekriterien für eine chronische Schmerzstörung nicht erfüllt. Zum einen bestehe keine Fokussierung alleinig auf einen Schmerz, dieser werde zudem weder als quälend (beginnend am Morgen mit einer Intensität zwischen 2 und 3) noch als dauerhaft schwer bezeichnet. Aus den Schilderungen ergebe sich auch keine alleinige Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund des Schmerzerlebens. Ebenso wenig sei eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung nachweisbar. Aus gutachterlicher Sicht bestehe hinsichtlich der Schmerzsymptomatik ein enger Zusammenhang mit den reduzierten Umgangsstrategien für Stress, Konflikte und Frustration, welche sich aus der Persönlichkeitsstörungssymptomatik ergäben. Auch hierbei reagiere der Explorand bei entsprechender psychosozialer Belastung mit einem gesteigerten Schmerzempfinden, wie es vergleichbar im Rahmen der depressiven Symptomatik zu beobachten sei. Jedoch reiche aus gutachterlicher Sicht weder die Qualität noch die Quantität der angegebenen Schmerzsymptome aus, um die Diagnosekriterien für eine chronische Schmerzstörung zu erfüllen.

Einhergehend mit der neuropsychologischen Begutachtung werde sodann auch aus fachpsychiatrischer Sicht davon ausgegangen, dass beim Exploranden in der Kindheit vermutlich eine ADHS vorgelegen haben könnte. Dies werde durch Selbstbeurteilungsfragebögen und auch der Schilderung des schulischen Werdegangs unterstützt. Hinsichtlich einer ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter bestehe aus fachpsychiatrischer Sicht keine klar abgrenzbare Symptomatik, welche diese Diagnose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verifizieren könnte. Es fänden sich weder im Rahmen der 4-jährigen Ausbildung noch während der langjährigen Tätigkeit in der eigenen Firma Hinweise für eine derart ausgeprägte ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter, als dass es dadurch zu Beeinträchtigungen gekommen wäre. Selbst wenn die Symptomatik durch das Arbeitsumfeld hätte kompensiert werden können, würde dies gegen eine ausreichend schwere Symptomatik sprechen. Des Weiteren bestehe eine diagnostische Schwierigkeit dahingehend, als dass sich verschiedene Symptome einer Persönlichkeitsstörung und einer ADHS im Erwachsenenalter überschneiden. Auch Auffälligkeiten im kognitiven Bereich gälten als Allgemeinkriterien einer Persönlichkeitsstörung, ebenso wie Auffälligkeiten in der Impulsivität und in der Wahrnehmung bzw. bei der Interpretation von Situationen und

Personen. Aus gutachterlicher Sicht könnten allein aufgrund der Tatsache, dass eine ADHS-spezifische Medikation mit Strattera dem Exploranden Linderung hinsichtlich einer subjektiv erlebten Unruhe und eine Verbesserung der Konzentration zur Folge hätten, nicht von der Bestätigung einer ADHS ausgegangen werden. Ebenso wenig sei es aus fachpsychiatrischer Sicht bekannt, dass die Qualität und Quantität von Schlafstörungen alleinig dazu genutzt werden könnten, die Diagnose einer ADHS zu verifizieren (siehe Bericht Schlafmedizin J.____, 06/2020). Vielmehr sei es bekannt, dass Schlafstörungen ein wichtiges Symptom einer ADHS darstellen könnten und dessen fehlende Behandlung die ADHS-Symptomatik verstärken könne. Des Weiteren handle es sich bei der Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter nicht um ein neurologisches / somnologisches Krankheitsbild.

Des Weiteren sei beim Beschwerdeführer im Rahmen der gutachterlichen HNO-Beurteilung ein schwerer Tinnitus diagnostiziert worden. Hierbei handle es sich um eine Erkrankung, welche im Rahmen eines interdisziplinären Ansatzes zumeist vom HNO-Facharzt diagnostiziert und gegebenenfalls im psychotherapeutischen oder psychosomatischen Kontext mitbehandelt werde. Im Rahmen der aktuellen Begutachtung habe der Explorand zu keinem Zeitpunkt angegeben, durch eine Tinnitus-Symptomatik derart beeinträchtigt zu sein, dass dies vordergründig für die Einschränkung seiner Leistungsfähigkeit verantwortlich wäre. Auch im Rahmen der Untersuchungssituation seien keinerlei dahingehende Symptome oder Äusserungen vom Exploranden zu objektivieren gewesen. Auch im Bericht der ambulanten Psychiaterin fänden sich keine Hinweise auf eine vordergründige Beeinträchtigung (sowohl der Leistungsfähigkeit als auch der Lebensqualität des Exploranden) durch eine Tinnitus-Symptomatik. Aus fachpsychiatrischer Sicht werde deshalb nicht davon ausgegangen, dass diese zusätzlich einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Einschätzung oder Behandlung bedürfe. Dass ■ wie im HNO Gutachten ausgeführt ■ der Tinnitus zusammen mit der Schwerhörigkeit eine gewisse negative Interaktion zeige und zu einer vermehrten Ermüdbarkeit beitrage (v.a. in akustisch anspruchsvollen Situationen) sei zwar durchaus nachvollziehbar, jedoch habe dies aus psychiatrischer Sicht keinen direkten Einfluss und Zusammenhang zu der hier führend diagnostizierten Persönlichkeitsstörung.

8.5.2

8.5.2.1 Sodann führte die psychiatrische Gutachterin unter Einbezug des neuropsychologischen Teilgutachtens hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus, aus rein fachpsychiatrischer Sicht bestehe in einer den somatischen Krankheiten angepassten Tätigkeit grundsätzlich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Arbeitsunfähigkeit 50 %). Dies werde mit der Symptomatik einer kombinierten Persönlichkeitsstörung begründet. Aus isoliert psychiatrischer Sicht bestehe keine Veranlassung, zwischen bisheriger und angepasster Tätigkeit zu unterscheiden.

Des Weiteren ist somit zu prüfen, ob die von der psychiatrischen Gutachterin unter Einbezug der Beurteilung aus dem neuropsychologischen Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag.

Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt

werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

- Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

- Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

- gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

- behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 6.5.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass es sich bei der diagnostizierten kombinierten Persönlichkeitsstörung um eine maximal mittelgradige Ausprägung der Symptomatik handelt.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, der Explorand befinde sich in regelmässiger ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung. Die Behandlung sei indiziert, erfolge leitliniengerecht und sollte beibehalten werden. Gemäss Angaben des Exploranden erfolge insbesondere eine Fokussierung auf die Erarbeitung von Umgangsstrategien mit Stressbelastung, was als ein wesentlicher Punkt in der Krankheitsbewältigung des Exploranden angesehen werde. Des Weiteren könnten durch die ambulante Behandlung allfällig auftretende Krisensituationen, welche durch psychosoziale Belastungen entstanden seien und eine Depressions- oder Schmerzsymptomatik nach sich zögen, rasch abgefangen werden. Aus dem Verlauf werde deutlich, dass dies bereits im Jahr 2020 durch die Einweisung zur Hospitalisation geschehen sei. Dies spreche dafür, dass der Explorand sich auch in Krisensituationen rechtzeitig melden und Hilfe suchen könne. Aus gutachterlicher Sicht sei eine Intensivierung der aktuellen therapeutischen Bemühungen nicht notwendig. Die Prognose sei äusserst zurückhaltend zu stellen. Es werde davon ausgegangen, dass

dadurch keine Verbesserung der Leistungsfähigkeit erreicht werden könnte. Im Fokus der Behandlung stehe einzig die Stabilisierung des psychischen Zustands und das rechtzeitige Abfangen von Krisensituationen. Bezüglich Eingliederungserfolg resp. -resistenz sind dem Gutachten dagegen keine detaillierten Ausführungen zu entnehmen. Es ist aufgrund der gutachterlichen Erwägungen aber davon auszugehen, dass im Rahmen der attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit keine Eingliederungsresistenz besteht, zumal der Beschwerdeführer im Gutachtenszeitpunkt auch eine Tätigkeit in diesem Pensum ■ wenn auch im geschützten Rahmen ■ ausübte.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Wie aus den gutachterlichen Ausführungen (s. E. II. 6.1.5 hiervor) ersichtlich, bestand in der Vergangenheit mit der damals noch vorliegenden depressiven Episode durchaus eine relevante Komorbidität, welche in Wechselwirkung mit der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung stand. Dagegen wurden im Gutachten im Zeitpunkt der Begutachtung keine relevanten Komorbiditäten mehr genannt.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich hält die psychiatrische Gutachterin fest, die Leistungsfähigkeit des Exploranden werde zum Begutachtungszeitpunkt vor allem durch die Symptomatik der kombinierten Persönlichkeitsstörung beeinträchtigt. Erschwerend sei der Umstand, dass der Explorand nur über eine reduzierte Fähigkeit zum Umgang mit Konflikten, Stress und psychosozialer Belastung verfüge und darauf im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstörungssymptomatik mit der Ausprägung von Depressions- und Schmerzsymptomen reagiere. Aus dem Verlauf werde deutlich, dass diese Phasen immer wieder eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit nach sich zögen. Die Persönlichkeitsstörungssymptomatik führe zu leicht- bis maximal mittelgradigen Beeinträchtigungen bei der Fähigkeit, anstehende Aufgaben zu planen, zu strukturieren und diese wie geplant durchzuführen und zu beenden. Insbesondere sei der Explorand in seiner

Fähigkeit, sich im Verhalten, Denken und Erleben an wechselnde Situationen anzupassen, dies könne zeitliche, räumliche oder auch personelle Veränderungen am Arbeitsplatz betreffen, beeinträchtigt. Es gelinge ihm dabei nicht immer, seine fachlichen Kompetenzen entsprechend seines Ausbildungsniveaus und unter Berücksichtigung des Lebenshintergrunds anzuwenden. Das Aufrechterhalten eines durchgehenden Leistungsniveaus sei nicht möglich. Wie bereits in der diagnostischen Beurteilung ausführlich geschildert, bestünden beim Exploranden insbesondere auch Defizite im zwischenmenschlichen Bereich. Dadurch sei die Kontaktfähigkeit zu Dritten insofern beeinträchtigt, dass von einer Externalisierungstendenz bei Konflikten ausgegangen werden könne, welche vermutlich anfangs noch durch eine Überanpassung kompensiert werden könne. Dies betreffe auch die Fähigkeit, sich in Gruppen bzw. Arbeitsteams einfügen zu können und einen guten Kontakt aufrechtzuerhalten. Ebenfalls würden aus den Schilderungen des Exploranden Probleme im Aufrechterhalten von zwischenmenschlichen Beziehungen deutlich. Hierbei erscheine die Konfliktfähigkeit bei einer Schuldexternalisierung vermindert. Aus den Schilderungen des Exploranden ergäben sich keine Einschränkungen in den Bereichen Spontanaktivitäten und Selbstpflege. Defizite seien dahingehend auch nicht im Rahmen der Untersuchungssituation objektivierbar. Die Verkehrsfähigkeit scheine ebenfalls unbeeinträchtigt, da der Explorand das Nutzen des Autos zwar nur während 45 Minuten möglich sei, er dies jedoch durch das Nutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln kompensieren könne.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich ist auf das vorgehend unter der Kategorie «funktioneller Schweregrad» Gesagte zu verweisen. Daraus sind aufgrund der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung durchaus Einschränkungen ersichtlich, die sich in allen Lebensbereichen auswirken ■ wie beispielsweise die eingeschränkte Kontaktfähigkeit. Dagegen schilderte die Gutachterin auch, dass viele Bereiche davon unbeeinflusst blieben. Das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus ist somit zu verneinen.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden, weshalb diesbezüglich von einem mittelgradigen Leidensdruck auszugehen ist.

8.5.2.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. Gestützt auf

die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. 6.5.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag auch die gutachterliche Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit und des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Aus isoliert psychiatrischer Sicht bestehe keine Veranlassung, zwischen bisheriger und angepasster Tätigkeit zu unterscheiden. Dies werde mit der Symptomatik einer kombinierten Persönlichkeitsstörung begründet. Bei der Symptomatik handle es sich vor allem um ein inneres Erleben, welches eine verzerrte Wahrnehmung hinsichtlich der eigenen Fähigkeiten, des Verhaltens und in den zwischenmenschlichen Beziehungen zur Folge habe, und welches nicht durch eine Anpassung von Umgebungsbedingungen ausreichend beeinflusst werden könne. Es könne entsprechend auch nicht von einer höheren Arbeitsfähigkeit durch irgendwelche spezifischen Anpassungen des Arbeitsplatzes (ausser den aus Sicht der anderen Gutachten notwendigen, siehe Konsens) ausgegangen werden. Aus rein fachpsychiatrischer Sicht bestehe in einer den somatischen Krankheiten angepassten Tätigkeit grundsätzlich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Arbeitsunfähigkeit 50 %). Dies werde mit der Symptomatik einer kombinierten Persönlichkeitsstörung begründet. Die gutachterliche Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit leuchtet insbesondere auch im Lichte der Ausführungen der Gutachterin zu Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen (s. Ziff. II. 7.4 des psychiatrischen Teilgutachtens sowie zur Kategorie «funktioneller Schweregrad», s. E. II. 6.5.2.1 hiervor) ein.

Weiter hielt die Gutachterin hinsichtlich des Verlaufs nachvollziehbar fest, die in der Aktenlage wiederholt aufgeführte depressive Störung sei aus gutachterlicher Sicht derzeit remittiert und habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ebenso wenig seien aus gutachterlicher Sicht die Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erfüllt. Im Verlauf sei zu beachten, dass eine Beeinträchtigung durch die kombinierte Persönlichkeitsstörung erst ab dem Jahr 2016 bestehe. Wie in der diagnostischen Beurteilung ausführlich geschildert, handle es sich um eine maximal mittelgradige Ausprägung der Symptomatik, welche bis vor dem Verkauf der Firma (durch den Bruder) vom Exploranden in diesem Setting des familieneigenen Betriebs habe kompensiert werden können. Erst mit dem Wegfall dieses Arbeitsplatzes, dem Vertrauensbruch mit dem jüngeren Bruder, sei es zu einer Akzentuierung der Persönlichkeitsstörungssymptomatik und einer damit einhergehenden Ausprägung von Depressions- und Schmerzsymptomen gekommen, welche intermittierend stationär habe behandelt werden müssen und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nach sich gezogen habe. Zwischenzeitlich sei der Explorand jedoch auch immer wieder diversen Beschäftigungen, durchschnittlich in einem 50%-Pensum, nachgegangen. Ab Zeitpunkt des Abschlusses der Berufsmassnahmen per 10/2018 werde deshalb (unterbrochen vom stationären Aufenthalt in der I. ___ vom 7. Januar bis 18. April 2010 [recte: 2020] mit voller Arbeitsunfähigkeit) von einer stabil umsetzbaren 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Grundsätzlich sei davon auszugehen, dass bei offensichtlich guter fachlicher Qualifikation die 50%ige Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt umgesetzt werden könne. Die Einschränkungen aus isoliert neuropsychologischer Perspektive seien in der psychiatrischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit inkorporiert. Die psychiatrische Einschränkung gehe aufgrund der störungsspezifischen Aspekte leicht über die rein neuropsychologisch messbare Beeinträchtigung hinaus. Andererseits sei nicht anzunehmen, dass die leichte Leistungsminderung aus HNO-Sicht hier noch zusätzliche Einschränkungen bewirke, was auch durch das aktuell geleistete Pensum von 50 % unterstrichen werde.

8.5.2.3 Auf das beweiswertige psychiatrische Gutachten der R.____ kann somit abgestellt werden. Den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermögen auch die von der Beschwerdegegnerin mit Stellungnahme vom 7. Februar 2022 vorgebrachten Rügen nicht zu vermindern. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin wurde im psychiatrischen Teilgutachten die diagnostische Herleitung der Persönlichkeitsstörung, deren Schweregrad sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit schlüssig und umfassend begründet. Diesbezüglich kann auf die vorgehenden Ausführungen verwiesen werden. Des Weiteren bemängelt die Beschwerdegegnerin, dass sich die psychiatrische Gutachterin der R.____ nicht mit den vom Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vom 17. Mai 2018 bei der C.____ (IV-Nr. 161.5) gemachten Angaben auseinandergesetzt habe. Im Gegensatz zu seinen Angaben anlässlich der R.____-Begutachtung habe der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter der C.____ angegeben, dass die erste Ehefrau chronisch und pathologisch eifersüchtig gewesen sei und ihm noch während der Ehe vor den Kindern mit Suizid gedroht habe, wenn er einmal in der Woche alleine mit seinen Freunden unterwegs sein würde. Trotz dieser Umstände habe der Versicherte den Akten zufolge von 1989 bis 2003 mit dieser Frau in der gemeinsamen Wohnung zusammengelebt. Auch die nachfolgende Partnerin habe sich nach Angaben des Versicherten ständig das Leben nehmen wollen. Er habe ihr ständig aus Angst hinterherfahren müssen, weil er gedacht habe, dass sie sich etwas antun wolle. Dennoch habe diese Partnerschaft von 2004 bis 2008 gehalten. Inwiefern dem Versicherten vor diesem Hintergrund mangelnde Empathie attestiert werden könne, sei für den Unterzeichnenden nicht nachvollziehbar. Zudem habe der Versicherte zum damaligen Untersuchungszeitpunkt ein gutes Verhältnis zu seinen Kindern gehabt und habe das Verhältnis zu seiner jetzigen Partnerin als «die Harmonie pur» beschrieben, wobei ihn diese für die vergangenen unglücklichen Beziehungen entschädigen würde. Diesen Ausführungen der Beschwerdegegnerin ist entgegenzuhalten, dass es nicht zu beanstanden ist, wenn die Gutachterin der R.____ ihre Diagnosestellung ■ insbesondere was den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers anbelangt ■ in erster Linie auf die anlässlich ihrer Untersuchung erlangten Eindrücke und die vom Beschwerdeführer dort gemachten Angaben abstellt. Insofern sind allfällige diskrepante Angaben des Beschwerdeführers im vorherigen Gutachten von untergeordneter Bedeutung. Überdies kann nicht gesagt werden, dass die von der Beschwerdegegnerin wiedergegebenen Angaben aus dem Gutachten der C.____ der Interpretation der psychiatrischen Gutachterin der R.____ entgegenstehen, wonach die einseitige Schuldbelastung des Exploranden zu Ungunsten der jeweiligen Partnerin auffällig scheine, auch im Sinne von fehlender Empathie für die Sicht des Gegenübers. So schilderte der Beschwerdeführer seine beiden Ex-Partnerinnen de facto auch gegenüber dem Gutachter der C.____ als psychische Problemfälle und stellte sich als derjenige dar, welcher darunter gelitten hat, ohne allfällige eigene partnerschaftliche Defizite zu nennen. Und auch seine Aussage, wonach ihn seine jetzige Frau für die vergangenen unglücklichen Beziehungen entschädige, spricht eher für eine unempathische Haltung im Sinne einer einseitigen Schuldzuweisung gegenüber seinen ehemaligen Partnerinnen, wie dies von der psychiatrischen Gutachterin der R.____ interpretiert wurde.

8.6

8.6.1 Gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten vermag auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der R.____-Gutachter zu überzeugen: Die angestammte Tätigkeit als Schreiner sei aus diversen Gründen nicht mehr möglich. Dies sei schon in der EFL 08/2017

aufgrund der Rückenbeschwerden so festgehalten worden. Auch aus Sicht der Pneumologie sei wegen des Asthmas eine Tätigkeit als Schreiner nicht geeignet wegen der Staubexposition. Es sei davon auszugehen, dass die bisherige Tätigkeit bleibend nicht mehr möglich sei seit mindestens 08/2017. In einer angepassten Tätigkeit ergebe sich die wesentliche Einschränkung der zeitlichen Leistungsfähigkeit aus der Symptomatik der kombinierten Persönlichkeitsstörung, während sich aus HNO-Sicht relevante zusätzliche Einschränkungen für die Bedingungen des Arbeitsplatzes ergäben. Die in der Aktenlage wiederholt aufgeführte depressive Störung sei aus gutachterlicher Sicht derzeit remittiert und habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Optimal angepasst seien aufgrund der psychiatrischen Einschränkungen Tätigkeiten mit vorgegebener Struktur und routinemässigen Abläufen in einem sehr kleinen Team oder alleine und ohne regelmässigen oder häufigen Kundenkontakt und mit geringem Zeitdruck. Aufgrund des Tinnitus und der beidseitigen Schwerhörigkeit seien nur Tätigkeiten ohne Anforderungen an ein intaktes Gehör, häufige Kommunikation, ohne Lärmbelastung und wegen der erhöhten Erschöpfbarkeit ohne sehr hohe Anforderungen an die Konzentration zumutbar. Im Übrigen sei wegen der polypösen Pansinusitis eine Staubexposition zu vermeiden. In einer den Einschränkungen angepassten Tätigkeit sei von einer möglichen Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Diese könne bei vorhandenen Ressourcen durchaus im ersten Arbeitsmarkt umgesetzt werden.

8.6.2 Sodann ist auf die interdisziplinäre Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit im R. ___-Gutachten einzugehen. Diesbezüglich hielten die Gutachter fest, nach Wiederanmeldung für IV-Leistungen vom 21. Januar 2016 sei zunächst die akute Lumboschialgie im Vordergrund gestanden (ab 2015 erneute Zunahme nach Voroperation 04/2010, MRI Abklärung 04/2015, Infiltration 08/2015, Ausrutschen auf Eisplatte 12/2015 und Indikation zur Operation 01/2016) mit Operation am 13. Mai 2016, Re-Operation bei Wundinfekt am 25. Mai 2016 mit wechselndem Verlauf, Infiltration am 15. Februar 2017 und schliesslich am 16. August 2017 EFL mit Schlussfolgerung einer vollen Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit, bei voller Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Diese Beurteilung habe aber nur die somatischen Aspekte berücksichtigt, denen die R. ___-Gutachter weiterhin zustimmten, nicht jedoch die psychiatrischen Einschränkungen (diese seien fast zeitgleich vom behandelnden Psychiater nachvollziehbar als schwergradig eingeschätzt worden, bis hin zu potentiell selbstgefährdendem Verhalten). Demnach sei ab Dezember 2015 bis zum Beginn der Eingliederungsmassnahmen der IV ab Oktober 2016 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen. Auf diese Beurteilung kann abgestellt werden, zumal sie mit den Vorakten übereinstimmt.

Sodann hielten die Gutachter fest, ab diesem Zeitpunkt sei die Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Berufsmassnahmen der IV vom Oktober 2016 bis Oktober 2018 wie dort effektiv geleistet anzunehmen. Die Gutachter machen hierzu aber keine konkreteren Angaben. Den Vorakten ist hinsichtlich des geleisteten Pensums Folgendes zu entnehmen: Ab Oktober 2016 fanden ein Coaching sowie zwei Computerkurse statt (vgl. IV-Nr. 75, 78, 88), es wurde jedoch kein Arbeitsversuch zu einem spezifischen Pensum durchgeführt. Sodann wurde im EFL-Bericht vom 18. August 2017 (IV-Nr. 95) festgehalten, die bisherige Tätigkeit als Schreiner / Monteur sei nicht mehr zumutbar, eine angepasste leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei ab sofort zumutbar. Eine Quantifizierung der Arbeitsfähigkeit wurde jedoch nicht vorgenommen. Des Weiteren wurden folgende Eingliederungsmassnahmen durchgeführt: Vom 1. ■ 31. Januar 2018 ein

Belastbarkeitstraining mit einem Pensum von 20 % (IV-Nr. 109); vom 1. Februar ■ 30. April 2018 ein Arbeitstraining (IV-Nr. 119) mit den geleisteten Durchschnittspensen im Februar von 29.84 %, im März von 32.79 % und im April von 42.71 % (IV-Nr. 152); vom 30. April ■ 29. Juli 2018 ein Belastbarkeitstraining (IV-Nr. 136), wo das durchschnittliche Pensum 4 Stunden pro Tag betrug (IV-Nr. 179, S. 5); vom 30. Juli ■ 28. Oktober 2018 ein Arbeitstraining (IV-Nr. 155) mit den geleisteten Durchschnittspensen im August von 48.52 %, im September 51.04 % und im Oktober 53.44 % (IV-Nr. 187). Zusammenfassend ist somit für die Zeit von Oktober 2016 bis Oktober 2018 von folgendem zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit auszugehen: Zwar wurde im EFL-Bericht vom 18. August 2017 eine angepasste Tätigkeit wieder als zumutbar erachtet, wie die R.____-Gutachter hierzu aber nachvollziehbar festhielten, wurde hierbei die psychiatrische Komponente wohl nur bedingt berücksichtigt. Zudem fanden in diesem Zeitpunkt auch noch keine Eingliederungsmassnahmen im Sinne tatsächlicher Arbeitsversuche statt, so dass bis zum Beginn des Belastbarkeitstrainings vom 1. Januar 2018 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Danach ist die Arbeitsfähigkeit entsprechend der vorgenannten geleisteten Pensen (Januar 20 %, Februar von 29.84 %, März von 32.79 %, April von 42.71 %) festzulegen. Schliesslich ist ab Mai ■ Oktober 2018 gestützt auf die vorgehenden Ausführungen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Was die Beschwerdegegnerin dagegen vorbringt, vermag nicht zu überzeugen. So bleibt das Argument, wonach der Versicherte nach eigener Einschätzung noch in einem höheren Pensum arbeitsfähig gewesen wäre, hätte er beim Einsatzbetrieb die Möglichkeit gehabt, sich mittags hinlegen zu können, hypothetisch. Zudem ist es nicht nachvollziehbar, was die Beschwerdegegnerin aus dem Einwand ableiten will, wonach beim Beschwerdeführer während der bis 10/2018 durchgeführten beruflichen Eingliederungsmassnahmen die Schmerzen im Vordergrund gestanden hätten, die dem Versicherten aufgrund der Medikation das selbständige Führen eines Personenkraftwagens verunmöglicht hätten, was heute jedoch nicht mehr zutrefte.

Schliesslich vermag auch die übrige retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der R.____-Gutachter zu überzeugen, wonach nach Abschluss der beruflichen Massnahmen im Oktober 2018 eine durchgehende Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden habe. Die Gutachter führten diesbezüglich aus, im C.____-Gutachten 07/2018 sei eine volle zeitliche Präsenzfähigkeit mit einer um 15 % verminderten Leistungsfähigkeit postuliert worden, auch für die angestammte Tätigkeit (gemäss Ansicht der R.____-Gutachter unter Zugrundelegung eines nicht realistischen Tätigkeitsprofils als Kaufmann, zudem im Widerspruch zur ausführlichen und bezüglich körperlicher Belastbarkeit plausiblen EFL von 08/2017). Insbesondere aber sei die führende Persönlichkeitsproblematik zwar diskussionsweise gestreift, aber nicht als Diagnose aufgegriffen worden. Zum Zeitpunkt dieses Gutachtens sei der Explorand in der Berufsmassnahme (S.____, 50%-Pensum) gewesen und es werde aus Sicht des RAD (27. August 2018) unter Verweis auf das C.____-Gutachten von einer optimalen Eingliederung mit möglicher voller Arbeitsfähigkeit ausgegangen und entsprechend die beruflichen Massnahmen per 28. Oktober 2018 beendet. Im Abschlussbericht Berufsberatung vom 20. Dezember 2018 werde gleichzeitig festgestellt, dass eine Steigerung wesentlich über 50 % nicht gelungen sei. Aus heutiger gutachterlicher Sicht könne auf das C.____-Gutachten 07/2018 insofern nicht abgestützt werden, als es wesentliche psychiatrische Aspekte zu wenig gewürdigt und für die Bemessung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt habe. Wie oben dargelegt sei die (grundsätzlich bestehende und lange kompensiert gehaltene) kombinierte

Persönlichkeitsstörung nach Stellenverlust und Verkauf der Firma durch den Bruder ab 2016 nachhaltig dekompenziert und zeitweise durch eine höhergradige Depression zusätzlich belastet worden. Mit Abschluss der Berufsmassnahmen könne bei oben geschilderter diagnostischer Differenz nicht von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, sondern sei eine stabil erreichbare Leistungsfähigkeit von 50 % im ersten Arbeitsmarkt unter Einhaltung der diversen qualitativen Limiten möglich. Eine Steigerung sei im weiteren Verlauf konkret nie möglich gewesen. Unterbrochen werde die Arbeitsfähigkeit durch den stationären Aufenthalt in der I. ___ vom 7. Januar bis 18. April 2010 [recte: 2020] mit voller Arbeitsunfähigkeit.

9. Nachfolgend ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Während die Beschwerdegegnerin im Vorbescheid vom 20. Mai 2019 noch einen Einkommensvergleich gemacht hat und hierbei sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen auf die LSE 2014 TA1_tirage_skill_level, 45 ■ 96, Niveau 3, abgestellt hat, hat sie in der angefochtenen Verfügung auf einen Einkommensvergleich verzichtet.

9.1 Beim Valideneinkommen handelt es sich um eine hypothetische Grösse, indem nicht ohne weiteres auf den ■ unter Umständen schon länger zurückliegenden ■ zuletzt tatsächlich erzielten Verdienst abzustellen ist (BGE 114 V 310 E. 3b S. 314; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 559/04 vom 16. Februar 2005 E. 2.1), sondern darauf, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2011 IV Nr. 55 S. 163 8C_671/2010 E. 4.5.1; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 327).

Ob der Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiter im Bettenfachgeschäft seiner Familie aus gesundheitlichen Gründen aufgeben musste (wovon die IV-Stelle ausging; s. Protokolleintrag vom 16. Juni 2016, IV-Protokoll S. 11). kann offengelassen werden, da die betreffende Firma ■ W. ___ ■ wie aus dem Handelsregister ersichtlich per 30. Januar 2017 aufgelöst wurde, womit beim Valideneinkommen ohnehin nicht auf das dort erzielte Einkommen, sondern auf einen Tabellenlohn abzustellen ist. Der durch die Beschwerdegegnerin im Vorbescheid herangezogene Tabellenlohn LSE 2014 TA1_tirage_skill_level, 45 ■ 96 (Sektor 3 Dienstleistungen), Niveau 3 (3 = Komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen), erscheint jedoch vorliegend nicht gerechtfertigt. Zwar sind aus dem Auszug aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers in den Jahren vor dem Invaliditätseintritt ähnlich hohe Löhne ersichtlich (vgl. IV-Nr. 72), wie sie sich auch aus der Anwendung der vorgenannten LSE-Tabelle im Kompetenzniveau 3 ergeben würden. Der Betrieb der Familie des Beschwerdeführers ■ die W. ___ AG ■ wurde jedoch bereits 2016 aus wirtschaftlichen Gründen geschlossen. Der Beschwerdeführer hätte somit auch ohne Eintritt des Gesundheitsschadens eine andere Stelle suchen müssen. Bei einer solchen neuen Stelle erscheint es trotz abgeschlossener Schreinerlehre und Berufserfahrung nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer weiterhin gleich hohe Einkommen hätte erzielen können, wie als Mitarbeiter und Verwaltungsrat im familiären Betrieb. Es rechtfertigt sich demnach, im betreffenden Tabellenlohn auf das Kompetenzniveau 2 abzustellen.

Da gestützt auf die Ausführungen der R.____-Gutachter von einem Ablauf des Wartejahres per Dezember 2016 auszugehen ist, ist demnach die erste Invaliditätsberechnung in diesem Zeitpunkt vorzunehmen, womit die LSE 2016 TA1_tirage_skill_level, 45 ■ 96, Niveau 2, anwendbar sind. Dies ergibt per 1. Dezember 2016 ein Valideneinkommen von CHF 66'453.10 (CHF 5'312.00 x 12, Aufrechnung Wochenstunden [:40 x 41.7]). Danach bestand gestützt auf die Beurteilung der R.____-Gutachter von Januar bis April 2018 durchschnittlich eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % sowie ab Mai 2018 durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, womit der Invaliditätsgrad auch per 1. Januar 2018 sowie 1. Mai 2018 zu errechnen ist. Somit beträgt das Valideneinkommen unter Anwendung der LSE 2018 TA1_tirage_skill_level, 45 ■ 96, Niveau 2 per 1. Januar 2018 und per 1. Mai 2018 jeweils CHF 65'952.70 (CHF 5'272.00 x 12, Aufrechnung Wochenstunden [:40 x 41.7]).

9.2

9.2.1 Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, eine angepasste Tätigkeit zu 50 % auszuüben, er aber bislang keiner Tätigkeit im zumutbaren Ausmass nachgeht, muss das Invalideneinkommen ebenfalls aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden.

Aufgrund des im R.____-Gutachten festgelegten Zumutbarkeitsprofils, erscheint eine Tätigkeit im Kompetenzniveau 3 ■ Komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen ■ nicht mehr zumutbar. So formulierten die Gutachter folgendes Zumutbarkeitsprofil: Optimal angepasst seien aufgrund der psychiatrischen Einschränkungen Tätigkeiten mit vorgegebener Struktur und routinehaften Abläufen in einem sehr kleinen Team oder alleine und ohne regelmässigen oder häufigen Kundenkontakt und mit geringem Zeitdruck. Aufgrund des Tinnitus und der beidseitigen Schwerhörigkeit seien nur Tätigkeiten ohne Anforderungen an ein intaktes Gehör, häufige Kommunikation, ohne Lärmbelastung und wegen der erhöhten Erschöpfbarkeit ohne sehr hohe Anforderungen an die Konzentration zumutbar. Im Übrigen sei wegen der polypösen Pansinusitis eine Staubexposition zu vermeiden. Demnach ist es gerechtfertigt, beim Invalideneinkommen auf die LSE TA1_tirage_skill_level, 45 ■ 96, und dort auf das Kompetenzniveau 2 ■ Praktische Tätigkeiten wie Verkauf / Pflege / Datenverarbeitung und Administration / Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten / Sicherheitsdienst / Fahrdienst ■ abzustellen, da der Beschwerdeführer über langjährige Berufserfahrung im Dienstleistungsbereich verfügt, auf welche er trotz der genannten Einschränkungen aufbauen kann. Daraus ergeben sich unter Einbezug der jeweiligen Arbeitsfähigkeiten und vorbehaltlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (s. E. II. 9.2.2 hiernach) folgende Invalideneinkommen: Per 1. Dezember 2016 CHF 0.00; per 1. Januar 2018 CHF 19'785.80 (CHF 5'272.00 x 12, Aufrechnung Wochenstunden [:40 x 41.7], davon 30 %); per 1. Mai 2018 CHF 32'976.35 (CHF 5'272.00 x 12, Aufrechnung Wochenstunden [:40 x 41.7], davon 50 %).

9.2.2 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 pflichtgemäsem 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).

Die Beschwerdegegnerin hat keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich ein solcher rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen.

Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 48 bzw. 50 Jahren zur Zeit der Einkommensvergleiche keinen Abzug. Dagegen rechtfertigt sich aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem Pensum von 50 % tätig sein kann, ein Abzug. So verdienten Männer in den Jahren 2016 und 2018 in einem Pensum von 50 ■ 74 % gemäss der Tabelle des Bundesamtes für Statistik T18 (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) weniger als Männer in einem Vollzeitpensum. Sodann geht aus dem vorstehend aufgeführten gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil (s. E. II. 9.2.1 hiervor) hervor, dass die Einschränkungen nicht unerheblich sind, so dass es sich rechtfertigt, ■ unter Einbezug eines Abzugs wegen Teilzeittätigkeit ■ insgesamt einen Abzug von 10 % vorzunehmen.

Damit ergeben sich folgende Invaliditätsgrade: Per 1. Dezember 2016 100 %; per 1. Januar 2018 73 % (Valideneinkommen CHF 65'952.70 / Invalideneinkommen CHF 17'807.20 [CHF 19'785.80 abzüglich

E. 5.1

Der Beschwerdeführer bringt vor, die Gutachter der C.____ hätten in der interdisziplinären Beurteilung ausgeführt, er könne sowohl im Bettenfachgeschäft als auch als Angestellter bei der Firma S.____ 8,5 Stunden pro Tag arbeiten; möglich seien leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten. Dabei sei unter anderem auch davon ausgegangen worden, dass im Bettenfachgeschäft nur in geringem Umfang schwere Arbeiten anfielen (vgl. interdisziplinäre Begutachtung, S. 7). Dies entspreche jedoch so nicht den Tatsachen. Laut der Beurteilung des ehemaligen Arbeitgebers seien die im Rahmen der dortigen Tätigkeit ausgeführten Arbeiten zu 90 % handwerklicher und nur zu 10 % administrativer Art. Zu den konkreten Aufgaben des Beschwerdeführers hätten unter anderem die Vornahme von Reparaturen, die Annahme und Kommissionierung von Waren, die Vornahme von Umzügen mit schweren Lasten, die Spezialanfertigung von Bettgestellen sowie das Be- und Entladen von Fahrzeugen gehört. Daher könne entgegen der gutachterlichen Annahme gerade nicht davon ausgegangen werden, dass dem Beschwerdeführer eine berufliche Tätigkeit in seinem angestammten Beruf uneingeschränkt möglich sei. In Kenntnis der tatsächlichen Tätigkeit im Bettenfachgeschäft sei evident, dass der Beschwerdeführer diese nicht mehr ausüben könne. Im Weiteren sei selbst für die physisch einfachere Tätigkeit bei der Firma S.____ keine volle Leistungsfähigkeit gegeben. Dies bestätige auch die Arbeitgeberin, wie deren Schreiben vom 23. Oktober 2018 entnommen werden könne.

Daher könnten die hiervon abweichenden gutachterlichen Feststellungen nicht nachvollzogen werden. Auch könne nicht nachvollzogen werden, weshalb sich die Leistungseinschränkung von 15 % nur auf die bisherige Tätigkeit im Bettenfachgeschäft und nicht auch auf eine Tätigkeit in einer angepassten Tätigkeit beziehen solle. Vor dem Hintergrund, dass es sich bei der Einschränkung um eine solche im kognitiven Bereich (vermindertes Kurzzeitgedächtnis, Verlangsamung der Auffassung bei komplexeren Aufgabenstellungen, schnelle Ermüdbarkeit, schlechte Konzentration, verminderte Lernfähigkeit) handle, müsse vielmehr davon ausgegangen werden, dass diese sich gerade bei kognitiv anstrengenden Arbeiten wie beispielweise administrativen Tätigkeiten oder Büroarbeiten mehr auswirke als bei rein körperlichen oder mechanischen Verrichtungen. Insofern könnten auch hier die gutachterlichen Feststellungen nicht nachvollzogen werden. Zudem würden die Voraussetzungen einer angepassten Tätigkeit von den Gutachtern unterschiedlich definiert. So gehe der neuropsychologische Gutachter davon aus, dass eine angepasste Tätigkeit kürzere, konzentrativ weniger anspruchsvolle Aufgaben mit verlängerter Bearbeitungszeit, klaren Instruktionen und dem Einsatz von Checklisten umfasse (vgl. neuropsychologisches Teilgutachten, S. 10). Er stelle weiter fest, dass Einschränkungen auch in der angestammten Tätigkeit bestünden, äussere sich jedoch nicht abschliessend zu der Frage, ob die tatsächliche Tätigkeit des Beschwerdeführers bei S.____ diesen Vorgaben entspreche und daher als angepasste Tätigkeit qualifiziert werden müsse, oder ob auch hier ein weiterer Abzug vorgenommen werden müsse. Auch die interdisziplinäre Beurteilung nehme insoweit keinen Abzug vor. Daher müsse hier von einer unzureichenden Ermittlung des Sachverhalts ausgegangen werden. Gegen eine volle Leistungsfähigkeit in einer vermeintlich angepassten Tätigkeit wie derjenigen bei der S.____ AG spreche auch, dass die Arbeitgeberin ebenfalls auf eine stark reduzierte Leistungsfähigkeit, eine schnelle Ermüdbarkeit sowie eine Unkonzentriertheit hinweise. Zudem seien die Hörbeeinträchtigungen des Beschwerdeführers nicht ausreichend gewürdigt worden. Insbesondere höre er gerade bei Umgebungsgeräuschen sehr wenig und leide unter dem Tinnitus, der das Hören zusätzlich erschwere. Vom Hörgeräteakustiker sei ihm Anfang 2020 eine Hörleistung trotz Hörgeräteversorgung von allenfalls noch 65 % bescheinigt worden. Dennoch sei keine Erkrankung auf allgemeinmedizinisch-internistischem Gebiet diagnostiziert und es sei die Hörminderung nicht als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beschrieben worden, obwohl beispielsweise der neuropsychologische Gutachter in der klinischen Beobachtung ein auffälliges Instruktionsverständnis sowie als dessen Ursache die Hörschwierigkeiten beschreibe (vgl. neuropsychologisches Teilgutachten, S. 7). Auch beim Jobcoaching seien mehrfach Verständigungsprobleme sowie Schwierigkeiten beim Verstehen aufgrund der Hörbehinderung beklagt worden (vgl. Bericht T.____ vom 14. Dezember 2018). Insofern müsse von tatsächlich nachteiligen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Vonseiten des Hörgeräteakustikers sei zudem bestätigt worden, dass die Hightech-Hörgeräte an ihre Grenzen stiessen und hier auch bei einer Anpassung der Einstellungen keine Besserung mehr erwartet werden könne. Sodann sei dem Beschwerdeführer von der IV mit Mitteilung vom 29. Mai 2019 nun auch eine Kostengutsprache für ein Spezialtelefon erteilt worden, was ebenfalls darauf hindeute, dass es tatsächlich durch die Hörminderung negative Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gebe. Sodann sei der Schlafapnoe und der damit verbundenen Müdigkeit keine ausreichende Beachtung geschenkt worden. Insofern müsse ebenfalls von unzureichenden gutachterlichen Feststellungen ausgegangen werden. Des Weiteren bestünden hinsichtlich

des psychiatrischen Teilgutachtens erhebliche Bedenken, was die Schlüssigkeit der darin enthaltenen Feststellungen betreffe. Insbesondere erscheine die Angabe von Dr. med. U.____, wonach das Medikament Tramadol deutlich unterdosierte sei, nicht haltbar. Dr. med. D.____ habe hierzu ausgeführt, dass der Medikamentenspiegel auch von der Metabolisierung abhängt, die individuell unterschiedlich ausgeprägt sein könne, wobei nie abgeklärt worden sei, welcher Metabolisierungstyp der Beschwerdeführer sei, sodass vorliegend keine sicheren Rückschlüsse aus der Medikamentenkonzentration gezogen werden könnten. Auch die gutachterliche Ablehnung einer psychiatrischen Diagnose und der Verweis auf rein psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) sowie der Ausschluss des Vorliegens einer somatoformen Schmerzstörung überzeugten in dieser Form nicht. Insbesondere sei von Dr. med. U.____ hier kein Bezug zur vorliegenden ADHS hergestellt und vielmehr eine mögliche Aggravation angenommen worden. Nach den Angaben von Dr. med. D.____ könnten jedoch gerade auch eine gestörte Körperwahrnehmung sowie ein Überspielen der Schmerzen, das wie eine Simulation wirke, ein Ausdruck der bestehenden ADHS-Erkrankung sein. Damit müsse davon ausgegangen werden, dass beim Beschwerdeführer als psychiatrische Diagnose eine ADHS festgestellt werden könne. Insofern seien die hiervon abweichenden, gutachterlichen Feststellungen nicht nachvollziehbar. Zudem sei im Mai 2019 von der behandelnden Psychiaterin, Prof. Dr. med. F.____, die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode ohne somatische Symptome gestellt worden. Auch diese Diagnose könne nicht mit den blanden Diagnosen des Gutachters in Einklang gebracht werden und lasse deutliche Zweifel an der Richtigkeit und Vollständigkeit der gutachterlichen Feststellungen aufkommen. Hierzu müsse betont werden, dass sich der Beschwerdeführer vom 7. Januar bis zum 18. April 2020 in stationärer Behandlung in der I.____ befunden habe. Es sei dort die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, einer chronischen Schmerzstörung sowie einer ADHS im Erwachsenenalter gestellt worden. Zudem sei die Verdachtsdiagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung erhoben worden. Da die Diagnose durch eine ausführliche Testung erstellt und erhärtet worden sei, könnten die hiervon abweichenden gutachterlichen Feststellungen, die das Vorliegen einer ADHS verneinten, nicht nachvollzogen werden. Im aktuellen Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 18. Juni 2020 werde als Diagnose ebenfalls eine schwere ADHS festgehalten, die nach den vorgenommenen Abklärungen auch als Ursache der Schlafproblematik und der daraus resultierenden erheblichen Störung der psychomotorischen Vigilanz angesehen werden müsse. Auch dieser Befund bzw. diese gesundheitliche Entwicklung hätte bei Verfügungserlass noch berücksichtigt werden müssen, da sie bereits vor Verfügungserlass eingetreten sei. Durch die Beschwerdegegnerin seien der stationäre Aufenthalt jedoch nicht berücksichtigt und auch auf das Wiedererwägungsgesuch des Beschwerdeführers hin die angegriffene Verfügung nicht aufgehoben worden. Zudem sei im psychiatrischen Teilgutachten die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung nicht bestätigt und keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert gestellt worden. Diese Einschätzung stehe im diametralen Gegensatz zur Einschätzung der behandelnden Ärzte, die den Beschwerdeführer seit Jahren behandelten und aus vielen Therapiesitzungen kennen. Von der behandelnden Psychiaterin seien hierzu nochmals ausführliche Testungen vorgenommen worden, die die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, ängstlich-vermeidenden und abhängigen sowie perfektionistischen Zügen im Ergebnis bestätigt hätten. Somit stehe das psychiatrische Teilgutachten auch im Widerspruch zu diesen Befunden und Ergebnissen der

Testung. Zudem müsse auch nach Vornahme einer Indikatorenprüfung von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgegangen werden. Wenn der RAD sodann in seiner Stellungnahme vom 13. Januar 2020 davon ausgehe, dass das Tramal abgesetzt worden sei und eine Schmerzbehandlung nur noch mittels Novalgin vorgenommen werde, so sei dies ebenfalls falsch. Tatsächlich nehme der Beschwerdeführer täglich 6 – 8 x Novalgin ein und Tramal ebenfalls, jedoch nur bei Bedarf. Allein mit Novalgin könne nur eine Schmerzreduktion auf VAS 4-5 erreicht werden, jedoch keine vollständige Schmerzfreiheit. Die Umstellung von Tramal weg auf Novalgin sei vor allem mit Blick auf die unter Medikation mit Tramal nicht mehr vorhandene Fahrfähigkeit vorgenommen worden. Des Weiteren hätte bei Vornahme eines Einkommensvergleichs angesichts der gutachterlich bestätigten Einschränkungen und des reduzierten Zumutbarkeitsprofils ein leidensbedingter Abzug vorgenommen werden müssen. Nach der hierzu ergangenen Rechtsprechung sei ein Abzug vom Tabellenlohn insbesondere bei einem vorgerückten Alter des Arbeitnehmers, einer bisherigen beruflichen Tätigkeit einzig im erlernten Berufsbereich sowie einer reduzierten Leistungsfähigkeit vorzunehmen (vgl. Urte. 9C_236/2014 vom 29. September 2014). Dafür spreche auch, dass der Beschwerdeführer im Vorbescheid nach TA1, Kompetenzniveau 3, eingeordnet worden sei, so dass vorliegend von ihm in seinem angestammten Beruf nicht nur einfache Tätigkeiten körperlicher und handwerklicher Art, sondern darüber hinausgehende Arbeiten im Bürobereich bzw. komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzten, erwartet worden seien. Insofern erschliesse sich erst recht nicht, weshalb bei derart komplexen Aufgabenstellungen keine kognitive Leistungseinschränkung bestehen solle und weshalb es sich bei der Tätigkeit des Beschwerdeführers vor der oben genannten Beschreibung seiner Leistungsfähigkeit überhaupt um eine angepasste Tätigkeit handeln solle. Tatsächlich entspreche die mit komplexen Strukturen und Aufgabenstellungen verbundene Tätigkeit gerade nicht dem erstellten Zumutbarkeitsprofil, das ausweislich des neuropsychologischen Gutachtens kürzere, konzentrativ weniger anspruchsvolle Aufgaben mit verlängerter Bearbeitungszeit, klaren Instruktionen und dem Einsatz von Checklisten umfassen müsse. Insofern erscheine die Vornahme eines leidensbedingten Abzugs zwingend notwendig. Es sei von der Rechtsprechung bereits allein für die Notwendigkeit einer Wechselbelastung ein Abzug von 10 % vorgenommen worden (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2010, 8C_548/2010), ohne dass hier auch bereits eine reduzierte kognitive Leistungsfähigkeit allgemein sowie die Notwendigkeit von leichten Arbeiten in rückschonender Haltung berücksichtigt worden seien. Hinzu komme, dass der Beschwerdeführer derzeit bereits 51 Jahre alt sei, sodass angesichts des fortgeschrittenen Alters hier ein höherer als nur 10%iger Abzug gerechtfertigt erscheine. Sofern ein Einkommensvergleich vorgenommen werde, hätte dann zur Ermittlung des Invalideneinkommens nicht auf das bisherige Einkommen, sondern auf die Werte nach LSE abgestellt werden müssen. Tatsächlich müsse nach obigen Darstellungen davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr tätig sein könne und daher in einer angepassten Tätigkeit allenfalls nach LSE 2014 TA1 Total Männer Kompetenzniveau 1 ein Einkommen von allenfalls CHF 66'791.00 (CHF 5'340.00 / Monat hochgerechnet auf 41,7 h Woche) erzielen könnte. Da der Beschwerdeführer zudem seine Teilzeitstelle bei der V.____ wieder verloren habe, hätte auf die Tabellenwerte nach LSE abgestellt und dabei dann auf die Monatslöhne gemäss LSE-Tabelle TA1, «Total Privater Sektor», abgestützt werden müssen (vgl. Urteil 8C_458/2017 vom 6. August 2018 E. 6.2.3). Von der Rechtsprechung sei dabei auch bereits

entschieden worden, dass bei versicherten Personen, die nach Eintritt eines Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten könnten, vom Totalwert im niedrigsten (und am schlechtesten bezahlten) Anforderungsniveau 4 auszugehen sei (vgl. Urteil 8C_18712015 vom 20. Mai 2015). Stelle man das Valideneinkommen von CHF 90'010.00 dem so ermittelten Invalideneinkommen von CHF 66'791.00 gegenüber und nehme hierbei noch einen leidensbedingten Abzug von 20 % vor, so ergebe sich allenfalls ausgehend selbst von einer 100%igen Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ein Invalideneinkommen von CHF 53'432.80, eine Einkommensdifferenz von CHF 36'577.20 und ein IV-Grad von 41 %. Nehme man hingegen eine nur 50%ige Leistungsfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit an, wie dies oben postuliert werde, so ergebe sich sogar eine Einkommensdifferenz von CHF 63'293.60 und ein IV-Grad von 70 %. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer in einer körperlich geeigneten Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufweise. Es wäre ihm somit möglich und zumutbar, weiterhin ein Renten ausschliessendes Einkommen zu erwirtschaften, würden die Gutachter doch davon sprechen, dass bei uneingeschränkt möglicher Arbeitszeitpräsenz eine Leistungsfähigkeit von 85 % sogar in seiner angestammten Tätigkeit bestehe. Damit entspreche der Invaliditätsgrad maximal dieser Einschränkung von 15 %. Es könne somit auf einen eigentlichen Einkommensvergleich verzichtet werden. Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege, bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Berufliche Massnahmen seien nicht (mehr) angezeigt. Mit Blick auf die RAD-Stellungnahme vom 13. Januar 2020 verfange die Kritik des Beschwerdeführers am Administrativgutachten nicht. Hinsichtlich Anamnese, Befund und Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie hinsichtlich der Begründung der daraus gezogenen Schlussfolgerungen gebe dieser gutachterliche Bericht hinreichend Auskunft. Widersprüche zwischen den erhobenen Befunden und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen seien nicht erkennbar. Zudem seien die darin enthaltenen Feststellungen und Beurteilungen einsichtig und verständlich gemacht worden. Auf den Bericht könne folglich in Übereinstimmung mit dem RAD abgestellt werden (BGE 125 V 351 E. 3a). Der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit zu 85 % arbeitsfähig. In dieser Konstellation stelle sich die Frage nach einem allfälligen Tabellenlohnabzug nicht (mehr). Weitere berufliche Massnahmen seien nicht zielführend, da sich der Beschwerdeführer nicht im von Seiten der Gutachter attestierten Ausmass arbeitsfähig fühle. In diesem Zusammenhang sei darauf zu verweisen, dass er sich eine weitere Erhöhung seines Pensums beim Trainingsarbeitsplatz nicht zugetraut habe, weshalb diese Eingliederungsmassnahme habe beendet werden müssen. Auch bei einer Erwerbseinbusse von 20 % wäre zufolge (teilweise) fehlender subjektiver Eingliederungsbereitschaft kein Anspruch auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen ableitbar, zumal der Beschwerdeführer während einer angemessenen Zeit durch die berufliche Eingliederung unterstützt worden sei. Bei der Stellensuche sei zudem keine besondere Unterstützung durch die Invalidenversicherung erforderlich, was sich auch daran zeige, dass er selbständig eine Teilzeitanstellung habe finden können. 6. Streitig und zu prüfen ist somit, ob es die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung vom 24. März 2020 zu Recht abgelehnt hat, dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente zuzusprechen. Aufgrund der gestellten Rechtsbegehren hat die in der Verfügung vom 24. März 2020 ebenfalls enthaltene Verweigerung weiterer beruflicher Massnahmen als nicht angefochten zu gelten. Ob eine

anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) – durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Ablehnungsverfügung – vorliegend am 16. Juni 2011 – bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 24. März 2020 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

6.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen ursprünglichen Verfügung vom 16. Juni 2011 erfolgte die Verneinung des Rentenanspruchs durch die Beschwerdegegnerin nicht aufgrund einer Sachverhaltswürdigung der medizinischen Unterlagen, sondern aufgrund der Erhebungen aus dem Intake-Gespräch vom 12. April 2011 (IV-Nr. 27), wonach der Beschwerdeführer bei seiner damaligen Arbeitgeberin, W.____, in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig und auch arbeitstätig sei. Es ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Verfügungszeitpunkt mit den damals bereits bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu 100 % arbeitsfähig und eingegliedert war.

6.2 Bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. März 2020 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

6.2.1 Im Bericht betreffend Arthro-MRI des Schultergelenks links vom 3. August 2012 (IV-Nr. 33.2, S. 10) wurde zur Beurteilung ausgeführt:

- Ausgedehnte transmurale Ruptur der Supraspinatussehne, unmittelbar am Ansatz im ventralen Bereich und reichend bis ca. 1,0 cm medial davon im mittleren und dorsalen Bereich von sagittal betrachtet. Verdacht auf eine breite ansatznahe Unterflächenläsion des Infraspinatussehne sowie eine kleine Partialruptur der kranialen Komponente der Subscapularissehne.
- Verdacht auf eine höhergradige Ruptur des Ligamentum coracohumerale. Bizepssehne unauffällig.
- Keine fettige Degeneration / Atrophie der gesamten Rotatoren-Muskulatur.

6.2.2 Im Bericht betreffend MRI der LWS vom 8. April 2015 (IV-Nr. 33.2, S. 12) wurde folgender Befund festgehalten:

«Multisegmentale Unregelmässigkeiten der Abschlussplatten wie beim abgelaufenen Morbus Scheuermann; Streckfehlhaltung der Lendenwirbelsäule mit dem Eindruck auf begleitender linkskonvexer Beugung des thorakolumbalen Übergangs; aktivierte Osteochondrose auf Höhe von LWK 4/5 mit begleitender minimaler dorsaler Diskusvorwölbung etwas linksseitig betont. Begleitend Facettengelenk mit linksseitiger Betonung, konsekutive Tangierung und Verdacht auf Irritation der linken L5-Nervenwurzel im intraspinalen Verlauf. Facettengelenkshypertrophie. Keine Spinalkanaleinengung oder Nervenwurzelirritation. Aktivierte Osteochondrose auf Höhe von LWK5 / SWK1 mit begleitender links mediolateraler dorsaler Diskusvorwölbung, zusätzlich ergebe sich der Eindruck auf vermehrte Venarbnungen im linken Recessus lateralis mit konsekutiver Komprimierung der linken S1-Nervenwurzel im intraspinalen Verlauf. Facettengelenkshypertrophie; linksseitige Laminektomie von LWK5. Interspinosum Interponat auf Höhe von LWK5 / SWK1.»

6.2.3 Im Bericht des B.____ vom 27. Januar 2016 (IV-Nr. 35, S. 4) wurde folgende Diagnose gestellt: - Deutliche Degeneration L4 – S1 mit rezessaler und foraminärer Stenose L5/S1 links bei Zustand nach Dekompression und interspinöser Distraktionsoperation vor einigen Jahren Die Röntgenuntersuchung sowie auch die MRT-Untersuchung, welche in der Zwischenzeit durchgeführt worden seien, zeigten die oben genannte Situation mit insgesamt recht guter Korrelation mit den Beschwerden des Beschwerdeführers. Die interspinöse Distraktion funktioniere in dieser Form nicht mehr, die Dornfortsätze seien arrodiiert und das Implantat sei in die Dornfortsätze eingesunken, eine relevante Distraktion sei hier nicht mehr zu verzeichnen.

Als Nebenprodukt dieser OP-Methode sei es jetzt zu einer Hyperpression im interspinösen Bereich L4/5 gekommen, dies könnte man hier als Morbus Baastrup werten und sei ebenfalls für Schmerzen in Reklination gut erklärt. Die ausstrahlenden Schmerzen in das linke Bein seien aufgrund der erheblichen rezessalen und foraminale Stenose auf der linken Seite in der Etage L5/S1 erklärt, hier sei einerseits eine Hypertrophie des Facettengelenkes vorliegend, auf der anderen Seite auch eine Diskusprotrusion. Es gebe eigentlich keine anderen Möglichkeiten mehr als die operative Indikation, in diesem Falle müsse eine Zwei-Etagen-Fusion L4 – S1 durchgeführt werden. 6.2.4 Im Bericht des X.____ Allergologisch-Immunologische Poliklinik, vom 28. November 2016 (IV-Nr. 79, S. 8) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Chronisch polypöse Rhinosinupathie mit / bei - United airways Syndrom (Asthma) - 7-malige NNH-Operation erstmals 1997, letztes Mal 2007 - persistierende Anosmie - keine Sensibilisierung auf ubiquitäre Aeroallergene - Immundefektsyndrom, wahrscheinlich, unklarer Denomination 2. Immundefektsyndrom wahrscheinlich mit / bei - unklarer Denomination - selektier IgG-Antikörpermangel gegen Pneumokokken-Polysaccharide - Verminderung der Memory B-Zellen im peripheren Blut - IgG3 Subklassenmangel 3. Asthma bronchiale mit / bei - nicht-allergischer Genese - United airways Syndrom bei chronischer Rhinosinupathie 4. Subtotale Diskektomie L5/S1, Segmentaufrichtung und Abstützung mit Synfix cage unter interkorporeller Spondylodese 13.05.2016 mit / bei 1. chronisch rezidivierende lumbale / lumboischialgeformte Schmerzen 2. Dekompression und interspinöse Abstützung L5/S1 2010

E. 6

Schwere familiäre Konflikte und Belastungen aktuell und in der Biographie Beim Beschwerdeführer habe sich eine schwere innere Problematik, wie schon erwähnt in der Form von Insuffizienzgefühlen und damit kompensatorisch hohen Idealvorstellungen an sich selbst, aufgrund der narzisstischen Neurose gezeigt. Die schweren psychosozialen Belastungen (Verlust des eigenen Geschäftes, bzw. des Arbeitsplatzes mit schwieriger Stellensuche, bzw. Wiedereingliederung durch die IV; objektivierbares chronisches Rückenleiden mehrfach operiert mit körperlichen Einschränkungen, therapieresistenten Schmerzen und ungewisser Prognose) hätten bei ihm jeweils grosse Kränkungen ausgelöst. Diese führten immer wieder zu Krisensituationen mit Zukunftsängsten und Depressionen. Dabei falle es ihm besonders schwer, seine körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt zu sehen, da er zuvor Spitzenleistungen im Beruf vollbracht gehabt habe, die nun nicht mehr möglich seien. Diese Krisensituationen müssten immer wieder durch engmaschige psychotherapeutische Interventionen aufgefangen werden, da der Beschwerdeführer in solchen Phasen in grösste Selbstzweifel gerate mit der Gefahr von selbstgefährlichen Handlungen. 6.2.7 Im Bericht der Orthopädie AA.____ vom 4. Dezember 2017 (IV-Nr. 106, S. 5) wurden folgende Diagnosen gestellt: - Lumboischialgien beidseits - Status nach ALIF L5/S1 vom 13. Mai 2016 - Status nach Débridement eines oberflächlichen Wundinfekts vom 25. Mai 2016 - Status nach Dekompression und interspinöser Abstützung L5/S1 2010 Vom 28. Juni 2016 bis 13. September 2016 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der Beschwerdeführer leide aktuell unter Lumboischialgien, welche in beide Beine ausstrahlten. Dies sei bereits von längerer Dauer und aktuell sei er deshalb auch in der IV-Abklärung. Er habe Schmerzen, welche von der Lendenwirbelsäule nach gluteal und in die dorsalen Oberschenkel bis auf Höhe der Knie ausstrahlten. Intermittierend verspüre er zudem Kribbelparästhesien. Nachts wache er manchmal von einer einschliessenden Schmerzsymptomatik auf. Aktuell sei er im AB.____ in Behandlung und nehme eine Medikation mit Tramal ein. Dies helfe ihm, das Schmerzniveau zu halten. Liegende

Position helfe ihm am meisten, ansonsten sei eine alternierende Tätigkeit mit Sitzen und Stehen von Vorteil. Eine Infiltration der Facettengelenke im Juni 2017 habe ihm geholfen, er verspüre nun besonders links aber wieder eine Zunahme der Schmerzhaftigkeit. Er präsentiere sich mit Lumboischialgien beidseits von längerer Dauer. Klinisch und MR-tomographisch zeige sich kein neuer Befund bei bereits vorhandenen Degeneration des Anschlusssegmentes L4/5 und eine bekannte, nicht progrediente Discushernie L4/5. Die Schmerzsymptomatik könne teilweise durch die Degeneration der Anschlusssegmente erklärt werden, jedoch bestehe sicherlich auch eine chronifizierende Komponente. Eine operative Therapiemöglichkeit bei dieser Symptomatik sehe man aktuell nicht. Es werde weiterhin eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit empfohlen (Heben ca. 15 kg). Es sollten hier alternierende Tätigkeiten mit Sitzen und Stehen durchgeführt werden. Förderlich wäre dabei sicherlich eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes. Es könnte dadurch die Arbeitsfähigkeit erhöht werden.

6.2.8 Im Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ vom 28. Juli 2018 (Fachrichtungen: Orthopädie, Psychiatrie, Neurologie, Allgemeine Medizin, Neuropsychologie; IV-Nr. 161.2) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronisch wiederkehrende lumbale und lumboischialgiforme Schmerzen bei Status nach Dekompression und interspinöser Abstützung L5/S1 2010 (AC.____) und bei Status nach subtotaler Diskektomie L5/S1 mit Segmentaufrichtung und Abstützung mit Synfix- Cage unter interkorporeller Spondylodese mit InductOs am 13. Mai 2016 mit Status nach postoperativem Bauchwandabszess mit operativer Abszessdrainage und Sanierung am 25. Mai 2016, bei aktuell im MRI der LWS vom 27. April 2018 aktivierter Osteochondrose LKW4/5, Diskopathie mit links mediolateraler nach kaudal luxierender Bandscheibenhernie LWK4/5 mit möglicher Reizung der linken rezessalen L5-Wurzel und der linken foraminale L4-Wurzel bei funktioneller Belastung und mit Verdacht auf residuelle winzige Bandscheibenhernie LWK5/SWK1 bei Status nach Cage-Einlage mit möglicher Reizung der linken rezessalen S1-Wurzel. - Neuropsychologisch leichte kognitive Einschränkungen von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen multifaktorieller Genese, subjektiv bestehend, psychiatrisch, neurologisch, orthopädisch und internistisch nicht bzw. schwer nachvollziehbar Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Wiederkehrende Schulterschmerzen rechts bei Status nach arthroskopischen Operationen 2008 und 2012, mit aktuell klinisch vollumfänglich unauffälligem Befund - Wiederkehrende Kniegelenksschmerzen rechts bei Status nach, im Alter von fünf Jahren konservativ behandelte, Schien- und Wadenbeinfraktur rechts und Status nach im Dezember 1981 operativ behandelte Patellafraktur rechts - Knick-Senk-Spreizfuß beidseits - Leichtes Schlafapnoesyndrom – nicht arbeitsrelevant - Inkonsistentes Verhalten mit Pseudo-Kamptokormie und in Art und Ausprägung nicht nachvollziehbaren Angaben zu Müdigkeit und kognitiven Störungen - Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54) Zur Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten seien dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Möglich sei in Betrachtung des Wirbelleidens eine leicht bis mittelschwere körperliche Arbeit. Wirbelsäulenhaltungsmonotonien und lange statische Belastungen der Wirbelsäule, insbesondere Belastungen der Wirbelsäule ausserhalb der Körperachse, seien ungünstig. Aufgrund der rechtsseitigen Schulterbefunde seien dem Versicherten schultergelenkbelastende Arbeiten und hier insbesondere mehr als gelegentliche Arbeiten in Abduktion oder Anteversion der rechten Schulter über 90° nicht mehr zumutbar. Betreffend das rechte Kniegelenk seien dem Versicherten Tätigkeiten mit

endgradiger Beugung im Gelenk und Tätigkeiten im Knien nicht mehr zumutbar. Zudem seien überwiegend im Stehen und Gehen zu erbringende Tätigkeiten, häufiges Stehen und Gehen im unebenen Gelände und das Steigen auf Leitern und Gerüste sowie häufiges Treppensteigen nicht mehr zu empfehlen. Festzustellen seien leichte kognitive Einschränkungen, welche geringe Beeinträchtigungen bedingten: Der Beschwerdeführer habe etwas mehr Mühe als durchschnittlich, eine übliche Menge an Informationen (z.B. Instruktionen) für eine kurze Zeit im Gedächtnis zu halten, eine übliche Menge an neuen Informationen zu lernen, zu behalten, frei zu erinnern und wiederzuerkennen. Bei konzentrativ anspruchsvolleren Aufgaben sei er etwas langsamer. Er entwickle etwas weniger eigene Ideen, lasse sich durch widersprüchliche Informationen etwas stärker stören. Er ermüde subjektiv rasch. Diese leichten Einschränkungen könnten in der Tätigkeit lediglich eine leichte Minderung der Arbeitsfähigkeit (im Sinne von Leistungsminderung bei ganztägiger Präsenz) um maximal 15 % erklären. Medizinisch zumutbar seien jedoch eher kürzere, konzentrativ weniger anspruchsvolle Aufgaben oder aber etwas mehr Zeit für deren Bearbeitung. Anzunehmen seien längere Lernzeiten und etwas längere Einarbeitungszeiten. Notwendig seien klare Instruktionen. Checklisten könnten hilfreich sein. Bei solchen Tätigkeiten bestünden auch unter Berücksichtigung der kognitiven Störungen keine Einschränkungen der quantitativen Arbeitsfähigkeit (sowohl hinsichtlich Leistungsfähigkeit als auch betreffend Arbeitspräsenzfähigkeit). Unter Zugrundelegung der Mini-ICF-APP mit 13 zu beurteilenden Fähigkeiten ergebe sich beim Versicherten keine Fähigkeitsstörung. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führten die Gutachter aus, der Versicherte könne sowohl selbständig erwerbend im Bettenfachgeschäft als auch als Angestellter bei S. ___ in einer Bürotätigkeit, wie nun zuletzt, 8,5 Stunden pro Tag arbeiten. Seine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum sei dabei reduziert um den Anteil der anfallenden schweren körperlichen Arbeit. In geringem Umfang seien im Bettenfachgeschäft schwere Arbeit angefallen, bei S. ___ im Büro fielen keine schweren Tätigkeiten an. Die neuropsychologisch festzustellenden leichten kognitiven Einschränkungen multi-faktorieller Genese bedingten eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Versicherten in der angestammten Tätigkeit um maximal 15 %. Gesamtwertend addierten sich die Einschränkung keine schwere körperliche Arbeit mehr verrichten zu sollen und das Bestehen der leichten kognitiven Einschränkungen prozentual nicht, sondern würden einander beinhalten. Somit sei bei uneingeschränkt möglicher Arbeitszeitpräsenz eine Leistungsfähigkeit von 85 % in der Tätigkeit eines selbständigen Kaufmanns eines Bettenfachgeschäfts gegeben. Uneingeschränkt seien Arbeitszeitpräsenz und Leistungsfähigkeit für die gegenwärtig ausgeübte Tätigkeit des Versicherten bei S. ___. In einer ideal dem Leiden angepassten Tätigkeit bestehe für den Versicherten keine Einschränkung der möglichen täglichen Arbeitszeitpräsenz und keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Die Teilarbeitsunfähigkeiten hinsichtlich des Unvermögens, schwere körperliche Arbeit zu verrichten, und der leichten kognitiven Einschränkungen addierten sich nicht. Während der im Rahmen des Betreibens des Bettenfachgeschäfts anfallenden schweren körperlichen Tätigkeiten kämen die leichten kognitiven Einschränkungen des Versicherten nicht zum Tragen. Neben der von orthopädischer Seite zu konstatierenden Einschränkung des Versicherten hinsichtlich schwerer körperlicher Arbeit seien aber nur leichte kognitive Einschränkungen bei dem Versicherten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit festzustellen. Weitere Arbeitsunfähigkeit begründende Diagnosen würden von keiner der am Gutachten beteiligten Fachdisziplinen gestellt. 6.2.9 In ihrem

Bericht vom 30. Oktober 2018 (IV-Nr. 188, S. 2) hielt Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, da der Psychiater des Beschwerdeführers ferienabwesend gewesen sei, habe sie den Beschwerdeführer insgesamt zwei Stunden explorativ befragt und zuvor das Gutachten gelesen. Die im C.____-Gutachten aus neuropsychologischer Sicht erhärteten Hinweise, dass der Beschwerdeführer an einer ADHS leide (ev. Folge seiner Frühgeburt), würden deutlich sichtbar in seinem Umgang mit Stress. Dieses doch augenfällige Verhalten habe er möglicherweise, als er noch im Familienbetrieb tätig gewesen sei, zu kompensieren vermocht, indem ihm die anderen Mitglieder entgegengekommen seien. Die aktuelle Belastung sei eine andere und nicht mehr kompensierbar. Da seien die Schmerzen, die Schmerzmedikation, die chronische Entzündung, das schwere, offensichtlich nicht adäquat behandelte Schlaf-Apnoe-Syndrom, das wiederum die zur Verfügung stehenden Medikamente einschränke. Zuletzt die Interaktion von sedierenden Medikamenten mit der noch diagnostizierbaren ADHS. Dadurch werde die Belastbarkeit / Ausdauer / Konzentration / Fahrtüchtigkeit nochmals reduziert. Bezüglich des Medikaments Tramadol, welches ein Opioid sei, sei festzuhalten, dass Personen mit einer bestimmten genetischen Variante eine schnelle Metabolisierung der Prodrug in Drug hätten, sodass die Opioidkonzentration schnell im Blut ansteige und auch schnell wieder abflauge. Bei den Slow - Metabolisierern sei alles umgekehrt. Die Metabolisierungsrate sei beim Beschwerdeführer nie abgeklärt worden. Die Gesundheitsstörung an der LWS sei stark beeinträchtigend und umfasse neben den Schmerzen auch die Nebenwirkungen der Opioide und von anderen Schmerzmitteln, sowie den Umgang mit und die Auswirkungen auf dem Boden der erwähnten kognitiven Beeinträchtigungen durch die ADHS-Symptomatik (Exekutivfunktionen). Alles in allem summiere sich das zu einer psychischen Belastung. Schwierigkeiten bei Einschränkungen der Exekutivfunktionen ergäben sich beim Beschwerdeführer in / bei Flexibilität, Selbstregulierung (Umgang mit Stress), Planung, Entscheidungsfindung. Dadurch komme es zu einem unorganisierten Verhalten oder kompensatorisch zu einer Überkompensation, rigidem unangepasstem Verhalten mit Beharren, das nur schwer an die Umgebungssituation angepasst werden könne. Bekannt seien ferner Stimmungsschwankungen (Suizidalität etc. im Gutachten erwähnt). Im Gutachten werde eine psychiatrische Erkrankung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung ausgeschlossen. Hier fehle der Bezug auf die veränderten Exekutivfunktionen im Rahmen der angenommenen ADHS. Genau hier würden sie vorausgesetzt, wo sie fehlten. Die schwere Tagesmüdigkeit könnte verschiedene Ursachen haben: Bei ADHS sei dies typisch, Kurzschlaf, weiter, weitermachen. Hinzu kämen die latenten Infektionsherde (Nase, Rücken), sowie das schwere Schlaf-Apnoe-Syndrom. Die Pseudo-Kamptokormie sei eine Körperhaltung. Hier werde eine Simulation unterstellt, deren medizinische Ursache nicht vorhanden sei (Parkinson). Inwieweit der gesamte Umgang mit Schmerzen etc. auch hier eine Entsprechung haben könnte, würde sie, Dr. med. D.____, nicht prinzipiell ausschliessen, da bei ADHS auch die Körperwahrnehmung, Motorik etc. (Basalganglien) veränderte Aktivität zeigten. Bekannt sei, dass ADHS-Patienten zwischenzeitlich Schmerzen vollständig überspielten. Das möge dann wirken, wie wenn er simulieren würde. Die chronische Vereiterung der Nebenhöhlen bis in die Stirne mit Polypenbildung habe eine ursächliche Wirkung auf die Schlafstörung und das Apnoe-Syndrom. Die Schlafstörungen wegen der Schmerzen, die beeinträchtigte Ausdauer / Geduld, die chronische Infektion, der enorm laute Tinnitus. Der Beschwerdeführer benötige eine extreme Aufmerksamkeit um zu verstehen, was gehört werde, und spreche laut. Er sehe sich genötigt, mit lautem Radio zu schlafen, um das

hochfrequente Tinnitusgeräusch zu übertönen. All das schlage sich neben der Schlafstörung auf eine fehlende Vitalität tagsüber. Zusammenfassend seien die ADHS-Symptome beim Beschwerdeführer heute noch diagnostizierbar. 6.2.10 In seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2019 (IV-Nr. 195) führte der Psychiater Dr. med. AD.____, C.____, aus, beim Beschwerdeführer seien verschiedene Auffälligkeiten zu bemerken. Es hätten Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der bisherigen Inanspruchnahme von Behandlungen bestanden. Bei dem Versicherten sei ein nur geringer Leidensdruck trotz intensiver geschilderter Beschwerden erkennbar gewesen. Schilderung intensiver Schmerzen bis zu VAS 10, aber vage und diffus beschriebene Beschwerden, Vermeidung inhaltlicher Festlegung. Die Modulierbarkeit der Beschwerden durch Ruhe, Aktivität, Tageszeit, Medikation, Behandlung und Ablenkung habe gefehlt. Die Angaben zum Krankheitsverlauf und den bisherigen Behandlungen seien unpräzise gewesen; es sei ein fast unmittelbarer Zusammenhang mit der beruflichen Aufgabe des Bruders aufgefallen. Eigene Massnahmen zu Krankheitsbewältigung hätten kaum vernommen werden können. Es sei aber ein appellativer, demonstrativer Beschwerdevortrag aufgefallen. Beim Versicherten könne keine relevante, versicherungsmedizinisch bedeutsame eigenständige psychiatrische Diagnose gestellt werden. Die Gutachter gingen von der ICD-10 Diagnose F54 aus. Auch hätten sich keine Hinweise auf eine somatoforme Störung ergeben, wie schon aus den Vorbefunden hervorgegangen sei. Neuropsychologisch sei im interdisziplinären Gutachten zwar eine leichte, jedoch für die Arbeitsfähigkeit kaum relevante kognitive Einschränkung festgestellt worden. Eine ADHS möge beim Versicherten in der Kindheit vorgelegen haben, gegenwärtig habe eine ADHS jedoch nicht bestätigt werden können. Die diesbezüglichen Äusserungen der Psychiaterin Frau D.____ müssten somit als nicht valide angesehen werden. Auch die fachfremde Aussage der Psychiaterin, es läge ein schweres Schlafapnoe-Syndrom vor, sei unrichtig. Gemäss polysomnographischer Untersuchung vom 5. und 6. Juni 2018 habe allenfalls ein leichtes Schlafapnoe-Syndrom nachgewiesen werden können, dies ohne klinische Relevanz. Trotz der Angabe von täglich regelmässiger Tramadolinnahme gegen Schmerzen seien keine detektierbaren Medikamentenspiegel im Serum nachweisbar gewesen. Zusammenfassend könne speziell dem ärztlichen Bericht der Psychiaterin Frau D.____ fachlich und versicherungsmedizinisch nicht gefolgt werden. Eine versicherungsmedizinische Neubeurteilung könne somit trotz Vorlage eines neuen psychiatrischen Berichtes nicht erfolgen, vielmehr müsse davon ausgegangen werden, dass die Ärztin über den aktuellen Zustand des Versicherten nicht hinreichend informiert sei oder die aktuellen Befunde nicht zur Kenntnis nehme. 6.2.11 Prof. Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 30. Mai 2019 (IV-Nr. 204) eine depressive Episode, aktuell mittelschwer ohne somatische Symptome (F32.19), sowie einen Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung. Zur Begründung führte Prof. Dr. med. F.____ aus, insgesamt ergäben sich vielfältige Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung mit Beginn in der frühen Jugend. Der Beschwerdeführer sei selbstunsicher und impulsiv, versuche es allen recht zu machen und erkenne seine Leistungsgrenzen nicht. Sein clowneskes Auftreten bestehe seit der Schulzeit; sein Jähzorn belaste die Beziehungen. Dies habe somatische Folgen im Bereich der Wirbelsäule sowie nach Hörstürzen in einem Tinnitus und einer Hörminderung gehabt. Wie der behandelnde Psychiater sehe sie, Prof. Dr. med. F.____, Hinweise für eine narzisstische Persönlichkeitsstörung mit Krankheitswert. Zudem weise der Beschwerdeführer aktuell eine depressive Episode auf. Für eine ADHS finde sich jetzt im Erwachsenenalter kein

sicherer Hinweis. Bei komorbider Persönlichkeitsstörung sei diese Diagnose auch in der Kindheit fraglich. Medikamentös werde er aktuell mit 900 mg Johanniskraut sowie Schmerzmedikamenten behandelt. In Anbetracht der Symptomlast empfehle sie, Prof. Dr. med. F.____, den Wechsel auf ein synthetisches Antidepressivum. 6.2.12 Im Bericht der Memory Clinic des B.____ vom 13. Juni 2019 (IV-Nr. 206), unterzeichnet von einer Neurologin und einer Neuropsychologin, wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung - ätiologisch nicht geklärt, DD teilweise im Rahmen Diagnose 2 - neuropsychologische Untersuchung vom 29. April 2019 und 23. Mai 2019: leicht bis mittelgradige Einbussen im Bereich der Aufmerksamkeit, in der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, im verbalen Gedächtnis und in den Exekutivfunktionen sowie leichte Einschränkungen im Benennen - MRI Hirn 13. Juni 2019: vaskuläre Enzephalopathie (Fazekas Score 1 bis beginnend 2). Keine umschriebene Atrophie. Normale Gefäßdarstellung. - laborchemische Diagnostik: Dyslipidämie 2. Verdacht auf depressive Stimmungslage (F 33.2) - DD teilweise schmerzbedingt bei chronischen lumbovertebralen Schmerzen 3. Chronifizierte lumbovertebrale Schmerzen - St.n. Discushernienoperation 2010 - St.n. lumbosacraler Versteifungsoperation LWK 5/ SWK 1 Mai 2016 Im direkten Kontakt könne bei unauffälliger Kommunikation kein schwerwiegendes sprachliches Defizit festgestellt werden. Die detaillierte neuropsychologische Untersuchung zeige diesbezüglich und betreffend die Anamnese leichte bis mittelgradige Einbussen im Bereich der Aufmerksamkeit, in der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, im verbalen Gedächtnis und in den Exekutivfunktionen sowie leichte Einschränkungen im Benennen. Das Bild entspreche einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung. Die Ätiologie sei nicht ganz klar und höchstwahrscheinlich multifaktoriell. Einen wesentlichen Beitrag dürfte die affektive Symptomatik leisten. Laut anamnestischen Angaben über Schwierigkeiten mit Lernen in der Schule bei Frühgeburt sowie Wiederholen des Kindergartens und der ersten Klasse dürfte ein Teil der Beschwerden bereits prämorbid bestanden haben. Weiter dürften sich die Schmerzproblematik sowie die verminderte Schlafqualität (Atemprobleme, Durchschlafstörung) zusätzlich negativ auf die Hirnleistung auswirken. Im Vergleich mit dem neuropsychologischen Teiltutachten vom 6. Juli 2018 zeigten sich teilweise ähnliche Resultate (verbales Gedächtnis, Arbeitsgedächtnis), andere Leistungen seien jedoch aktuell deutlich schlechter (Aufmerksamkeitsfunktionen, Exekutivfunktionen). Eine mögliche Erklärung für die Diskrepanz wäre, dass der zweite Termin der aktuellen Testung an einem Nachmittag durchgeführt worden sei, wo eine deutlich verminderte Belastbarkeit und rasche Ermüdung aufgefallen seien. Die ergänzend diagnostisch durchgeführte MRI-Untersuchung des Hirns ergebe keinen richtungsweisenden Befund. Die dargestellte leichtgradige DD vaskuläre Leukencephalopathie könne nicht als läsiogene Ursache der festgestellten Beschwerden betrachtet werden. Zusammengefasst zeigten sich in den erhobenen Untersuchungen objektivierbare Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, eine leichtgradige DD vaskulär mikroangiopathisch bedingte Leukencephalopathie (bei vaskulären Risikofaktoren einer neu festgestellten Dyslipidämie und eines Zustandes nach Nikotinkonsum) sowie klinisch deutliche Hinweise auf eine depressive Episode mit symptomführender Adynamie und Antriebslosigkeit sowie genannten subjektiven kognitiven Störungen. Aufgrund der erhobenen Befunde sei symptomführend von einer kognitiven Störung im Rahmen einer psychoreaktiven Genese, DD bei manifester Depression auszugehen. Ein läsiogener und somit auch kausaler Zusammenhang der Beschwerden und der objektivierten kognitiven Einschränkung mit der dargestellten

diskreten Leukencephalopathie sei nicht herzustellen. Gegebenenfalls wäre diagnostisch eine erneute Abklärung im Hinblick auf das bekannte Schlaf Apnoe Syndrom hinsichtlich weiterer therapeutischer Optionen zielführend. 6.2.13 Dr. med. G.____, Facharzt für Pneumologie FMH, führte in seinem Bericht vom 11. Oktober 2019 (IV-Nr. 207, S. 3) aus, nach Durchsicht der vom Beschwerdeführer mitgebrachten und der vorliegenden Akten komme er zum Schluss, dass die Diagnoseliste und die Reihenfolge der Diagnoseprioritäten nicht mehr aktuell seien. Er komme zu folgenden Diagnosen: 1. ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrom) ICD-10-R53.82, ICD10-G93.3 - 13. Juni 2019 MRI Hirn Neurologie KSO: Vaskuläre Enzephalopathie (Fazekas Score 1 bis 2) - FSS (Fatigue Severity Score: 7/7 Punkte (maximale Punktezahl) - Hypersomnie; Nicht erholsamer Schlaf - Mittelschweres Rückenlage assoziiertes symptomatisches OSAHS ED 2006 (obstruktives Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom) - 14. September 2019 AHI Rückenlage 14,9/h, ODI 21,2/h - Sozial extrem störende Rhonchopathie - Paradoxe thorakoabdominale Atembewegungen - 09/2019 Beginn CPAP-Therapie 2. Nicht allergisches eosinophiles Asthma bronchiale 2008 (Morbus Widal) - Ungenügend kontrolliert (Asthma-Kontrolltest 19/25 Punkte) - Chronische polypöse Rhinosinuitis mit / bei Nasennebenhöhlen-Operationen (Total 7) 1995 – 2007 - Persistierende komplette Anosmie - 09/2018 Methacholintest: Schwere unspezifische bronchiale Hyperreagibilität - 09/2018 eNO 43 ppb (leichtgradige untere eosinophile Atemwegsentzündung) 3. Infektanfälligkeit (Immundefekt-Syndrom) (CVID?) X.____, Immunologie, Professor Arthur Helbling - Normochrome normozytäre Anämie 4. Mittel- bis hochgradige Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits 07/2018 - Hörgeräteversorgung 5. Schweres schmerzhaftes Panvertebralsyndrom (Beginn nach Sepsis 05/2016) -

E. 10

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung, wie mit Kostennoten vom 15. Juli 2020 und 16. Februar 2022 geltend gemacht auf CHF 6'218.80 festzusetzen (22.25 Stunden zu CHF 250.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen und MwSt).

10.2 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 hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

10.3 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des R.____-Gutachtens vom 14. Dezember 2021 von CHF 22'239.75 zu tragen.

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

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

E. 11

Oktober 2018 DEXA-untersuchung: Kein Hinweis für Osteoporose oder Osteopenie - 05/2016 Sepsis mit/bei 6. Postoperativer Bauchwandabszess durch Streptococcus dysgalactiae mit/bei 1. Status nach Diskektomie L5/S1 und Segmentaufrichtung mit Abstützung am 13. Mai 2016 (fecit: Professor Dr. AE.____ 13. Mai 2016) AA.____ 2. 25. Mai 2016 Operative Abszessdrainage und Sanierung 7. NSAR-Intoleranz; Klinisch Verdacht auf Histaminintoleranz (Hartkäse, Wein, Senf, Essig, Gewürze) / mit / bei Verdacht auf Morbus Widal Aufgrund der Untersuchungen ergänzt mit Fragebogen und der Durchsicht der vom Beschwerdeführer mitgebrachten IV-Begutachtungsakten komme er, Dr. med. G.____, zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer für die Bestätigung der Diagnose 1 die wichtigste Untersuchung, nämlich eine Polysomnographie in einem Schlafkompetenzzentrum mit interdisziplinärer Beurteilung, fehle. Erfahrungsgemäss handle es sich bei dem Chronic Fatigue Syndrom um eine Ausschlussdiagnose und ein sehr komplexes Krankheitsbild. Typisch sei ein akuter postinfektiöser Beginn, wie dieser beim Beschwerdeführer nach septischem Krankheitsbild infolge Bauchabszess und Immundefektsyndrom, erfolgt sei. Patienten die von Diagnose 1 (CFS) betroffen seien, würden mit einer 50%igen Wahrscheinlichkeit ihre Berufsfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) verlieren und in einem geringen Teil könne eine teilweise Arbeitsfähigkeit von 50 % oder weniger wieder erreicht werden. Empfohlenes Procedere: Weiterabklärung der Diagnose 1 (CFS) in einem schlafmedizinischen interdisziplinär geführten Kompetenzzentrum, zum Beispiel Klinik J.____, Prof. AF.____, oder X.____. 6.2.14 In ihrer Stellungnahme vom 13. Januar 2020 (IV-Nr. 209) hielt Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie FMH, RAD, fest, psychiatrischerseits würden neu eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (F32.0) und eine krankheitswertige narzisstische Persönlichkeitsstörung (F61) diagnostiziert. Weder die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode noch die Diagnose Persönlichkeitsstörung seien aus den klinischen Befunden im Bericht von Prof. Dr. med. F.____ nachvollziehbar. Die beobachteten, objektiven Befunde von Prof. Dr. med. F.____ korrelierten mit der gutachterlichen Beschreibung eines narzisstisch geprägten, exaltiert histrionisch wirkenden Exploranden. Die depressiven Symptome fänden sich nur in den subjektiven Angaben. Beide Diagnosen (Depression und Persönlichkeitsstörung) seien vom psychiatrischen Gutachter 2018 explizit verneint worden. Vom Pneumologen werde die Erschöpfbarkeit im Rahmen einer Myalgischen Enzephalopathie (ME) bzw. Chronic Fatigue Syndrom (CFS) gesehen. Die vermehrte Tagesmüdigkeit und Erschöpfbarkeit und die kognitiven Einbussen seien Gegenstand der gutachterlichen Abklärungen gewesen. Im Rahmen der neurologischen Beurteilung sei deshalb eine Polygraphie (Schlafabklärung) und eine neuropsychologische Abklärung durchgeführt worden. Die Polygraphie habe den Befund eines leichten obstruktiven Schlafapnoe

Syndroms ergeben, die Neuropsychologie habe leichte, unspezifische neurokognitive Einbußen gezeigt. Vergleiche man die Anamnese des Versicherten bezüglich dieser Beschwerden anlässlich der Begutachtung mit seinen Angaben in der aktuellen neuropsychologischen Abklärung, sei keine relevante Zunahme erkennbar. Für die Beurteilung der Auswirkung dieser Symptome auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht die diagnostische Zuordnung entscheidend, sondern die funktionellen Einschränkungen, die sich daraus ergäben. Diese seien im Gutachten exploriert worden und in die Beurteilung eingeflossen. Die neurokognitiven Befunde hätten sich in der neuropsychologischen Testung gegenüber den Vorbefunden leicht verschlechtert. Wie die beurteilende Neurologin ausführe, sei von einer kognitiven Störung im Rahmen einer psychoreaktiven Genese auszugehen. Ein läsiogener und somit auch kausaler Zusammenhang der Beschwerden und der objektivierten kognitiven Einschränkung mit der dargestellten diskreten Leukencephalopathie sei nicht herzustellen. Unter Berücksichtigung der gutachterlichen Beurteilung der Konsistenz und Validität der Beschwerdepräsentation durch den Versicherten sei die durch die neuen Abklärungsberichte geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen. Die psychiatrische Beurteilung durch Prof. Dr. med. F. ___ sei nicht schlüssig. Der Pneumologe interpretiere die vorbestehenden Beschwerden unter einem neuen diagnostischen Begriff, äussere sich aber weder zur funktionellen Auswirkung noch zur Arbeitsfähigkeit. Gegen eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes spreche auch, dass die vorgeschlagene Anpassung der medikamentösen Behandlung der «Depression» nicht erfolgt sei. Weder im Bericht der Memoryclinic noch im Bericht des Pneumologen fänden sich Hinweise auf eine Therapieumstellung der Antidepressiva. Die Schmerzmedikation sei angepasst worden, indem das Tramal (Opiod) durch Novalgin bei Bedarf ersetzt worden sei. Das wiederum spreche für einen geringeren Leidensdruck, wirke Novalgin doch deutlich weniger stark.

6.2.15 Im Austrittsbericht der I. ___ vom 25. April 2020 (IV-Nr. 221, S. 25), in welcher der Beschwerdeführer vom 7. Januar bis 18. April 2020 hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt: - Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10 F90.0) - vorbeschrieben: Vd. a. narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F60.8) DD Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und dependenten Anteilen Somatische Diagnosen - Myalgische Enzephalomyelitis / Chronic-Fatigue-Syndrom (ICD10 R53.82, ICD10 G93.3) - Obstruktives Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom, 09/2019 Beginn CP-Therapie - Nichtallergisches eosinophiles Asthma bronchiale 2008 (Morbus Widal) - Persistierende komplette Anosmie - Infektanfälligkeit (Immundefekt-Syndrom) - Mittel- bis hochgradige Schallempfindlichkeit / Schwerhörigkeit bds. 07/2018 · Hörgerätversorgung - Schweres schmerzhaftes Panvertebral-Syndrom (Beginn nach Sepsis 05/2016) · St. n. Diskektomie L5/S1 und Segmentaufrichtung mit Abstützung am 13. Mai 2016 - Postoperativer Bauchwandabszess durch Streptococcus dysgalactiae bei: · 25. Mai 2016 operative Abszessdrainage und Sanierung - NSRA-Intoleranz: Klinisch Vd. a. Histamin-Indoleranz (Hartkäse, Wein, Senf, Essig, Gewürze) Der Beschwerdeführer habe zu Beginn eine ausgeprägt depressive Symptomatik gezeigt, habe von einer anhaltenden und als sehr belastend empfundenen psychophysischen Erschöpfung berichtet, einer durchgehend bestehenden Schmerzproblematik und diversen somatischen Beschwerden. Diagnostisch habe er dabei die ICD-10 Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung, sowie die einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

erfüllt. Er habe sich durch die stationäre Aufnahme sehr entlastet gefühlt und durchgehend sehr motiviert und engagiert an einem individuell angepassten und multimodalen Therapieprogramm teilgenommen. Im Behandlungsverlauf hätten sich wiederholt Hinweise auf eine ADHS im Erwachsenenalter ergeben, weswegen eine ausführliche neuropsychologische Abklärung initiiert worden sei. Im Rahmen der neuropsychologischen Testung habe die Diagnose bestätigt werden können, wodurch sich der Beschwerdeführer zusätzlich etwas entlastet gefühlt habe. Medikamentös sei zur Reduktion der ADHS-assoziierten Symptome (innere Unruhe, Anspannung, leichte Ablenkbarkeit, Konzentrationsstörungen, etc.) zunächst eine versuchsweise Einstellung auf Ritalin erfolgt, auf das der Beschwerdeführer gut reagiert habe. Anschliessend sei eine Umstellung auf Focalin XR erfolgt, das wegen insuffizienter Wirkung im weiteren Verlauf erfolgreich auf Elvanse umgestellt worden sei. Darunter sei es zu einer deutlichen Reduktion der starken inneren Unruhe und Anspannung gekommen, Konzentration und Aufmerksamkeit hätten sich gebessert und die Stresstoleranz habe leicht gesteigert werden können. Insgesamt sei es zu einer deutlichen Zustandsstabilisierung gekommen, vor allem in Bezug auf die psychischen Beschwerden. Im Bereich der somatischen Beschwerden habe eine leichte Verbesserung erzielt werden können und der Beschwerdeführer habe die Klinik in gebessertem Zustand verlassen können. Der Beschwerdeführer sei ab 20. April 2020 bis 3. Mai 2020 zu 80 % arbeitsunfähig, die weitere Beurteilung erfolge durch den zuständigen Nachbehandler. Angesichts des komplexen und bereits langjährigen psychosomatischen Krankheitsbilds erachte man zumindest eine IV-Teilberentung als sinnvoll. Eine schrittweise Wiedereingliederung am Arbeitsmarkt mit Unterstützung der IV, z. Bsp. im Sinne eines Belastbarkeitstrainings und einer ausführlichen Arbeitsabklärung wäre angesichts der hohen Arbeitsmotivation auf Seiten des Beschwerdeführers in Betracht zu ziehen. Wobei bei etwaigen Wiedereingliederungsmassnahmen auf eine angepasste Tätigkeit und die mit dem ADHS-bedingten Einschränkungen geachtet werden sollte.

6.2.16 In ihrem Bericht vom 29. April 2020 (IV-Nr. 221, S. 31) stellte die Psychiaterin Prof. Dr. med. F.____ folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode (F33.1). - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, ängstlich-vermeidenden, abhängigen und perfektionistischen Anteilen (F61.0). Diagnose anhand PSSI sowie SKID-II-Screening und Interview - V.a. ADHS im Erwachsenenalter (F90.0). Durchgeführte Testungen: ADHS-SB und WURS-K - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) Zum Therapieverlauf und zur diagnostischen Beurteilung seit August 2019 führte Prof. Dr. med. F.____ aus, es hätten sich rasch interaktionelle Auffälligkeiten, wie bspw. dependente und histrionische Persönlichkeitszüge gezeigt, so dass im weiteren Verlauf eine ausführlichere Persönlichkeitsdiagnostik mittels SKID-II Screening und Interview durchgeführt worden sei. Im Zuge dessen hätten sich für die ängstlich-vermeidende (5/7, Cutoff 4), die anankastische (5/8, Cutoff 4) und die histrionische Persönlichkeitsstörung (5/8, Cutoff 5) Werte über dem Cutoff ergeben, womit das Vorliegen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung bestätigt werden könne. Für die dependente Persönlichkeitsstörung habe sich ein erhöhter Wert knapp unter dem Cutoff (4/8, Cutoff 5) ergeben. Das Vorliegen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung habe entgegen dem ersten klinischen Eindruck entsprechend SKID-II und auch PSSI nicht bestätigt werden können, wobei hier auch der Effekt der sozialen Erwünschtheit eine Rolle spielen könne. Bezüglich der depressiven Symptomatik habe sich erst im Verlauf der Behandlung und mit zunehmendem Vertrauen die tatsächliche Ausprägung hinsichtlich Schweregrad gezeigt, die im Herbst 2019

zwischen mittelgradig bis schwer einzustufen gewesen sei (2 – 3 Hauptsymptome, 3 – 4 Nebensymptome, schwankend). Aufgrund seiner ausgeprägten Selbstunsicherheit auf persönlichkeitsstruktureller Ebene (ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung) neige der Beschwerdeführer dazu, sich seinem Gegenüber im Gespräch anzupassen, unterzuordnen und mit freundlicher Zustimmung zu reagieren, um sich vor Ablehnung und Beschämung zu schützen, wodurch Unstimmigkeiten entstehen könnten, wie sie auch im polydisziplinären Gutachten vom 28. Juli 2018 beschrieben würden. Auch seine vermutlich ADHS-bedingten Konzentrationsprobleme könnten diesen Eindruck noch verstärken. Zusätzlich falle es dem Beschwerdeführer schwer, sich für sich einzusetzen oder einer von aussen an ihn herangetragenen Einschätzung direkt zu widersprechen, da er sich im Grunde für minderwertig und intellektuell unterlegen halte. Eine Leitemotion, vor allem auch mit Blick auf sein gefühltes Versagen in beruflicher Hinsicht sei Scham. Aus diesem Grund versuche er auch die Schwere seiner Depressivität zu überspielen. Im Sinne der für histrionische Persönlichkeiten typischen Spielebene zeige er sich «schillernd, unterhaltsam, dramatisch», mit dem Ziel, sich dadurch weniger unbedeutend und leer zu fühlen. Dies könne allerdings nicht im Sinne einer bewussten Täuschung gewertet werden, sondern sei als automatisierter Schutzmechanismus zu sehen. Bezüglich der aktuellen Arbeitsfähigkeit und weiteren Prognose lasse sich folgendes festhalten: Der Beschwerdeführer habe berichtet, durch den Klinikaufenthalt zwar zeitweise entlastet worden zu sein und bezüglich seiner Selbstfürsorge und Abgrenzungsfähigkeit Fortschritte gemacht zu haben, die auch seine Frau bemerkt habe. Allerdings sei er nach Rückkehr in das heimische Umfeld bei fehlender klar vorgegebener Tagesstruktur sehr rasch wieder in Überforderung geraten, so dass er direkt am Samstag nach Austritt einen ersten Zusammenbruch gehabt habe. Er merke, dass ihn spontane Änderungen im Tagesablauf, die flexibles Reagieren erforderten, völlig aus der Bahn würfen und er dann gereizt und affektlabil reagiere. Um eine bessere Einschätzung vornehmen zu können, sei am 27. April 2020 der Mini ICF-APP durchgeführt worden. Daraus hätten sich zumindest in 5 Bereichen mittelgradige-schwere und in 3 Bereichen leichte Fähigkeitsstörungen ergeben. Kurzfristig gehe man aktuell von einer weiteren Übergangsphase der Gewöhnung in den Alltag aus (zumindest Mai 2020, gegebenenfalls länger), in der der Beschwerdeführer weiterhin zu 80 % krankgeschrieben bleibe. Im weiteren Verlauf könne hoffentlich wieder eine 50 % Arbeitsfähigkeit erreicht werden, wobei dies zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht beurteilbar sei. 6.2.17 Im Austrittsbericht Schlafmedizin der Klinik J.____ vom 18. Juni 2020 (Beschwerdebeilage 6) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Schwere ADHS - Klinisch-somnologisch: Ein- und Durchschlafstörungen, nicht erholsamer Schlaf, erhöhte Tagesmüdigkeit sowie exzessive Tagesschläfrigkeit (FSS 6.8/7Pkt, ESS 18/24Pkt.) - Polysomnographie unter CPAP 4-14 cmH₂O und Lisdexamphetamin vom 15. / 16. Juni 2020: verkürzte Einschlaf latenz (7min zu N1), Schlafragmentierung, zahlreiche kurzen Wachphasen, gehäuften Schlafstadienwechseln, niedrignormaler REM-Anteil, PLM 9.5/h, LM-1 37.4/h - Tagesvigilanztests: MSLT(16. Juni 2020) unter Lisdexamfetamin; mittlere Einschlaf latenz 9 Min. MSLT (17. Juni 2020) nativ: mittlere Einschlaf latenz 6 Min., keine SOREM. MWT (18. Juni 2020) mit Lisdexamfetamin: eingeschränkte Fähigkeit in monotonen Situationen wach zu bleiben mit Einschlafen in 3/4 Durchgängen, Einschlaf latenz

E. 13

Mm, keine SOREMs. - Therapeutisch: St. n. frustranem Versuch mit Methylphenidat, aktuell unter Lisdexamfetamin 50mg unzureichend kontrolliert Weitere Diagnosen 2. Leichtes, in Rückenlage mittelschweres OSAHS (obstruktives Schlafapnoe-

Hypopnoe-Syndrom) -

E. 14

September 2019 AHI Rückenlage 14.9/h, ODI 21.2/h - Polysomnographisch 06/2020 unter CPAP: AHI 8.4/h, Hypopnoe Index 5.4/h, nSaO₂ 88 %, mSaO₂ 94 %, - unter CPAP (4-14 cmH₂O) Therapie 3. Nicht allergisches Asthma bronchiale 2008 - ungenügend kontrolliert 4. Chronische polypöse Rhinosinusitis mit/bei - Nasennebenhöhlen-Operationen 5. Persistierende komplette Anosmie - 09/2018: Metacholintest: Schwere unspezifische bronchiale Hyperreagibilität - 09/2018 eNO 43 ppb (leichtgradige untere eosinophile Atemwegsentzündung) 6. Infektanfälligkeit (Immundefekt Syndrom) - normochrome, normozytäre Anämie 7. Mittel bis hochgradige Schallempfindungsschwerhörigkeit bds 07/2018 - Hörgeräteversorgung 8. Schweres schmerzhaftes Panvertebralsyndrom - 11. Oktober 2018: DEXA Untersuchung: Kein Hinweis für Osteoporose oder Osteopenie 9. Postoperativer Bauchwandabszess durch *S. dysgalactiae* mit 10. St n. Diskektomie L5/SI und Segmentaufrichtung mit Abszessdrainage und Sanierung NSAR Intoleranz 11. Klinisch Vd. a. Histaminintoleranz mit Vd.a. Morbus Widal Erst kürzlich sei die Diagnose einer ADHS gestellt worden. Diesbezüglich bestehe eine Fixmedikation mit Lisdexamphetamin (Elvanse) mit zwar Besserung der Konzentration, aber keinerlei Effekt auf die exzessive Tagesschläfrigkeit. Darüber hinaus leide der Beschwerdeführer unter chronischen Rückenschmerzen, welche jedoch nicht als Hauptgrund der Durchschlafstörung angeführt würden. Polysomnographisch habe man einen deutlich fragmentierten Schlaf mit häufigen Schlafstadienwechseln und zahlreichen kurzen Wachphasen mit spontaner Hyperarousability unter suffizienter Therapie der vorbekannten Schlafapnoe gefunden. Der hohe Schlafdruck zu Beginn der Nacht werde mit einer verkürzten Einschlaflatenz manifest. Im MSLT ohne Lisdexamfetamin habe eine mittelschwere (knapp noch nicht schwere) objektive Einschlafneigung mit einer mittleren Einschlaflatenz von 6min, passend zu den Schilderungen des Beschwerdeführers, imponiert. Unter Einnahme des Präparates habe eine Verbesserung, aber keine Normalisierung (mittlere Einschlaflatenz von 9min) objektiviert werden können. Trotz Einnahme des Präparates sei jedoch objektiv die Fähigkeit, in monotonen Situationen wach zu bleiben, eingeschränkt, was sich ebenfalls mit den Schilderungen des Beschwerdeführers decke. Im PVT habe trotz ADHS-Medikation eine erhebliche Störung der psychomotorischen Vigilanz nachgewiesen werden können. Gesamthaft seien die Befunde passend zu den Auswirkungen einer schweren ADHS auf den Nachtschlaf und die Vigilanz untertags, dies trotz ausgebauter Therapie mit einem hochpotenten ADHS-Präparat. Die vorzeitige Erschöpfbarkeit sei durch die begleitende Hypakusis verstärkt, da der Beschwerdeführer bei ohnehin eingeschränkter Aufmerksamkeitsfähigkeit eine zusätzliche Aufmerksamkeits- und Konzentrationsanstrengung zum akustischen Verständnis von Sprache / verbaler Kommunikation aufbringen müsse. 7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der C.____ vom 28. Juli 2018 (IV-Nr. 161.2), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist. 7.1 Dem orthopädischen Teilgutachten (IV-Nr. 161.4) liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde. Die sich darauf abstützenden Diagnosestellung (siehe dazu E. II 6.2.8 hiervor) und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vermögen zu überzeugen: Der Leidensdruck des Versicherten hinsichtlich seiner Lendenwirbelsäule erscheine gering, auch wenn der Versicherte teilweise anderes berichtet. Er berichtet von geringen Schmerzintensitäten, von niederfrequenter konservativer Behandlung und die Menge des eingenommenen Tramadol sei unklar. Am aktuellen Arbeitsplatz sei der Versicherte

zufrieden. Es handle sich um eine Bürotätigkeit. Er versuche sein Pensum auf 50 % zu steigern. Medizinthoretisch orthopädisch wäre eine Steigerung dieses Pensums auf 100 % ohne weiteres möglich. Aus orthopädischer Sicht seien dem Beschwerdeführer 8,5 Stunden pro Tag sowohl selbständig erwerbend im Bettenfachgeschäft als auch als Angestellter bei S. ___ in einer Bürotätigkeit zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit als selbständig erwerbender im Bettenfachgeschäft sei reduziert um den Anteil der anfallenden schweren körperlichen Arbeit. Die vom Versicherten berichteten Einschränkungen des Aktivitätenniveaus insbesondere im Haushalt seien angesichts der zu objektivierenden orthopädischen Befunde nicht nachvollziehbar. Diskrepanz seien die von dem Versicherten bei der detaillierten Anamneseerhebung geschilderten Schmerzintensitäten und der nachträglich von ihm diesbezüglich eingereichte schriftliche Bericht. Diskrepanz seien auch die Angaben des Versicherten über die eingenommene Menge des Tramadol und der diesbezüglich im Labor bestimmte Spiegel. Bestünden die Schmerzen in den von dem Versicherten schriftlich berichteten Intensitäten, so wäre anzunehmen, dass er ein Mehr an ärztlicher Hilfe suchen und mehr an Analgetika einnehmen würde. Wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten seien dem Versicherten nicht mehr möglich. Aus orthopädischer Sicht sei in Betrachtung des Wirbelleidens eine leichte bis mittelschwere körperliche Arbeit im Wechselrhythmus zumutbar. Dabei überschritten die Einschränkungen betreffs Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen der Wirbelsäule, die orthopädisch festzustellen seien, die Einschränkungen auf neurologischem Gebiet nicht. Aufgrund der rechtsseitigen Schulterbefunde seien dem Versicherten schultergelenkbelastende Arbeiten und hier insbesondere mehr als gelegentliche Arbeiten in Abduktion oder Anteversion der rechten Schulter über 90° nicht mehr zumutbar. Betreffend das rechte Kniegelenk seien dem Versicherten insbesondere Tätigkeiten mit endgradiger Beugung des rechten Kniegelenkes und Tätigkeiten im Knien nicht mehr zumutbar. Zudem seien überwiegend im Stehen und Gehen zu erbringende Tätigkeiten, häufiges Stehen und Gehen im unebenen Gelände und das Steigen auf Leitern und Gerüste sowie häufiges Treppensteigen nicht mehr zu empfehlen. Keine Funktionseinschränkungen von versicherungsmedizinischer Relevanz bedingten die Befunde an den Füßen. Negative Wechselwirkungen zwischen den Diagnosen auf orthopädischem Fachgebiet bestünden nicht. Idealerweise arbeite der Versicherte in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit in temperierten Räumen. Die gegenwärtig ausgeübte Bürotätigkeit erscheine dabei als dem Leiden ideal angepasst. In angepasster Tätigkeit könne der Versicherte 8,5 Stunden pro Tag mit einer Leistung von 100 % arbeiten. Diese Einschätzung gelte auch retrospektiv, abgesehen von Zeiten gänzlicher Arbeitsunfähigkeit jeweils acht Wochen nach den zwei Schulter-Operationen und der Lendenwirbelsäulen-Operation 2010 sowie zwölf Wochen nach der Lendenwirbelsäulen-Operation vom 13. Mai 2016. Es könne somit auf das beweismässige orthopädische Teilgutachten der C. ___ abgestellt werden. 7.2 Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 161.6) begründete der Gutachter nachvollziehbar die von ihm gestellten Diagnosen sowie seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: Für die Diagnose «Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom» spreche, dass aus rein neurologischer Sicht keine radikulären Störungsmuster festgestellt werden könnten, es seien keine sensomotorischen Defizite oder Reflexdifferenzen ableitbar und diesbezüglich seien die radiologischen Befunde nicht verdächtig. So hätten auch im neurologischen Bericht vom 12. Juli 2017 von Dr. med. AG. ___ keine Paresen sowie keine radikulär oder spinal anmutenden Sensibilitätsstörungen objektiviert werden können. Es sei eine spondylovertbrale Genese der Rückenschmerzen vermutet worden. Auch seien in der

nachfolgenden elektrophysiologischen Diagnostik normale Befunde der untersuchten peripheren Nerven erhoben worden. Es müsse diesbezüglich auf das orthopädische Fachgebiet verwiesen werden, ob hier eine Begründung für dieses teilweise bizarr wirkende und für übliche Rückenschmerzpatienten in keiner Weise übliche Haltungsbild erklärend sei. Neurologisch sei dieses nicht erklärbar, im Übrigen auch nicht durch alternative Diagnosen wie beispielsweise eine Kamptokormie eines Parkinson-Patienten. In der aktuellen Bildgebung (MRI der LWS und ISG vom 27. April 2018) seien keine radikulären Nervenwurzelreizungen beschrieben worden. Es verbleibe der Eindruck für den Untersucher, dass hier eher symbolträchtig ein Krankenrollenverhalten präsentiert werde, so erscheine ein Krankheitsgewinn inklusive sogar auch unter Einbezug der fürsorglichen Ehefrau zumindest gut denkbar. Entsprechende gewisse Persönlichkeitszüge fielen zumindest für den Untersucher auf, ohne dass aber tiefergreifende depressive oder andere relevante psychische Störungsmuster erkennbar wären. Diesbezüglich werde aber auch auf das psychiatrische Gutachten verwiesen. Was das Schlafapnoe- / Hypopnoe-Syndrom anbelange, sei eine ergänzende Durchführung einer ambulanten Polysomnographie veranlasst worden. Die Aufzeichnung habe von 22:51 h bis 06.05 h gedauert. Aufgezeichnet worden seien der Atemfluss, das Schnarchen, die O₂-Sättigung, die Pulsfrequenz, die Körperlage, die thorakale und abdominale Atmung. Es sei ein leichtes Schlafapnoe- / Hypopnoe-Syndrom vom obstruktiven Typ mit z.T. paradoxer thorakoabdominaler Atembewegung (O₂-Entsättigungs-Index 12,3/h, Apnoe- / Hypopnoe-Index (AHI) 14,4/h) festgestellt worden. Während der ganzen Nacht werde unregelmässiges, zum Teil auch kontinuierliches Schnarchen registriert. Die Apnoen und Hypopnoen bestünden vermehrt in Rückenlage. Es bestehe vorwiegend nur ein Hypopnoe-Syndrom. Die schlafbezogenen Atemstörungen seien mit leichten O₂-Entsättigungen und mit leichten Pulsschwankungen verbunden. Bei fortbestehender Symptomatik einer schlafbezogenen Atemstörung und bei vermehrter Tagesschläfrigkeit / Tagesmüdigkeit könne eine Therapie mit CPAP versucht werden. Selbst bei Annahme dieses leichten Schlafapnoesyndroms sei eine wesentliche Tagesmüdigkeit eher nicht anzunehmen. Zudem sei im Rahmen der neurologischen Untersuchung ein REY-Memory-Test (Symptomvalidierungs-Test) durchgeführt worden. Hierbei werde der versicherten Person eine nur scheinbar schwierige Gedächtnisaufgabe gestellt, wobei jeder nicht schwerstbehinderte, schreib- und lesefähige Proband mindestens 60 % der Zeichen erinnere und korrekt reproduziere. Die versicherte Person habe im ersten Durchgang 12 der 15 zuvor gezeigten Zeichen reproduziert. Dieser Befund erscheine unauffällig. Dass Opiate, hier Tramadol 3 x 50 mg, eine solche schwere Tagesmüdigkeit verursachen sollten, wie der Versicherte es subjektiv angebe, dies obwohl zwischenzeitlich ein dreiviertel Jahr bereits die Therapie durchgeführt werde und entsprechende Adaptationsprozesse bereits längst stattgefunden hätten, sei ebenfalls nicht nachvollziehbar. Mindestens könne keine Ausprägung begründet werden, dass hieraus gleich eine relevante Arbeitsunfähigkeit in so hohem Masse wie angegeben erklärbar wäre. Zudem sei gemäss den aktuellen Laborergebnissen Tramadol im Serum nur in unterdosierten, geringen Mengen nachweisbar. Auch die Angabe zu der Schmerzausprägung könne nicht hinreichend nachvollzogen werden, sei im Ausdrucksverhalten – ausser dem Präsentieren einer nicht nachvollziehbaren vorgebeugten Haltung – nicht durch vegetative Zeichen begleitet. Zudem seien die subjektiv beschriebenen kognitiven Störungen im klinischen Eindruck nicht relevant. Auch wenn solche leichtgradig im neuropsychologischen Gutachten feststellbar seien, so dürften diese zumindest teilweise schon vorbestehend

vermutet werden. Zudem könnten in Gesamtschau die vom Versicherten so erheblich angegebenen Einschränkungen nicht nachvollzogen werden, obwohl der Versicherte in der neuropsychologischen Untersuchung keine dezidierten Hinweise auf eine bewusste Präsentation von Minderleistungen gezeigt habe. Die subjektiven Angaben zu seinen die Arbeitsfähigkeit so deutlich einschränkenden kognitiven Funktionen könnten aber in Gesamtschau aus neurologischer Sicht auch unter Einbezug der neuropsychologischen Befunde nicht nachvollzogen werden. Vielmehr seien doch mehrfach nichtauthentisch erscheinende Verhaltensweisen auffällig (Pseudo-Akamptokormie ohne neurologische Erklärung). Es seien aber externale Anreize zu berücksichtigen. Das permanente vorübergeneigte Halten sowohl beim Gehen als auch im Stand sei für den Untersucher in keiner Weise nachvollziehbar, löse sich zudem bei klinischer Untersuchung auf. So könne der Versicherte sich sehr wohl gerade auf die Liege ablegen, sowohl in Rückenlage wie auch in Bauchlage. Auch sei die paravertebrale Muskulatur in Bauchlage geprüft und lumbal nicht erkennbar wesentlich verhärtet, was insgesamt also gegen eine entsprechende relevante fokale Schmerzproblematik spreche. Betrachte man die verfügbare Bildgebung, so ergebe diese keine diesbezügliche wesentliche Pathologie, welche ein solches Verhalten und insbesondere Körperhaltung erklären könnte. Dass «vier oder fünf Wirbelkörper instabil seien», sei aus der radiologischen Befundlage in keiner Weise nachvollziehbar. Hier werde eine Pathologisierung betrieben, die offensichtlich im Rahmen eines zu vermutenden Krankenrollenverhaltens mit verzerrender Darstellung und Präsentation benutzt werde. Das Fähigkeitsprofil aus rein neurologischer Sicht sei nicht über den Umfang auf orthopädischem Fachbereich hinausgehend vermindert. Die Arbeitsfähigkeit könne somit aus rein neurologischer Sicht theoretisch medizinisch nicht als eingeschränkt bewertet werden, dies auch retrospektiv geltend. Auf das beweiswertige neurologische Teilgutachten der C. ___ kann ebenfalls abgestellt werden. 7.3 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 161.7) wurde keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, was gestützt auf die von der Gutachterin erhobenen Befunde nachvollziehbar erscheint. Dementsprechend ergab sich aus internistischer Sicht keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. 7.4 Im neuropsychologischen Teilgutachten (IV-Nr. 161.8) wird ausgeführt, verglichen mit Gleichaltrigen seien beim Beschwerdeführer testdiagnostisch kognitive Minderleistungen in folgenden Bereichen objektiviert worden: Aufmerksamkeit: visuell-räumliche Aufmerksamkeit; Verbales Neugedächtnis: Merkspanne, Lernen, retroaktive Interferenz, freier verzögerter Abruf, Wiedererkennen; Nonverbales Neugedächtnis: Lernen; Exekutivfunktionen: Arbeitsgedächtnis, Ideenproduktion, Interferenzkontrolle. In der klinischen Beobachtung zeigten sich folgende Auffälligkeiten: Das Instruktionsverständnis sei wegen Hörproblemen leicht reduziert. Der Versicherte bitte aber ohne Aufforderung um Wiederholung, wenn er etwas nicht sicher gehört habe, die Aufmerksamkeit sei schwankend, leicht erhöhte Ablenkbarkeit. Schmerzverhalten: 09:40, 10:20, 11:50: stehe auf, gehe umher (strecke sich). 11:45: gebe an, Kopfschmerzen zu haben. Unauffällig seien die Pünktlichkeit, das Erscheinungsbild, die Orientierung, die Spontansprache, das Verhalten, die Kontaktaufnahme, das Vorgehen, das Arbeitstempo, die Affektivität, das Störungsbewusstsein sowie die Anstrengungsbereitschaft gewesen. Keine Anzeichen von übermäßiger Ermüdbarkeit. Die objektivierten Defizite, zusammen mit den klinischen Auffälligkeiten, seien als leichte neuropsychologische Einschränkungen zu werten. Eine eindeutige ätiologische Zuordnung sei aus neuropsychologischer Sicht nicht möglich, es sei von einer multifaktoriellen Genese mit schon immer bestehenden Anteilen auszugehen: Der Versicherte habe angegeben, dass er schon während der Lehre als

langsam, dafür genau arbeitend eingeschätzt worden sei. Weiter sei festzuhalten, dass der Versicherte möglicherweise in seiner Kindheit eine ADHS gehabt haben möge. Er beschreibe auch heute noch Symptome, die damit im Prinzip vereinbar wären. Eine adulte ADHS sei aber nicht zu diagnostizieren: Weder die klinischen Auffälligkeiten, noch die insgesamt unauffällige berufliche Karriere, noch die subjektiven, mehrheitlich in den letzten Jahren aufgetretenen Beschwerden, sprächen dafür. Auch fänden sich in den Akten keine diesbezüglichen Beobachtungen. Selbst wenn er an einer sehr leichten Form gelitten hätte, hätte diese Störung bis jetzt offensichtlich keine unüberwindbaren Auswirkungen gehabt. Zudem leide der Versicherte an einer leichten Schlafapnoe. Eine solche verursache regelhaft auch kognitive Einschränkungen. Die Stärke, z.B. der Gedächtniseinschränkung, überrasche jedoch. Er berichte von Schmerzen, was dazu beitragen könne, dass er bei anspruchsvolleren längeren Tests (Aufmerksamkeit, Gedächtnis) den Kopf nicht ganz bei der Sache gehabt habe. Er nehme regelmässig Schmerzmedikamente ein, was auch Auswirkungen auf die kognitiven Funktionen haben könne. Im Laborbefund vom 4. Juni 2018 sei das Tramal aber deutlich unterdosiert. Das Ganze biete sich in den Kontext von psychischen Faktoren im Rahmen der somatischen Probleme ein, wie der psychiatrische Gutachter ausführe. Einen relevanten Einfluss der Hörbeeinträchtigung schliesse man aus. Der Beschwerdeführer habe spontan nachgefragt, wenn er etwas nicht verstanden habe, und die Einschränkungen betreffen nicht nur sprachliche, sondern auch nichtsprachliche Bereiche. Es liege keine eigenständige psychische Störung vor, wie eine erhebliche affektive oder Angststörung. Es gebe keine Hinweise auf übermässige Müdigkeit (ausser gegen Schluss der Untersuchung, als aber keine z.B. zeitkritischen Verfahren mehr eingesetzt worden seien), oder übermässige Schmerzen, die die Resultate negativ hätten beeinflussen können. Sodann gebe es keine Hinweise auf eine bewusste, grobe Verfälschung der Befunde. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit entsprächen sie der tatsächlichen Leistungsfähigkeit. Weder ein gut standardisierter Performanzvalidierungstest (Schmand & Undeboom, 2005, Green, 2003), noch eingebettete Faktoren seien auffällig gewesen. Der klinische Eindruck und die objektivierten Befunde seien in sich stimmig. Es gebe zwischen und auch innerhalb der Tests keine relevanten Inkonsistenzen. Unter Anwendung des Entscheidungsalgorithmus' von Slick, Sherman und Iverson (1999) lägen somit keine Hinweise auf Verdeckung, Aggravation oder gar Simulation vor. Es könnten lediglich die leichten kognitiven Einschränkungen festgestellt werden, welche eine geringe Beeinträchtigung erklärten: Der Beschwerdeführer habe etwas mehr Mühe, eine übliche Menge an Informationen (z.B. Instruktionen) für eine kurze Zeit im Gedächtnis zu behalten, eine übliche Menge an neuen Informationen zu lernen, zu behalten, frei zu erinnern, wiederzuerkennen. Bei konzentrativ anspruchsvolleren Aufgaben sei er etwas langsamer. Er entwickle etwas weniger eigene Ideen, lasse sich durch widersprüchliche Informationen etwas stärker stören. Er ermüde subjektiv rasch. Diese leichten Einschränkungen könnten in der angestammten Tätigkeit lediglich eine leichte Minderung der Arbeitsfähigkeit (im Sinne der Leistungsminderung bei ganztägiger Präsenz) um maximal 15 % erklären. Medizinisch zumutbar seien jedoch eher kürzere, konzentrativ weniger anspruchsvolle Aufgaben oder aber etwas mehr Zeit für deren Bearbeitung. Längere Lernzeiten, etwas längere Einarbeitungszeiten. Klare Instruktionen. Checklisten könnten hilfreich sein. Bei solchen Tätigkeiten bestehe auch unter Berücksichtigung der kognitiven Störungen keine Einschränkung der quantitativen Arbeitsfähigkeit (sowohl hinsichtlich Leistungsfähigkeit als auch Arbeitspräsenzfähigkeit). Die vorgehenden Ausführungen aus dem neuropsychologischen Teilgutachten erscheinen grundsätzlich nachvollziehbar. Jedoch

führen die nach der Begutachtung ergangenen Arztberichte dazu, dass es unter anderem einer erneuten neuropsychologischen Begutachtung bedarf, wie in E. 7.5 (zweiter Abschnitt) hiernach darzulegen ist. 7.5 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 161.5) führte der Gutachter aus, es sei die Diagnose «Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (F54)» zu stellen. 2010 und 2016 sei der Beschwerdeführer an der Bandscheibe operiert worden. Eine MRI-Untersuchung habe eine Diskopathie mit links medio-lateraler nach kaudal luxierender Bandscheibenhernie LWK 4/5 und mögliche Reizung der linken rezessalen S1-Wurzel ergeben. Dennoch sei die Symptomatik, vor allem der geklagte Dauerschmerz und die z.B. heute eingenommene Zwangshaltung, nicht allein aus organischen Ursachen heraus erklärbar. Eine eigenständige psychiatrische Erkrankung sei heute trotz ambulanter psychiatrischer Behandlung nicht zu eruieren gewesen. Trotz der exzessiv vorgetragenen Schmerzsymptomatik sei der Versicherte gut in den Tagesablauf integriert. Er habe sich selbst einen Büroarbeitsplatz gesucht. Sein gebräuntes Hautkolorit rühre von einer kürzlich unternommenen Karibikkreuzfahrt her. Er würde am liebsten sein altes Geschäft wieder führen, da er erfahren habe, dass der Nachfolger bei Weitem nicht so viel Engagement wie er selbst und sein Bruder an den Tag lege. Die psychische Diagnose führe somit zu keinerlei Einschränkungen im Lebensalltag. Eigentlich könne auch darüber diskutiert werden, ob denn überhaupt eine seelische Erkrankung vorliege oder ob es sich nicht um eine kompensierbare organische Erkrankung mit gezielter Selbstlimitierung handle. Für diese Einschätzung würde z.B. die Fähigkeit sprechen, gerade unlängst eine Karibikkreuzfahrt angetreten zu haben. Gerade für einen Aufenthalt auf See dürfte sich die Einnahme von Tramadol als nicht ganz unproblematisch erweisen. Der gemessene Blutspiegel zeige hier jedoch eine deutliche Unterdosierung an, was sein Wohlbefinden auf See erkläre, seinen Beschwerdevortrag aber relativiere. Sein auffälliges Verhalten in der Untersuchungssituation habe ausserdem einen nicht unerheblichen demonstrativen Charakter gehabt. Unter zugrunde Legung der Mini-ICF-App mit 13 zu beurteilenden Fähigkeiten ergebe sich bei dem Versicherten keine Fähigkeitsstörung. Aus psychiatrischer Sicht könne er sowohl in der letzten Tätigkeit als selbstständiger Kaufmann eines Bettengeschäftes voll tätig sein, als auch in seiner jetzt ausgeübten Bürotätigkeit. Aufgrund der organischen Einschränkung wären schwere körperliche Tätigkeiten jedoch nicht indiziert. Hier werde auf die somatischen Gutachten verwiesen. Auf das psychiatrische Teilgutachten der C.____ kann aus mehreren Gründen nicht abgestellt werden: So setzte sich der psychiatrische Gutachter kaum mit den entgegenstehenden Arztberichten und den anderen möglichen Diagnosen auseinander – insbesondere auch nicht mit der ADHS, auch wenn dieses vorher wohl nur als Verdachtsdiagnose und erst nach Erlass des Gutachtens als «definitive» Diagnose gestellt wurde. Auch die gutachterliche Stellungnahme von Dr. med. AD.____ vom 5. Februar 2019 trägt nicht zum Beweiswert des Gesamtgutachtens bei. So war Dr. med. AD.____ gar nicht als Gutachter involviert und belässt es bei allgemeinen Ausführungen. Hinzu kommt, dass mit dem Bericht von Prof. Dr. med. F.____ vom 29. April 2020 eine psychiatrische Gegenmeinung vorliegt (Diagnosen: u.a. depressive Episode, Persönlichkeitsstörung, chronische Schmerzstörung), zu welcher der Gutachter nicht mehr Stellung nehmen konnte. Zwar ist der Bericht von Prof. Dr. med. F.____ vom 29. April 2020 erst nach dem Erlass der IV-Verfügung verfasst worden und beinhaltet die Resultate eines Mini-ICF-App, welches ebenfalls erst nach Verfügungserlass durchgeführt wurde. Aber dennoch kann man nicht ohne Weiteres sagen, dieser Bericht betreffe nur den Sachverhalt nach Verfügungserlass, zumal der Beschwerdeführer nach dem Gutachten aber noch vor

Verfügungserlass in der I.____ hospitalisiert wurde (Austrittsbericht vom 25. April 2020), wo eine mittelgradige depressive Episode, eine chronische Schmerzstörung und eine ADHS diagnostiziert wurden. Die im Austrittsbericht der I.____ erstmals gestellte Diagnose eine ADHS im Erwachsenenalter (vorher jeweils nur als Verdachtsdiagnose) wurde in diesem Bericht zwar nur ungenügend begründet. Danach stützten sich jedoch viele der behandelnden Ärzte auf diese Diagnose und begründeten damit einen Teil der Einschränkungen. So stützte sich auch die behandelnde Psychiaterin Dr. med. D.____ auf die ADHS-Diagnose und hielt fest, inwieweit der gesamte Umgang mit Schmerzen etc. auch hier eine Entsprechung haben könnte, würde sie, Dr. med. D.____, nicht prinzipiell ausschliessen, da bei ADHS auch die Körperwahrnehmung, Motorik etc. (Basalganglien) veränderte Aktivität zeigten. Bekannt sei, dass ADHS-Patienten zwischenzeitlich Schmerzen vollständig überspielten. Das möge dann wirken, wie wenn er simulieren würde. Zwar erscheint diese Begründungslinie eher hypothetisch, doch ergeben sich aus den Akten hinsichtlich des Verhaltens des Beschwerdeführers tatsächlich eher ungewöhnliche Diskrepanzen, die sich nur schwer erklären lassen. So zeigen sämtliche im Rahmen der neurologischen und neuropsychologischen Abklärungen durchgeführten Symptomvalidierungsverfahren unauffällige Ergebnisse. Der neurologische Gutachter hielt dazu fest, es sei ein REY-Memory-Test (Symptomvalidierungs-Test) durchgeführt worden. Hierbei werde der versicherten Person eine nur scheinbar schwierige Gedächtnisaufgabe gestellt, wobei jeder nicht schwerstbehinderte, schreib- und lesefähige Proband mindestens 60 % der Zeichen erinnere und korrekt reproduziere. Die versicherte Person habe im ersten Durchgang 12 der 15 zuvor gezeigten Zeichen reproduziert. Dieser Befund erscheine unauffällig. Diese Resultate stehen im Gegensatz zu der von fast allen Gutachtern bestätigten Verdeutlichungstendenz und den teilweise nicht nachvollziehbaren Angaben des Beschwerdeführers. So habe der Beschwerdeführer beispielsweise eine Kamptokormie gezeigt, was sonst nur bei Parkinson-Patienten vorliegen würde. Ob dies ebenfalls auf die mögliche ADHS zurückgeführt werden kann, erscheint zumindest fraglich, zumal in den Vorakten auch noch eine Persönlichkeitsstörung zur Diskussion steht. Bei dieser Ausgangslage drängten sich somit erneute gutachterliche Abklärungen im psychiatrischen und neuropsychologischen Fachbereich auf. 7.6 Sodann ist auf die bereits vor Verfügungserlass bekannte – gemäss Bericht von Dr. med. G.____ vom 11. Oktober 2019 (IV-Nr. 207, S. 3) erhebliche – Schlafproblematik des Beschwerdeführers einzugehen. Diese wurde in der Klinik J.____ umfassend schlafmedizinisch abgeklärt. Zwar fand diese Abklärung auch erst nach Verfügungserlass statt, aber es kann nicht gesagt werden, dass sich der Sachverhalt diesbezüglich verändert habe und diese Abklärung deshalb nicht mehr zur Beurteilung beizuziehen sei. Aus dem Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 18. Juni 2020 (Beschwerdebeilage 6) geht hervor, dass beim Beschwerdeführer ein deutlich fragmentierter Schlaf mit häufigen Schlafstadienwechseln und zahlreichen kurzen Wachphasen festgestellt wurde. Diese Schlafproblematik wurde von den Ärzten in direktem Zusammenhang mit der ADHS gestellt und es wurde deswegen gar die Diagnose einer «starken ADHS» gestellt. Zwar fand auch im Rahmen der Abklärung der C.____ eine Schlafabklärung statt, jedoch wurden darin lediglich allfällige Atem-Aussetzer etc. überprüft, nicht jedoch allfällige Wachphasen etc. Es wurde im C.____-Gutachten denn auch lediglich eine leichte Schlafapnoe diagnostiziert, welche im Austrittsbericht der Klinik J.____ ebenfalls als Zusatzdiagnose bestätigt wurde. Die beiden Schlafabklärungen sind demnach nicht vergleichbar. Es war deshalb notwendig, dass zusätzlich ein schlafmedizinisches Gutachten veranlasst wird. Dadurch verliert das beweismässige

neurologische Teilgutachten der C.____ – in dessen Rahmen die dortige Schlafabklärung veranlasst wurde – jedoch seinen Beweiswert nicht. Zusätzlich wurde von der angefragten Gutachterstelle R.____, eine HNO-Begutachtung vorgeschlagen, was angesichts der aktenkundigen Hörproblematik ebenfalls angezeigt erscheint. 8. Aufgrund der in E. II. 7 hiervor genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. M.____ (Psychiatrie), M. Sc. N.____ und Prof. O.____ (Neuropsychologie), Dr. med. P.____ (Schlafmedizin) und Prof. Q.____ (HNO) sowie zusätzlich zur Fallführung Dr. med. L.____ (Innere Medizin), alle von der Begutachtungsstelle R.____, ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten veranlasst. Das Gutachten vom 14. Dezember 2021 (A.S. 59 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Zudem sind die Aussagen der Experten in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar, wie nachfolgend darzulegen ist. 8.1 Im allgemeinmedizinischen Teilgutachten der R.____ hielt der Gutachter fest, aus isoliert-internistischer Sicht bestehe keine Problematik, welche im Bereich der übrigen Fachgutachten nicht bereits untersucht würde. Es sei deshalb auf die Fachgutachten und den Konsens verwiesen. Im Übrigen ergebe die internistische Anamnese ein Asthma bronchiale, welches nur oligosymptomatisch sei und mit gelegentlicher Behandlung mit Symbicort oder Ventolin gut eingestellt sei. Der Status zeige bis auf einen grenzwertigen Blutdruck keine Auffälligkeiten. Das aktuelle Labor zeige keine gravierenden (die Beschwerden erklärenden) Normabweichungen. Die grenzwertige Anämie erkläre die Symptome nicht. Die Vitamin B12-Konzentration im Graubereich könne einfach substituiert werden. Das vordiagnostizierte Immundefektsyndrom zeige derzeit keine Manifestation. Das Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom (ED 2006) sei seit 09/2019 mittels CPAP-Therapie behandelt, wenn auch die Maske nicht immer gut vertragen werde, in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation der behinderten Nasenatmung (nach der letzten Nasenoperation 02/2021 derzeit wieder besser). Dadurch sei der Schlaf teils gestört. Insgesamt sei der Explorand aus internistischer Sicht nicht relevant eingeschränkt, die übrigen Fachdisziplinen seien führend. Diese gutachterlichen Ausführungen vermögen im Lichte der Befunderhebung (S. 8 des internistischen Gutachtens) zu überzeugen und es stehen auch keine medizinischen Vorakten im Widerspruch dazu. Auf das internistische Teilgutachten kann somit abgestellt werden. 8.2 Im HNO-Gutachten der R.____ wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: 1. Hochgradige, sensorineurale Hörminderung beidseits, hörgeräteversorgt 2. Sehr schwerer, dekompenzierter Tinnitus beidseits 3. Status nach mehrfachen Nasennebenhöhlen-Operationen, zuletzt 2021 bei chronisch polypöser Pansinusitis ohne aktuelle Hinweise für eine Rezidiv-Polyposis 4. Anosmie beidseits, sinusal bedingt 5. OSAS (siehe pneumologische Beurteilung) Zur Begründung wurde im Gutachten ausgeführt, bei dem Exploranden liege eine pansinotische hochgradige sensorineurale Hörminderung beidseits vor, die 2016 zur Hörgeräteversorgung durch Dr. AH.____ geführt habe. Gemäss den Unterlagen der SUVA werde ersichtlich, dass der Explorand von 1991 bis 2016 nicht mehr im Lärm gearbeitet habe, sondern v.a. auf Montage tätig gewesen sei, so dass die SUVA nicht von einer beruflich bedingten Lärmschädigung ausgegangen sei. Die Ursache der Hörminderung bleibe somit unklar. Der Explorand sei aktuell Hörgeräte-versorgt und könne damit eine zufriedenstellende Hörleistung erreichen. Zusätzlich bestehe ein, gemäss dem Tinnitus-Fragebogen nach Goebel und Hiller formell sehr schwerer, dekompenzierter Tinnitus beidseits, wobei der Gutachter im Rahmen der Konsultation jedoch den Eindruck gewonnen habe, dass der

Tinnitus etwas weniger, als gemäss dem Fragebogen zu erwarten wäre, im Vordergrund stehe. Es bestehe weiterhin eine chronisch-polypöse Rhinosinusitis, die zu mehrfachen, z.T. lokalen Polypen-Entfernungen, wie aber auch Nasennebenhöhlen-Operationen, zuletzt im 03/2021, geführt habe. Aktuell fänden sich endonasal keine Hinweise für eine Rezidiv-Polyposis, zudem bestehe eine sinunasale Anosmie beidseits, wobei der Explorand subjektiv den Eindruck habe, seit der letzten Operation wieder besser zu riechen. Zusammenfassend bestünden somit eine hochgradige, pancochleäre sensorineurale Hörminderung beidseits, die zufriedenstellend Hörgeräte-versorgt sei, sowie ein Status nach mehrfacher Nasennebenhöhlen-Operation bei chronisch polypöser Rhinosinusitis ohne aktuellen Anhaltspunkt für ein Rezidiv mit begleitender sinunasaler Anosmie sowie ein OSAS, welches mittels CPAP-Maske versorgt sei. Daneben liege ein formell sehr schwerer, dekompensierter Tinnitus beidseits vor, der klinisch momentan etwas weniger, als gemäss dem Fragebogen zu erwarten wäre, im Vordergrund zu stehen scheine. Gestützt auf die vorgehenden nachvollziehbaren Ausführungen vermag sodann auch die Beurteilung des Zumutbarkeitsprofils und der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Aus Hals-Nasen-Ohrenärztlicher Sicht seien sämtliche Tätigkeiten, bei denen der Explorand auf ein intaktes Gehör angewiesen sei oder aber, die unter erschwerten akustischen Bedingungen stattfänden, für den Exploranden nicht geeignet. Dabei sei auch zu beachten, dass insbesondere Tätigkeiten im Lärm für den Exploranden ungeeignet seien, einerseits um das Gehör nicht weiter zu belasten, andererseits auch, da beim Tragen eines Lärmschutzes oft der Tinnitus verstärkt wahrgenommen werde. Zudem seien Tätigkeiten im Staub ebenfalls nicht geeignet. Aufgrund des sehr schweren, dekompensierten Tinnitus, der zwar aktuell etwas geringer erscheine, damit dann aber noch immer als schwer und dekompensiert gelten müsse, sowie in Zusammenhang mit der Hörminderung sei davon auszugehen, dass der Explorand bei der beruflichen Tätigkeit schneller erschöpfe und Mühe mit der Konzentration habe, da die Kommunikation anstrengender als bei einer fehlenden Beeinträchtigung des Hörvermögens sei. Zusammenfassend sei die Arbeitsfähigkeit aus Hals-Nasen-Ohrenärztlicher Sicht nicht nur qualitativ, wie oben aufgeführt, sondern auch quantitativ um 20 % reduziert. Auf das beweismässige HNO-Gutachten der R.____ kann somit abgestellt werden.

8.3 Im pneumologisch-schlafmedizinischen Gutachten der R.____ wurden folgende Diagnosen gestellt: - Leichte bis knapp mittelschwere obstruktive Schlafapnoe · ED 2006, bestätigt 2019, CPAP-Therapie seit 2019 · unter CPAP-Therapie mit nur knapp befriedigender Therapiecompliance · persistierende morgendliche Beschwerden (Kopfschmerzen, Müdigkeit), auch nach Benutzung des CPAP-Gerätes - Nicht allergisches, eosinophiles Asthma bronchiale · ED 2008 (positiver Methacholintest) · unter Therapie mit Montelukast 100 mg/d und Symbicort 200/6 bei Bedarf · klinisch und lungenfunktionell kontrolliert Zur Begründung führte der Gutachter aus, das Asthma bronchiale des Exploranden sei klinisch und mittels Lungenfunktion und Methacholintest bereits 2008 diagnostiziert worden. Aktuell verwende der Explorand als Fixmedikation für das Asthma lediglich Montelukast per os, die inhalative Therapie mit Symbicort werde nicht als Fixmedikation, sondern nur bei Bedarf verwendet, dies ca. 5 – 8 Mal pro Woche. Der Explorand berichte über wenig Beschwerden, die auf das Asthma zurückzuführen seien, nur selten habe er bei stärkerer körperlicher Belastung und bei erheblicher Staubexposition entsprechende Symptome. Insgesamt könne das Asthma bronchiale als weitgehend kontrolliert angesehen werden. Die Schlafapnoe des Exploranden sei bereits 2006 diagnostiziert, polygraphisch 2019 bestätigt worden. Es handle sich um einen leichten bis mittelschweren Befund. Es sei klinisch nicht möglich, die Tagesbeschwerden aufgrund

der Schlafapnoe von den Symptomen aufgrund der psychiatrischen Erkrankung klar zu differenzieren (siehe psychiatrisches Fachgutachten). Für die Relevanz der Schlafapnoe spreche, dass der Explorand sich – wenn er das CPAP-Gerät nachts verwendet habe – morgens etwas weniger «verladen» fühle und weniger Kopfschmerzen habe. Generell bestehe keine aussergewöhnliche Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Score 9 / 24 Punkte). Der Explorand verwende allerdings sein CPAP-Gerät nur in ca. 60 % aller Nächte. In den anderen Nächten vergesse er manchmal das Gerät. Anzumerken sei noch, dass der Beschwerdeführer wegen seiner schweren ADHS mit Lisdexamphetamin (Strattera™) behandelt werde. Dieses Medikament wirke wachheitssteigernd und reduziere – obwohl es nicht deswegen rezeptiert werde – auch die Tagessymptome einer Schlafapnoe, könne diese somit teilweise kaschieren. Insgesamt könne festgestellt werden, dass der Beschwerdeführer in mehr als der Hälfte aller Nächte mit CPAP adäquat für seine Schlafapnoe behandelt sei und dass die Medikation des Exploranden geeignet sei, Tagessymptome einer Schlafapnoe zu reduzieren. Darüber hinaus wäre es zu empfehlen, das Gerät häufiger zu verwenden. Gestützt auf die vorgehenden nachvollziehbaren Ausführungen vermag sodann auch die Beurteilung des Zumutbarkeitsprofils und der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Der Explorand sei im Alltag durch sein Asthma bronchiale nicht eingeschränkt, solange er sich in einer staubarmen Umgebung aufhalte. Bei starken körperlichen Belastungen könne es mit der aktuellen Medikation zu einer Limitierung der körperlichen Leistungsfähigkeit kommen, dies könnte aber wahrscheinlich durch einen Ausbau der Asthamedikation gebessert werden, wenn dies im Alltag relevant werden würde. Die (leichte) Schlafapnoe spiele für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Exploranden prinzipiell keine Rolle, allerdings sei die Verwendungshäufigkeit der CPAP-Therapie nicht optimal. Wegen der insgesamt bezüglich Müdigkeit / Schläfrigkeit etwas unübersichtlichen Situation (psychiatrische Erkrankung, ADHS, Behandlung mit Strattera™, Schlafapnoe) sollte allerdings vor der Aufnahme einer Tätigkeit mit Fremd- oder Selbstgefährdung (berufliches Autofahren etc.) ein Maintenance of Wakefulness Test (MWT) durchgeführt werden. Die erlernte Tätigkeit als Schreiner sei für den Exploranden aus mehreren Gründen wenig geeignet. So handle es sich um einen Beruf mit nicht unerheblicher Selbstgefährdung (Sägen etc.), bei einer vom Patienten berichteten zeitweisen Tagesmüdigkeit (möglicherweise im Rahmen der Schlafapnoe) sei das Risiko eines Unfalls erhöht. Zudem bestehe in Schreinereibetrieben regelmässig eine nicht unerhebliche Staubbelastung. Bei dem bekannten, gut dokumentierten Asthma bronchiale des Exploranden sollte die Tätigkeit in einem solchen Betrieb vermieden werden. Erfahrungsgemäss bestehe auch in den Bereichen eines solchen Betriebes, in denen nicht gesägt werde (Büro), eine erhöhte Staubbelastung, so dass eine Administrativtätigkeit in einem holzverarbeitenden Betrieb als ungünstig anzusehen sei. Die Tätigkeit in einem holzverarbeitenden Betrieb mit Staubbelastung wäre mit der Diagnose Asthma bronchiale bereits seit 2008 als ungünstig anzusehen. Mit Sicherheit könne ab Datum der Arbeitsaufgabe in diesem Beruf davon ausgegangen werden, dass aus pneumologischer Sicht eine Rückkehr in einen solchen Beruf nicht zu empfehlen sei. In einer angepassten Tätigkeit ohne beeinträchtigende Staubbelastung und ohne relevante Selbst- oder Fremdgefährdung wäre der Explorand aus pneumologischer Sicht für körperlich mittelschwere Tätigkeiten in einem normalen Arbeitspensum mit annähernd normaler Leistungsfähigkeit in den letzten Jahren fast durchgehend arbeitsfähig gewesen. In einer solchen Tätigkeit wäre der Explorand aus pneumologisch-schlafmedizinischer Sicht vermutlich «normal» leistungsfähig. Auf das beweismässige

pneumologisch-schlafmedizinische Gutachten der R.____ kann somit abgestellt werden.

8.4 Im neuropsychologischen Teilgutachten der R.____ wurde gestützt auf die umfangreichen Testvalidierungen ausgeführt, bei dem insgesamt als alters- und bildungsentsprechend durchschnittlich intelligent einzustufenden Exploranden hätten zum Zeitpunkt der Untersuchung klinisch relevante Beeinträchtigungen i.S. einer leichtgradigen neurokognitiven Leistungsminderung festgestellt werden können. Die neuropsychologischen Defizite bezögen sich auf die attentionalen Bereiche (allgemeine Reaktionsbereitschaft und Aufmerksamkeitsaktivierung), auf mnestiche Bereiche (verzögerte Reproduktionsleistung, Interferenzanfälligkeit und verbalauditive Behaltensspanne und Arbeitsgedächtnisleistung), sowie auf flexibilitätsbezogene Leistungsaspekte. Alle ansonsten erhobenen Leistungen, einschliesslich des gesamt-intellektuellen Leistungsprofils, stellten sich als unauffällig dar. Eine ADHS-Symptomatik sei neben den neuropsychologischen Minderleistungen in attentionalen Bereichen und in den exekutiven Funktionen (Inhibitions-, Flexibilitäts-, Planung, Problemlösung) durch eine korrespondierende eingeschränkte Funktionalität in verschiedenen Lebensbereichen wie Beruf, Ausbildung und Alltagsanforderungen gekennzeichnet. Beim Beschwerdeführer sei eine ADHS-Symptomatik im Kindesalter aufgrund der aktenanamnestischen Befunde, der neuropsychologischen Vorbefunde und der anamnestischen explorierten Befunde als wahrscheinlich anzunehmen. Alle verwendeten Fragebögen der neuropsychologischen Vorbefunde zur Überprüfung der ADHS-Symptomatik im Kindesalter böten hinreichende Hinweise für das Vorliegen einer ADHS im Kindesalter. Des Weiteren sprächen auch die Schwierigkeiten bei der Einschulung mit wiederholtem Kindergarten und erster Klasse für das Vorliegen einer ADHS. Im jungen Erwachsenenalter habe der Beschwerdeführer eine Lehrstelle als Schreiner im Familienbetrieb antreten und schlussendlich erfolgreich abschliessen können. Inwiefern eine relevante ADHS Symptomatik zu diesem Zeitpunkt bestanden habe, und ob diese eventuell durch den Umstand des als wohlwollend anzunehmenden, familiären Betriebsumfeldes habe kompensiert werden können, sei retrospektiv nicht beurteilbar. Nach dem erfolgreichen Lehrabschluss seien im Erwachsenenalter eine Reihe von erfolgreich absolvierten Weiterbildungen aktenkundig. Weiter habe der Beschwerdeführer auch nach der Auflösung des mit dem Bruder geführten Betriebes eigenständig eine neue Arbeitsstelle finden und leichten Büroarbeiten nachgehen können. In der von der IV mit entsprechendem Coaching unterstützten Arbeitsstelle bei der S.____ GmbH seien die Konzentration und Aufmerksamkeit, das Instruktionsverständnis, die Zielorientierung, die Selbstständigkeit, die Anpassungs- und Flexibilität und die Belastbarkeit sowie das Arbeitstempo im Bewertungsbogen der T.____ / T.____ Training für den Zeitraum vom 1. Februar 2018 bis zum 31. Oktober 2018 als reduziert eingestuft worden, bei einer sehr sorgfältigen, zuverlässigen, verlässlichen Arbeitsweise mit guter Kritikfähigkeit, Teamfähigkeit, Umgangsformen, Kontaktfähigkeit und Pünktlichkeit (Termineinhaltung). Zusammengekommen sprächen die obengenannten Befunde gegen eine adulte ADHS, wobei wiederholt in den neuropsychologischen Untersuchungen konsistente Einschränkungen im Bereich des Gedächtnisses (verzögerter Abruf), der Aufmerksamkeit und der Flexibilitätsleistungen hätten objektiviert werden können und auch mit dem in der aktuellen Untersuchung testpsychologisch erfassten Leistungsprofil übereinstimmten. Diese neuropsychologischen Defizite seien als residuelle ADHS-Symptome zu interpretieren, jedoch in ihrer Ausprägung als insgesamt leichtgradig einzustufen und erfüllten die Diagnose einer adulten ADHS nicht. Die neuropsychologischen Defizite hätten bis zum

Eintreten von diversen somatischen und affektiven Symptomen bis im Jahr 2016 unter anderem auch durch eine sehr sorgfältige und genaue Arbeitsweise ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit kompensiert werden können. Es sei davon auszugehen, dass die bestehenden kognitiven Defizite mit der Zunahme der somatischen und affektiven Beschwerden (Schmerzen, Schlafprobleme, OSAS, rezidivierende depressive Episoden) eine zusätzliche Akzentuierung erfahren hätten und letztlich im Sinne einer potenzierenden Wechselwirkung zu einer insgesamt verminderten Belastbarkeit beigetragen hätten. Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung des Zumutbarkeitsprofils und der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Vor dem Hintergrund der vorliegenden, verzerrungsfreien und somit validen Testergebnisse begründe das neurokognitive Leistungsprofil aus rein neuropsychologischer Perspektive eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Beim Anforderungsprofil werde eine Tätigkeit mit niedrigen Anforderungen an die Aufmerksamkeit, Konzentration und Flexibilitätsleistung empfohlen. Des Weiteren benötige der Beschwerdeführer aufgrund der verminderten Gedächtnisleistung mehr Zeit bei der Aneignung von neuen Aufgaben, bis eine routinierte und selbstständige Arbeitsweise erreicht werden könne. Vorteilhaft seien repetitive, kognitiv nicht anspruchsvolle Tätigkeiten. Auf das beweismässige neuropsychologische Gutachten der R.____ kann somit ebenfalls abgestellt werden. 8.5

8.5.1 Im psychiatrischen Teilgutachten der R.____ wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Kombinierte Persönlichkeitsstörung 2. Depressive Episode, gegenwärtig remittiert Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. ADHS im Kindesalter Sodann begründete die psychiatrische Gutachterin eingehend und in nachvollziehbarer Weise ihre Diagnosestellung und diskutierte mögliche andere Diagnosen: Im Rahmen des Gesprächs sei die immer wieder vom Exploranden angesprochene Müdigkeit, welche ihn im Tagesverlauf sehr belaste, nicht objektivierbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe detailliert und ausführlich berichtet, habe mehrfach strukturiert werden müssen. Er habe dabei energiegeladener und motivierter bei der Mitarbeit gewirkt. Er sei mehrfach im Zimmer in gebückter Haltung umhergelaufen, das Gespräch sei dadurch nicht beeinträchtigt worden. Er habe angegeben, sich dadurch von seinen Schmerzen entlasten zu können. Immer wieder sei er im Gespräch eingeengt gewesen auf Ungerechtigkeiten, welche ihm vonseiten seines Bruders widerfahren seien. Zudem habe er im Jahr 2016 unter sehr negativen Gedanken und Grübeln gelitten, dies habe sich zwischenzeitlich gebessert. Er berichte von einer Minderung der Konzentrations- und Gedächtnisleistung, früher habe er ein sehr gutes Gedächtnis gehabt, sei das wandelnde Lexikon der Firma gewesen. Bei der orientierenden Überprüfung des Gedächtnisses und der Konzentration sei jedoch keine erhebliche Reduktion der Konzentrations- und Gedächtnisleistung attestierbar gewesen. Der Explorand berichte von Existenzängsten. Er habe während der Untersuchung durchgehend eine euthyme Stimmungslage gezeigt und von Stimmungsschwankungen berichtet. Er sei themenbezogen gut schwingungsfähig gewesen, seine Stimmung sei schmerzabhängig besser oder schlechter. Durch die Einnahme von Strattera habe sich seine Stimmung verbessert und er sei ausgeglichener. Im Jahr 2016 sei er sehr traurig gewesen. Aus den Schilderungen des Exploranden hätten sich keine Anhaltspunkte für eine soziale Rückzugstendenz oder eine relevante Antriebsstörung ergeben. Im Jahr 2016 habe er konkrete Suizidpläne gehabt, derzeit leide er intermittierend unter Lebensüberdrußgedanken. Suizidalität sei kein Thema mehr für ihn. Seine Arbeit bei der AI.____ helfe ihm, positive Gedanken zu fassen. Beim Exploranden fänden sich in den biographischen Schilderungen, in der Aktenlage und in den zu objektivierenden

Untersuchungsbefunden verschiedene Hinweise auf das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörungssymptomatik. Die Diagnose werde auch im Bericht der ambulanten Psychiaterin und im Rahmen des Klinikaufenthalts (I.____) im Jahr 2020 erwähnt. Für das Stellen der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung müssten zunächst die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sein. Die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeits-Störung beinhalteten das Vorhandensein von Veränderungen in der Wahrnehmung und Interpretation von Dingen und Personen, in der Affektivität, hinsichtlich der Impulskontrolle und des Umgangs mit zwischenmenschlichen Beziehungen. Das Verhalten müsse dabei so unflexibel und unangepasst erscheinen, dass es im Laufe der Jahre zu einem Leidensdruck vonseiten des Betroffenen bzw. im nahen Umfeld gekommen sei. In der Kindheit und Jugend liessen sich beim Exploranden keine dahingehenden Auffälligkeiten auf der Persönlichkeitsebene explorieren, noch stünden entsprechende Berichte in der Aktenlage zur Verfügung. Einzig würden Schulschwierigkeiten bzw. eine zurückversetzte Einschulung aufgrund Unreife und ein einjähriger Heilaufenthalt aufgrund einer somatischen Problematik beschrieben. In den biographischen Angaben zeigten sich insofern Auffälligkeiten in der Beziehungsgestaltung, als dass der Explorand eigene Anteile am Scheitern von Beziehungen (erste Ehe und darauffolgende Partnerschaft so wie in der Beziehung zum jüngeren Bruder) zu negieren scheine. Beide Ex-Partnerinnen würden als psychischer Problemfall geschildert, welche stets die Beziehung torpediert hätten und sehr eifersüchtig gewesen seien. Der jüngere Bruder habe hinterhältig ohne Begründung das gemeinsame Geschäft verkauft, nachdem er bereits zu Beginn der geschäftlichen Beziehung den Exploranden überredet gehabt habe, seine Firmenanteile so klein zu halten, dass er kein Mitspracherecht haben werde. Zusätzlich habe sich der Bruder auf den Leistungen des Exploranden ausgeruht und «eine ruhige Kugel geschoben». Die Schilderungen des Exploranden sollten nicht als unauthentisch oder unwahr deklariert werden, jedoch scheine die einseitige Schuldbelastung des Exploranden zu Ungunsten des jeweiligen Partners auffällig, auch im Sinne von fehlender Empathie für die Sicht des Gegenübers. Ähnlich gestalteten sich die Schilderungen bezüglich des Beziehungsabbruchs zu seinen beiden Kindern. Hier habe er auf eine Entschuldigung gewartet, welche von den Kindern jedoch nicht gekommen sei. Es sei durchaus möglich, dass auch gewisse Auffälligkeiten in der Beziehungsgestaltung bereits im späteren Jugendalter am Arbeitsplatz auffällig geworden wären, hätte die Ausbildung des Exploranden nicht im väterlichen Betrieb unter väterlicher Anleitung stattgefunden und hätte der Explorand nicht danach gemeinsam mit seinem Bruder eine eigene Firma gegründet, sodass dadurch eine Kompensation allfälliger Defizite stattgefunden haben könnte. Des Weiteren werde in den Schilderungen des Exploranden fortwährend ein Kränkungsleben deutlich, insbesondere hinsichtlich der Beziehung zum jüngeren Bruder, auf welche der Explorand auch formal-gedanklich eingeeengt erschienen sei. Sowohl in den Beziehungskonflikten mit Ex-Partnerinnen, auch hinsichtlich der Beziehung zum jüngeren Bruder nehme der Explorand eine Opferrolle ein und stelle sich hinsichtlich Möglichkeiten zur Intervention als passiv dar. Es könne hierbei die Einschätzung der ambulanten Psychiaterin geteilt werden, dass dieses Verhalten vermutlich durch ein umfassendes Gefühl der Minderwertigkeit, Unsicherheit oder Angst vor Kritik oder Ablehnung begründet sein könne. Des Weiteren werde die Einschätzung der ambulanten Psychiaterin hinsichtlich einer histrionischen Komponente geteilt. Die Schilderungen des Exploranden muteten teilweise theatralisch und bildhaft ausgeschmückt an. Gesamthaft werde aus gutachterlicher Sicht bei der kombinierten Persönlichkeitsstörung von narzisstischen, ängstlich vermeidenden und histrionischen Anteilen ausgegangen. Der

Schweregrad werde als mittelgradig eingeschätzt. Einerseits sei es dem Exploranden gelungen, die Persönlichkeitsanteile über Jahre, vermutlich durch ein geeignetes Beschäftigungsumfeld, zu kompensieren und auch trotz den mi nachhinein geschilderten Konflikten mit der Ex-Frau eine ca. 18-jährige Partnerschaft zu führen. Auch aktuell befinde er sich seit über zehn Jahren wieder in einer stabilen Partnerschaft und Ehe, wobei keine Konflikte geschildert worden seien. Auch sei es ihm zwischenzeitlich immer wieder gelungen, verschiedene Arbeitsplätze selbständig zu organisieren und auch die dortige Tätigkeit auszufüllen. So gebe er an, dass die Beschäftigungsverhältnisse nicht an seiner mangelnden Leistung oder letztendlich an Konflikten gescheitert seien, sondern wirtschaftliche Gründe (Pandemie, Konkurs der Firma) oder Bedenken hinsichtlich seiner somatischen Grunderkrankung dafür ursächlich gewesen seien. Dies spreche für eine Vielzahl von Ressourcen und gegen eine schwergradige Persönlichkeitsstörungssymptomatik. Hinsichtlich der Psychodynamik könne vermutet werden, dass es im Lebenslauf des Exploranden, durch verschiedene psychosoziale Belastungen wie Scheidung, Konflikte mit den Kindern, Arbeitsplatzverlust und teils schwere somatische Erkrankungen zu einer zunehmenden Akzentuierung der Persönlichkeitsstörungssymptome im Sinne einer Dekompensation gekommen sei. Aufgrund der vielfältigen psychosozialen Belastungen in nahezu allen Lebensbereichen sei der Explorand nicht mehr in der Lage gewesen, die Symptomatik zu kompensieren, da verschiedene stabilisierende Faktoren (u. a. Arbeitsplatz und soziales Umfeld) weggefallen seien oder sich zumindest krisenhaft gestaltet hätten. Von einem relevanten Einfluss der Persönlichkeitsstörungssymptomatik auf die Leistungsfähigkeit des Exploranden werde ab dem Jahr 2016 nach dem Verkauf der gemeinsamen Firma durch den jüngsten Bruder ausgegangen. Spätestens ab diesem Zeitpunkt sei es dem Exploranden nicht mehr gelungen, die erlittene Kränkung ausreichend zu kompensieren. Er reagiere unter anderem, im Sinne eines insuffizienten Copings, mit der Ausprägung einer Depressions- und Schmerzsymptomatik. Sodann lasse sich aus den Schilderungen des Exploranden und auch der Aktenlage die Entwicklung einer depressiven Symptomatik (siehe auch Berichte über den Rehaklinikaufenthalt und von der ambulanten Psychiaterin Prof. Dr. med. F.____) gut nachvollziehen. Auch der angegebene Schweregrad in der Aktenlage (mittelgradig) lasse sich anhand des psychopathologischen Befundes und auch der retrospektiven Angaben des Exploranden nachzeichnen. So habe er u. a. unter einer deprimierten Stimmung bis hin zu Suizidgedanken, Zukunfts- und Existenzängsten sowie Insuffizienzgefühlen, Schuldgefühlen, Minderwertigkeitsgefühlen, formalen Denkstörungen im Sinne von Gedankenkreisen und Grübeln sowie einer Antriebsstörung und einem sozialen Rückzug gelitten. Zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt habe sich eine durchgängig euthyme Stimmungslage gezeigt, vom Exploranden seien lediglich Stimmungsschwankungen, welche schmerzabhängig seien, angegeben worden. Aus den Schilderungen hätten sich keine Anhaltspunkte für einen sozialen Rückzug oder eine Beeinträchtigung des Antriebs ergeben. So sei es ihm gelungen, selbständig eine Arbeitsstelle bei der AI.____ zu organisieren, welche er täglich besuche. Er gebe an, dass ihm die Arbeit Freude mache und sein Interesse wecke. Ebenso würden soziale Kontakte und Freizeitaktivitäten geschildert. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sei deshalb von einer Remission der depressiven Störung auszugehen. Wie bereits erwähnt, werde die depressive Symptomatik als insuffiziente Umgangsstrategien für Stress, Frustration und Konflikten vor dem Hintergrund der Persönlichkeitsstörungssymptomatik eingeschätzt, da suffiziente Coping-Strategien nur begrenzt zur Verfügung stünden. Dabei könne die Ausprägung der Depressionssymptome

einen Schweregrad erreichen, welcher für die Diagnosestellung einer depressiven Störung ausreicht. Es sei jedoch nicht von einer autonomen Entwicklung einer Depressionssymptomatik fernab der Persönlichkeitskomponente auszugehen. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer anlässlich der aktuellen Begutachtung davon berichtet, unter Kopf-, Schulter- und Rückenbeschwerden zu leiden. Diese seien weder in seinen Schilderungen noch als zu objektivierende Befunde im Rahmen der Untersuchungssituation im Vordergrund gestanden. Auch die Schmerzintensität sei in einem moderaten Rahmen als beginnend mit 2 – 3 und steigend auf 6 (auf einer Skala von 0 – 10) im Tagesverlauf angegeben worden. Es werde auch aus den Schilderungen des Exploranden nicht ersichtlich, dass die Schmerzsymptomatik im Alltag dafür verantwortlich sei, die verschiedenen Lebensbereiche, und damit auch die Lebensqualität des Exploranden, prioritär zu beeinträchtigen. Für die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wäre die Schilderung eines andauernden, schweren, quälenden Schmerzes gefordert, welcher nicht oder nicht ausreichend durch eine körperliche Ursache erklärt werden könne. Dieser müsse mindestens über sechs Monate anhaltend im Hauptfokus der betroffenen Person liegen. In der Folge trete meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung auf. Aus gutachterlicher Sicht seien beim Exploranden die Diagnosekriterien für eine chronische Schmerzstörung nicht erfüllt. Zum einen bestehe keine Fokussierung allein auf einen Schmerz, dieser werde zudem weder als quälend (beginnend am Morgen mit einer Intensität zwischen 2 und 3) noch als dauerhaft schwer bezeichnet. Aus den Schilderungen ergebe sich auch keine alleinige Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund des Schmerzerlebens. Ebenso wenig sei eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung nachweisbar. Aus gutachterlicher Sicht bestehe hinsichtlich der Schmerzsymptomatik ein enger Zusammenhang mit den reduzierten Umgangsstrategien für Stress, Konflikte und Frustration, welche sich aus der Persönlichkeitsstörungssymptomatik ergäben. Auch hierbei reagiere der Explorand bei entsprechender psychosozialer Belastung mit einem gesteigerten Schmerzempfinden, wie es vergleichbar im Rahmen der depressiven Symptomatik zu beobachten sei. Jedoch reiche aus gutachterlicher Sicht weder die Qualität noch die Quantität der angegebenen Schmerzsymptome aus, um die Diagnosekriterien für eine chronische Schmerzstörung zu erfüllen. Einhergehend mit der neuropsychologischen Begutachtung werde sodann auch aus fachpsychiatrischer Sicht davon ausgegangen, dass beim Exploranden in der Kindheit vermutlich eine ADHS vorgelegen haben könnte. Dies werde durch Selbstbeurteilungsfragebögen und auch der Schilderung des schulischen Werdegangs unterstützt. Hinsichtlich einer ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter bestehe aus fachpsychiatrischer Sicht keine klar abgrenzbare Symptomatik, welche diese Diagnose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verifizieren könnte. Es fänden sich weder im Rahmen der 4-jährigen Ausbildung noch während der langjährigen Tätigkeit in der eigenen Firma Hinweise für eine derart ausgeprägte ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter, als dass es dadurch zu Beeinträchtigungen gekommen wäre. Selbst wenn die Symptomatik durch das Arbeitsumfeld hätte kompensiert werden können, würde dies gegen eine ausreichend schwere Symptomatik sprechen. Des Weiteren bestehe eine diagnostische Schwierigkeit dahingehend, als dass sich verschiedene Symptome einer Persönlichkeitsstörung und einer ADHS im Erwachsenenalter überschneiden. Auch Auffälligkeiten im kognitiven Bereich gälten als Allgemeinkriterien einer Persönlichkeitsstörung, ebenso wie Auffälligkeiten in der Impulsivität und in der Wahrnehmung bzw. bei der Interpretation von Situationen und

Personen. Aus gutachterlicher Sicht könnten allein aufgrund der Tatsache, dass eine ADHS-spezifische Medikation mit Strattera dem Exploranden Linderung hinsichtlich einer subjektiv erlebten Unruhe und eine Verbesserung der Konzentration zur Folge hätten, nicht von der Bestätigung einer ADHS ausgegangen werden. Ebenso wenig sei es aus fachpsychiatrischer Sicht bekannt, dass die Qualität und Quantität von Schlafstörungen alleinig dazu genutzt werden könnten, die Diagnose einer ADHS zu verifizieren (siehe Bericht Schlafmedizin J.____, 06/2020). Vielmehr sei es bekannt, dass Schlafstörungen ein wichtiges Symptom einer ADHS darstellen könnten und dessen fehlende Behandlung die ADHS-Symptomatik verstärken könne. Des Weiteren handle es sich bei der Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter nicht um ein neurologisches / somnologisches Krankheitsbild. Des Weiteren sei beim Beschwerdeführer im Rahmen der gutachterlichen HNO-Beurteilung ein schwerer Tinnitus diagnostiziert worden. Hierbei handle es sich um eine Erkrankung, welche im Rahmen eines interdisziplinären Ansatzes zumeist vom HNO-Facharzt diagnostiziert und gegebenenfalls im psychotherapeutischen oder psychosomatischen Kontext mitbehandelt werde. Im Rahmen der aktuellen Begutachtung habe der Explorand zu keinem Zeitpunkt angegeben, durch eine Tinnitus-Symptomatik derart beeinträchtigt zu sein, dass dies vordergründig für die Einschränkung seiner Leistungsfähigkeit verantwortlich wäre. Auch im Rahmen der Untersuchungssituation seien keinerlei dahingehende Symptome oder Äusserungen vom Exploranden zu objektivieren gewesen. Auch im Bericht der ambulanten Psychiaterin fänden sich keine Hinweise auf eine vordergründige Beeinträchtigung (sowohl der Leistungsfähigkeit als auch der Lebensqualität des Exploranden) durch eine Tinnitus-Symptomatik. Aus fachpsychiatrischer Sicht werde deshalb nicht davon ausgegangen, dass diese zusätzlich einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Einschätzung oder Behandlung bedürfe. Dass – wie im HNO Gutachten ausgeführt – der Tinnitus zusammen mit der Schwerhörigkeit eine gewisse negative Interaktion zeige und zu einer vermehrten Ermüdbarkeit beitrage (v.a. in akustisch anspruchsvollen Situationen) sei zwar durchaus nachvollziehbar, jedoch habe dies aus psychiatrischer Sicht keinen direkten Einfluss und Zusammenhang zu der hier führend diagnostizierten Persönlichkeitsstörung. 8.5.2 8.5.2.1 Sodann führte die psychiatrische Gutachterin unter Einbezug des neuropsychologischen Teilgutachtens hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus, aus rein fachpsychiatrischer Sicht bestehe in einer den somatischen Krankheiten angepassten Tätigkeit grundsätzlich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Arbeitsunfähigkeit 50 %). Dies werde mit der Symptomatik einer kombinierten Persönlichkeitsstörung begründet. Aus isoliert psychiatrischer Sicht bestehe keine Veranlassung, zwischen bisheriger und angepasster Tätigkeit zu unterscheiden. Des Weiteren ist somit zu prüfen, ob die von der psychiatrischen Gutachterin unter Einbezug der Beurteilung aus dem neuropsychologischen Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag. Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2).

Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 6.5.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass es sich bei der diagnostizierten kombinierten Persönlichkeitsstörung um eine maximal mittelgradige Ausprägung der Symptomatik handelt. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, der Explorand befinde sich in regelmässiger ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung. Die Behandlung sei indiziert, erfolge leitliniengerecht und sollte beibehalten werden. Gemäss Angaben des Exploranden erfolge insbesondere eine Fokussierung auf die Erarbeitung von Umgangsstrategien mit Stressbelastung, was als ein wesentlicher Punkt in der Krankheitsbewältigung des Exploranden angesehen werde. Des Weiteren könnten durch die ambulante Behandlung allfällig auftretende Krisensituationen, welche durch psychosoziale Belastungen entstanden seien und eine Depressions- oder Schmerzsymptomatik nach sich zögen, rasch abgefangen werden. Aus dem Verlauf werde deutlich, dass dies bereits im Jahr 2020 durch die Einweisung zur Hospitalisation geschehen sei. Dies spreche dafür, dass der Explorand sich auch in Krisensituationen rechtzeitig melden und Hilfe suchen könne. Aus gutachterlicher Sicht sei eine Intensivierung der aktuellen therapeutischen Bemühungen nicht notwendig. Die Prognose sei äusserst zurückhaltend zu stellen. Es werde davon ausgegangen, dass dadurch keine Verbesserung der Leistungsfähigkeit erreicht werden könnte. Im Fokus der Behandlung stehe einzig die Stabilisierung des psychischen Zustands und das rechtzeitige Abfangen von Krisensituationen. Bezüglich Eingliederungserfolg resp. -resistenz sind dem Gutachten dagegen keine detaillierten Ausführungen zu entnehmen. Es ist aufgrund der gutachterlichen Erwägungen aber davon auszugehen, dass im Rahmen der attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit keine Eingliederungsresistenz besteht, zumal der Beschwerdeführer im Gutachtenszeitpunkt auch eine Tätigkeit in diesem Pensum – wenn auch im geschützten Rahmen – ausübte. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da

es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Wie aus den gutachterlichen Ausführungen (s. E. II. 6.1.5 hiervor) ersichtlich, bestand in der Vergangenheit mit der damals noch vorliegenden depressiven Episode durchaus eine relevante Komorbidität, welche in Wechselwirkung mit der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung stand. Dagegen wurden im Gutachten im Zeitpunkt der Begutachtung keine relevanten Komorbiditäten mehr genannt. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich hält die psychiatrische Gutachterin fest, die Leistungsfähigkeit des Exploranden werde zum Begutachtungszeitpunkt vor allem durch die Symptomatik der kombinierten Persönlichkeitsstörung beeinträchtigt. Erschwerend sei der Umstand, dass der Explorand nur über eine reduzierte Fähigkeit zum Umgang mit Konflikten, Stress und psychosozialer Belastung verfüge und darauf im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstörungssymptomatik mit der Ausprägung von Depressions- und Schmerzsymptomen reagiere. Aus dem Verlauf werde deutlich, dass diese Phasen immer wieder eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit nach sich zögen. Die Persönlichkeitsstörungssymptomatik führe zu leicht- bis maximal mittelgradigen Beeinträchtigungen bei der Fähigkeit, anstehende Aufgaben zu planen, zu strukturieren und diese wie geplant durchzuführen und zu beenden. Insbesondere sei der Explorand in seiner Fähigkeit, sich im Verhalten, Denken und Erleben an wechselnde Situationen anzupassen, dies könne zeitliche, räumliche oder auch personelle Veränderungen am Arbeitsplatz betreffen, beeinträchtigt. Es gelinge ihm dabei nicht immer, seine fachlichen Kompetenzen entsprechend seines Ausbildungsniveaus und unter Berücksichtigung des Lebenshintergrunds anzuwenden. Das Aufrechterhalten eines durchgehenden Leistungsniveaus sei nicht möglich. Wie bereits in der diagnostischen Beurteilung ausführlich geschildert, bestünden beim Exploranden insbesondere auch Defizite im zwischenmenschlichen Bereich. Dadurch sei die Kontaktfähigkeit zu Dritten insofern beeinträchtigt, dass von einer Externalisierungstendenz bei Konflikten ausgegangen werden könne, welche vermutlich anfangs noch durch eine Überanpassung kompensiert werden könne. Dies betreffe auch die Fähigkeit, sich in Gruppen bzw. Arbeitsteams einfügen zu können und einen guten Kontakt aufrechtzuerhalten. Ebenfalls würden aus den Schilderungen des Exploranden Probleme im Aufrechterhalten von zwischenmenschlichen Beziehungen deutlich. Hierbei erscheine die Konfliktfähigkeit bei einer

Schuldexternalisierung vermindert. Aus den Schilderungen des Exploranden ergäben sich keine Einschränkungen in den Bereichen Spontanaktivitäten und Selbstpflege. Defizite seien dahingehend auch nicht im Rahmen der Untersuchungssituation objektivierbar. Die Verkehrsfähigkeit scheine ebenfalls unbeeinträchtigt, da der Explorand das Nutzen des Autos zwar nur während 45 Minuten möglich sei, er dies jedoch durch das Nutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln kompensieren könne. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich ist auf das vorgehend unter der Kategorie «funktioneller Schweregrad» Gesagte zu verweisen. Daraus sind aufgrund der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung durchaus Einschränkungen ersichtlich, die sich in allen Lebensbereichen auswirken – wie beispielsweise die eingeschränkte Kontaktfähigkeit. Dagegen schilderte die Gutachterin auch, dass viele Bereiche davon unbeeinflusst blieben. Das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus ist somit zu verneinen. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden, weshalb diesbezüglich von einem mittelgradigen Leidensdruck auszugehen ist. 8.5.2.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. 6.5.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag auch die gutachterliche Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit und des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Aus isoliert psychiatrischer Sicht bestehe keine Veranlassung, zwischen bisheriger und angepasster Tätigkeit zu unterscheiden. Dies werde mit der Symptomatik einer kombinierten Persönlichkeitsstörung begründet. Bei der Symptomatik handle es sich vor allem um ein inneres Erleben, welches eine verzerrte Wahrnehmung hinsichtlich der eigenen Fähigkeiten, des Verhaltens und in den zwischenmenschlichen Beziehungen zur Folge habe, und welches nicht durch eine Anpassung von Umgebungsbedingungen ausreichend beeinflusst werden könne. Es könne entsprechend auch nicht von einer höheren Arbeitsfähigkeit durch irgendwelche spezifischen Anpassungen des Arbeitsplatzes (ausser den aus Sicht der anderen Gutachten notwendigen, siehe Konsens) ausgegangen werden. Aus rein fachpsychiatrischer Sicht bestehe in einer den somatischen Krankheiten angepassten Tätigkeit grundsätzlich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Arbeitsunfähigkeit 50 %). Dies werde mit der Symptomatik einer kombinierten Persönlichkeitsstörung begründet. Die gutachterliche Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit leuchtet insbesondere auch im Lichte der Ausführungen der Gutachterin zu Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen (s.

Ziff. II. 7.4 des psychiatrischen Teilgutachtens sowie zur Kategorie «funktioneller Schweregrad», s. E. II. 6.5.2.1 hiervor) ein. Weiter hielt die Gutachterin hinsichtlich des Verlaufs nachvollziehbar fest, die in der Aktenlage wiederholt aufgeführte depressive Störung sei aus gutachterlicher Sicht derzeit remittiert und habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ebenso wenig seien aus gutachterlicher Sicht die Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erfüllt. Im Verlauf sei zu beachten, dass eine Beeinträchtigung durch die kombinierte Persönlichkeitsstörung erst ab dem Jahr 2016 bestehe. Wie in der diagnostischen Beurteilung ausführlich geschildert, handle es sich um eine maximal mittelgradige Ausprägung der Symptomatik, welche bis vor dem Verkauf der Firma (durch den Bruder) vom Exploranden in diesem Setting des familieneigenen Betriebs habe kompensiert werden können. Erst mit dem Wegfall dieses Arbeitsplatzes, dem Vertrauensbruch mit dem jüngeren Bruder, sei es zu einer Akzentuierung der Persönlichkeitsstörungssymptomatik und einer damit einhergehenden Ausprägung von Depressions- und Schmerzsymptomen gekommen, welche intermittierend stationär habe behandelt werden müssen und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nach sich gezogen habe. Zwischenzeitlich sei der Explorand jedoch auch immer wieder diversen Beschäftigungen, durchschnittlich in einem 50%-Pensum, nachgegangen. Ab Zeitpunkt des Abschlusses der Berufsmassnahmen per 10/2018 werde deshalb (unterbrochen vom stationären Aufenthalt in der I. ___ vom 7. Januar bis 18. April 2010 [recte: 2020] mit voller Arbeitsunfähigkeit) von einer stabil umsetzbaren 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Grundsätzlich sei davon auszugehen, dass bei offensichtlich guter fachlicher Qualifikation die 50%ige Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt umgesetzt werden könne. Die Einschränkungen aus isoliert neuropsychologischer Perspektive seien in der psychiatrischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit inkorporiert. Die psychiatrische Einschränkung gehe aufgrund der störungsspezifischen Aspekte leicht über die rein neuropsychologisch messbare Beeinträchtigung hinaus. Andererseits sei nicht anzunehmen, dass die leichte Leistungsminderung aus HNO-Sicht hier noch zusätzliche Einschränkungen bewirke, was auch durch das aktuell geleistete Pensum von 50 % unterstrichen werde.

8.5.2.3 Auf das beweismässige psychiatrische Gutachten der R. ___ kann somit abgestellt werden. Den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermögen auch die von der Beschwerdegegnerin mit Stellungnahme vom 7. Februar 2022 vorgebrachten Rügen nicht zu vermindern. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin wurde im psychiatrischen Teilgutachten die diagnostische Herleitung der Persönlichkeitsstörung, deren Schweregrad sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit schlüssig und umfassend begründet. Diesbezüglich kann auf die vorgehenden Ausführungen verwiesen werden. Des Weiteren bemängelt die Beschwerdegegnerin, dass sich die psychiatrische Gutachterin der R. ___ nicht mit den vom Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vom 17. Mai 2018 bei der C. ___ (IV-Nr. 161.5) gemachten Angaben auseinandergesetzt habe. Im Gegensatz zu seinen Angaben anlässlich der R. ___-Begutachtung habe der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter der C. ___ angegeben, dass die erste Ehefrau chronisch und pathologisch eifersüchtig gewesen sei und ihm noch während der Ehe vor den Kindern mit Suizid gedroht habe, wenn er einmal in der Woche alleine mit seinen Freunden unterwegs sein würde. Trotz dieser Umstände habe der Versicherte den Akten zufolge von 1989 bis 2003 mit dieser Frau in der gemeinsamen Wohnung zusammengelebt. Auch die nachfolgende Partnerin habe sich nach Angaben des Versicherten ständig das Leben nehmen wollen. Er habe ihr ständig aus Angst hinterherfahren müssen, weil er

gedacht habe, dass sie sich etwas antun wolle. Dennoch habe diese Partnerschaft von 2004 bis 2008 gehalten. Inwiefern dem Versicherten vor diesem Hintergrund mangelnde Empathie attestiert werden könne, sei für den Unterzeichnenden nicht nachvollziehbar. Zudem habe der Versicherten zum damaligen Untersuchungszeitpunkt ein gutes Verhältnis zu seinen Kindern gehabt und habe das Verhältnis zu seiner jetzigen Partnerin als «die Harmonie pur» beschrieben, wobei ihn diese für die vergangenen unglücklichen Beziehungen entschädigen würde. Diesen Ausführungen der Beschwerdegegnerin ist entgegenzuhalten, dass es nicht zu beanstanden ist, wenn die Gutachterin der R.____ ihre Diagnosestellung – insbesondere was den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers anbelangt – in erster Linie auf die anlässlich ihrer Untersuchung erlangten Eindrücke und die vom Beschwerdeführer dort gemachten Angaben abstellt. Insofern sind allfällige diskrepante Angaben des Beschwerdeführers im vorherigen Gutachten von untergeordneter Bedeutung. Überdies kann nicht gesagt werden, dass die von der Beschwerdegegnerin wiedergegebenen Angaben aus dem Gutachten der C.____ der Interpretation der psychiatrischen Gutachterin der R.____ entgegenstehen, wonach die einseitige Schuldbelastung des Exploranden zu Ungunsten der jeweiligen Partnerin auffällig scheine, auch im Sinne von fehlender Empathie für die Sicht des Gegenübers. So schilderte der Beschwerdeführer seine beiden Ex-Partnerinnen de facto auch gegenüber dem Gutachter der C.____ als psychische Problemfälle und stellte sich als derjenige dar, welcher darunter gelitten hat, ohne allfällige eigene partnerschaftliche Defizite zu nennen. Und auch seine Aussage, wonach ihn seine jetzige Frau für die vergangenen unglücklichen Beziehungen entschädige, spricht eher für eine unempathische Haltung im Sinne einer einseitigen Schuldzuweisung gegenüber seinen ehemaligen Partnerinnen, wie dies von der psychiatrischen Gutachterin der R.____ interpretiert wurde.

8.6 8.6.1 Gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten vermag auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der R.____-Gutachter zu überzeugen: Die angestammte Tätigkeit als Schreiner sei aus diversen Gründen nicht mehr möglich. Dies sei schon in der EFL 08/2017 aufgrund der Rückenbeschwerden so festgehalten worden. Auch aus Sicht der Pneumologie sei wegen des Asthmas eine Tätigkeit als Schreiner nicht geeignet wegen der Staubexposition. Es sei davon auszugehen, dass die bisherige Tätigkeit bleibend nicht mehr möglich sei seit mindestens 08/2017. In einer angepassten Tätigkeit ergebe sich die wesentliche Einschränkung der zeitlichen Leistungsfähigkeit aus der Symptomatik der kombinierten Persönlichkeitsstörung, während sich aus HNO-Sicht relevante zusätzliche Einschränkungen für die Bedingungen des Arbeitsplatzes ergäben. Die in der Aktenlage wiederholt aufgeführte depressive Störung sei aus gutachterlicher Sicht derzeit remittiert und habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Optimal angepasst seien aufgrund der psychiatrischen Einschränkungen Tätigkeiten mit vorgegebener Struktur und routinemässigen Abläufen in einem sehr kleinen Team oder alleine und ohne regelmässigen oder häufigen Kundenkontakt und mit geringem Zeitdruck. Aufgrund des Tinnitus und der beidseitigen Schwerhörigkeit seien nur Tätigkeiten ohne Anforderungen an ein intaktes Gehör, häufige Kommunikation, ohne Lärmbelastung und wegen der erhöhten Erschöpfbarkeit ohne sehr hohe Anforderungen an die Konzentration zumutbar. Im Übrigen sei wegen der polypösen Pansinusitis eine Staubexposition zu vermeiden. In einer den Einschränkungen angepassten Tätigkeit sei von einer möglichen Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Diese könne bei vorhandenen Ressourcen durchaus im ersten Arbeitsmarkt umgesetzt werden.

8.6.2 Sodann ist auf die interdisziplinäre Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit im R.____-Gutachten einzugehen. Diesbezüglich hielten die Gutachter

fest, nach Wiederanmeldung für IV-Leistungen vom 21. Januar 2016 sei zunächst die akute Lumboischialgie im Vordergrund gestanden (ab 2015 erneute Zunahme nach Voroperation 04/2010, MRI Abklärung 04/2015, Infiltration 08/2015, Ausrutschen auf Eisplatte 12/2015 und Indikation zur Operation 01/2016) mit Operation am 13. Mai 2016, Re-Operation bei Wundinfekt am 25. Mai 2016 mit wechselndem Verlauf, Infiltration am 15. Februar 2017 und schliesslich am 16. August 2017 EFL mit Schlussfolgerung einer vollen Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit, bei voller Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Diese Beurteilung habe aber nur die somatischen Aspekte berücksichtigt, denen die R. ___-Gutachter weiterhin zustimmten, nicht jedoch die psychiatrischen Einschränkungen (diese seien fast zeitgleich vom behandelnden Psychiater nachvollziehbar als schwergradig eingeschätzt worden, bis hin zu potentiell selbstgefährdendem Verhalten). Demnach sei ab Dezember 2015 bis zum Beginn der Eingliederungsmassnahmen der IV ab Oktober 2016 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen. Auf diese Beurteilung kann abgestellt werden, zumal sie mit den Vorakten übereinstimmt. Sodann hielten die Gutachter fest, ab diesem Zeitpunkt sei die Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Berufsmassnahmen der IV vom Oktober 2016 bis Oktober 2018 wie dort effektiv geleistet anzunehmen. Die Gutachter machen hierzu aber keine konkreteren Angaben. Den Vorakten ist hinsichtlich des geleisteten Pensums Folgendes zu entnehmen: Ab Oktober 2016 fanden ein Coaching sowie zwei Computerkurse statt (vgl. IV-Nr. 75, 78, 88), es wurde jedoch kein Arbeitsversuch zu einem spezifischen Pensum durchgeführt. Sodann wurde im EFL-Bericht vom 18. August 2017 (IV-Nr. 95) festgehalten, die bisherige Tätigkeit als Schreiner / Monteur sei nicht mehr zumutbar, eine angepasste leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei ab sofort zumutbar. Eine Quantifizierung der Arbeitsfähigkeit wurde jedoch nicht vorgenommen. Des Weiteren wurden folgende Eingliederungsmassnahmen durchgeführt: Vom 1. – 31. Januar 2018 ein Belastbarkeitstraining mit einem Pensum von 20 % (IV-Nr. 109); vom 1. Februar – 30. April 2018 ein Arbeitstraining (IV-Nr. 119) mit den geleisteten Durchschnittspensen im Februar von 29.84 %, im März von 32.79 % und im April von 42.71 % (IV-Nr. 152); vom 30. April – 29. Juli 2018 ein Belastbarkeitstraining (IV-Nr. 136), wo das durchschnittliche Pensum 4 Stunden pro Tag betrug (IV-Nr. 179, S. 5); vom 30. Juli – 28. Oktober 2018 ein Arbeitstraining (IV-Nr. 155) mit den geleisteten Durchschnittspensen im August von 48.52 %, im September 51.04 % und im Oktober 53.44 % (IV-Nr. 187). Zusammenfassend ist somit für die Zeit von Oktober 2016 bis Oktober 2018 von folgendem zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit auszugehen: Zwar wurde im EFL-Bericht vom 18. August 2017 eine angepasste Tätigkeit wieder als zumutbar erachtet, wie die R. ___-Gutachter hierzu aber nachvollziehbar festhielten, wurde hierbei die psychiatrische Komponente wohl nur bedingt berücksichtigt. Zudem fanden in diesem Zeitpunkt auch noch keine Eingliederungsmassnahmen im Sinne tatsächlicher Arbeitsversuche statt, so dass bis zum Beginn des Belastbarkeitstrainings vom 1. Januar 2018 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Danach ist die Arbeitsfähigkeit entsprechend der vorgenannten geleisteten Pensum (Januar 20 %, Februar von 29.84 %, März von 32.79 %, April von 42.71 %) festzulegen. Schliesslich ist ab Mai – Oktober 2018 gestützt auf die vorgehenden Ausführungen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Was die Beschwerdegegnerin dagegen vorbringt, vermag nicht zu überzeugen. So bleibt das Argument, wonach der Versicherte nach eigener Einschätzung noch in einem höheren Pensum arbeitsfähig gewesen wäre, hätte er beim Einsatzbetrieb die Möglichkeit gehabt, sich mittags hinlegen zu können, hypothetisch.

Zudem ist es nicht nachvollziehbar, was die Beschwerdegegnerin aus dem Einwand ableiten will, wonach beim Beschwerdeführer während der bis 10/2018 durchgeführten beruflichen Eingliederungsmassnahmen die Schmerzen im Vordergrund gestanden hätten, die dem Versicherten aufgrund der Medikation das selbständige Führen eines Personenkraftwagens verunmöglicht hätten, was heute jedoch nicht mehr zutrefte. Schliesslich vermag auch die übrige retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der R.____-Gutachter zu überzeugen, wonach nach Abschluss der beruflichen Massnahmen im Oktober 2018 eine durchgehende Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden habe. Die Gutachter führten diesbezüglich aus, im C.____-Gutachten 07/2018 sei eine volle zeitliche Präsenzfähigkeit mit einer um 15 % verminderten Leistungsfähigkeit postuliert worden, auch für die angestammte Tätigkeit (gemäss Ansicht der R.____-Gutachter unter Zugrundelegung eines nicht realistischen Tätigkeitsprofils als Kaufmann, zudem im Widerspruch zur ausführlichen und bezüglich körperlicher Belastbarkeit plausiblen EFL von 08/2017). Insbesondere aber sei die führende Persönlichkeitsproblematik zwar diskussionsweise gestreift, aber nicht als Diagnose aufgegriffen worden. Zum Zeitpunkt dieses Gutachtens sei der Explorand in der Berufsmassnahme (S.____, 50%-Pensum) gewesen und es werde aus Sicht des RAD (27. August 2018) unter Verweis auf das C.____-Gutachten von einer optimalen Eingliederung mit möglicher voller Arbeitsfähigkeit ausgegangen und entsprechend die beruflichen Massnahmen per 28. Oktober 2018 beendet. Im Abschlussbericht Berufsberatung vom 20. Dezember 2018 werde gleichzeitig festgestellt, dass eine Steigerung wesentlich über 50 % nicht gelungen sei. Aus heutiger gutachterlicher Sicht könne auf das C.____-Gutachten 07/2018 insofern nicht abgestützt werden, als es wesentliche psychiatrische Aspekte zu wenig gewürdigt und für die Bemessung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt habe. Wie oben dargelegt sei die (grundsätzlich bestehende und lange kompensiert gehaltene) kombinierte Persönlichkeitsstörung nach Stellenverlust und Verkauf der Firma durch den Bruder ab 2016 nachhaltig dekompenziert und zeitweise durch eine höhergradige Depression zusätzlich belastet worden. Mit Abschluss der Berufsmassnahmen könne bei oben geschilderter diagnostischer Differenz nicht von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, sondern sei eine stabil erreichbare Leistungsfähigkeit von 50 % im ersten Arbeitsmarkt unter Einhaltung der diversen qualitativen Limiten möglich. Eine Steigerung sei im weiteren Verlauf konkret nie möglich gewesen. Unterbrochen werde die Arbeitsfähigkeit durch den stationären Aufenthalt in der I.____ vom 7. Januar bis 18. April 2010 [recte: 2020] mit voller Arbeitsunfähigkeit. 9. Nachfolgend ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Während die Beschwerdegegnerin im Vorbescheid vom 20. Mai 2019 noch einen Einkommensvergleich gemacht hat und hierbei sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen auf die LSE 2014 TA1_tirage_skill_level, 45 – 96, Niveau 3, abgestellt hat, hat sie in der angefochtenen Verfügung auf einen Einkommensvergleich verzichtet. 9.1 Beim Valideneinkommen handelt es sich um eine hypothetische Grösse, indem nicht ohne weiteres auf den – unter Umständen schon länger zurückliegenden – zuletzt tatsächlich erzielten Verdienst abzustellen ist (BGE 114 V 310 E. 3b S. 314; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 559/04 vom 16. Februar 2005 E. 2.1), sondern darauf, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre

(BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2011 IV Nr. 55 S. 163 8C_671/2010 E. 4.5.1; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 327). Ob der Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiter im Bettenfachgeschäft seiner Familie aus gesundheitlichen Gründen aufgeben musste (wovon die IV-Stelle ausging; s. Protokolleintrag vom 16. Juni 2016, IV-Protokoll S. 11). kann offengelassen werden, da die betreffende Firma – W.____ – wie aus dem Handelsregister ersichtlich per 30. Januar 2017 aufgelöst wurde, womit beim Valideneinkommen ohnehin nicht auf das dort erzielte Einkommen, sondern auf einen Tabellenlohn abzustellen ist. Der durch die Beschwerdegegnerin im Vorbescheid herangezogene Tabellenlohn LSE 2014 TA1_tirage_skill_level, 45 – 96 (Sektor 3 Dienstleistungen), Niveau 3 (3 = Komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen), erscheint jedoch vorliegend nicht gerechtfertigt. Zwar sind aus dem Auszug aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers in den Jahren vor dem Invaliditätseintritt ähnlich hohe Löhne ersichtlich (vgl. IV-Nr. 72), wie sie sich auch aus der Anwendung der vorgenannten LSE-Tabelle im Kompetenzniveau 3 ergeben würden. Der Betrieb der Familie des Beschwerdeführers – die W.____ AG – wurde jedoch bereits 2016 aus wirtschaftlichen Gründen geschlossen. Der Beschwerdeführer hätte somit auch ohne Eintritt des Gesundheitsschadens eine andere Stelle suchen müssen. Bei einer solchen neuen Stelle erscheint es trotz abgeschlossener Schreinerlehre und Berufserfahrung nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer weiterhin gleich hohe Einkommen hätte erzielen können, wie als Mitarbeiter und Verwaltungsrat im familiären Betrieb. Es rechtfertigt sich demnach, im betreffenden Tabellenlohn auf das Kompetenzniveau 2 abzustellen. Da gestützt auf die Ausführungen der R.____-Gutachter von einem Ablauf des Wartjahres per Dezember 2016 auszugehen ist, ist demnach die erste Invaliditätsberechnung in diesem Zeitpunkt vorzunehmen, womit die LSE 2016 TA1_tirage_skill_level, 45 – 96, Niveau 2, anwendbar sind. Dies ergibt per 1. Dezember 2016 ein Valideneinkommen von CHF 66'453.10 (CHF 5'312.00 x 12, Aufrechnung Wochenstunden [:40 x 41.7]). Danach bestand gestützt auf die Beurteilung der R.____-Gutachter von Januar bis April 2018 durchschnittlich eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % sowie ab Mai 2018 durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, womit der Invaliditätsgrad auch per 1. Januar 2018 sowie 1. Mai 2018 zu errechnen ist. Somit beträgt das Valideneinkommen unter Anwendung der LSE 2018 TA1_tirage_skill_level, 45 – 96, Niveau 2 per 1. Januar 2018 und per 1. Mai 2018 jeweils CHF 65'952.70 (CHF 5'272.00 x 12, Aufrechnung Wochenstunden [:40 x 41.7]). 9.2 9.2.1 Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, eine angepasste Tätigkeit zu 50 % auszuüben, er aber bislang keiner Tätigkeit im zumutbaren Ausmass nachgeht, muss das Invalideneinkommen ebenfalls aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Aufgrund des im R.____-Gutachten festgelegten Zumutbarkeitsprofils, erscheint eine Tätigkeit im Kompetenzniveau 3 – Komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen – nicht mehr zumutbar. So formulierten die Gutachter folgendes Zumutbarkeitsprofil: Optimal angepasst seien aufgrund der psychiatrischen Einschränkungen Tätigkeiten mit vorgegebener Struktur und routinemässigen Abläufen in einem sehr kleinen Team oder alleine und ohne regelmässigen oder häufigen Kundenkontakt und mit geringem Zeitdruck. Aufgrund des Tinnitus und der beidseitigen Schwerhörigkeit seien nur Tätigkeiten ohne Anforderungen an ein intaktes Gehör, häufige Kommunikation, ohne Lärmbelastung und wegen der erhöhten Erschöpfbarkeit ohne sehr

hohe Anforderungen an die Konzentration zumutbar. Im Übrigen sei wegen der polypösen Pansinusitis eine Staubexposition zu vermeiden. Demnach ist es gerechtfertigt, beim Invalideneinkommen auf die LSE TA1_tirage_skill_level, 45 – 96, und dort auf das Kompetenzniveau 2 – Praktische Tätigkeiten wie Verkauf / Pflege / Datenverarbeitung und Administration / Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten / Sicherheitsdienst / Fahrdienst – abzustellen, da der Beschwerdeführer über langjährige Berufserfahrung im Dienstleistungsbereich verfügt, auf welche er trotz der genannten Einschränkungen aufbauen kann. Daraus ergeben sich unter Einbezug der jeweiligen Arbeitsfähigkeiten und vorbehaltlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (s. E. II. 9.2.2 hiernach) folgende Invalideneinkommen: Per 1. Dezember 2016 CHF 0.00; per 1. Januar 2018 CHF 19'785.80 (CHF 5'272.00 x 12, Aufrechnung Wochenstunden [:40 x 41.7], davon 30 %); per 1. Mai 2018 CHF 32'976.35 (CHF 5'272.00 x 12, Aufrechnung Wochenstunden [:40 x 41.7], davon 50 %).

9.2.2 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 pflichtgemäsem 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). Die Beschwerdegegnerin hat keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich ein solcher rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen. Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 48 bzw. 50 Jahren zur Zeit der Einkommensvergleiche keinen Abzug. Dagegen rechtfertigt sich aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem Pensum von 50 % tätig sein kann, ein Abzug. So verdienten Männer in den Jahren 2016 und 2018 in einem Pensum von 50 – 74 % gemäss der Tabelle des Bundesamtes für Statistik T18 (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) weniger als Männer in einem Vollzeitpensum. Sodann geht aus dem vorstehend aufgeführten gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil (s. E. II. 9.2.1 hiervor) hervor, dass die Einschränkungen nicht unerheblich sind, so dass es sich rechtfertigt, – unter Einbezug eines Abzugs wegen Teilzeittätigkeit – insgesamt einen Abzug von 10 % vorzunehmen. Damit ergeben sich folgende Invaliditätsgrade: Per 1. Dezember 2016 100 %; per 1. Januar 2018 73 % (Valideneinkommen CHF 65'952.70 / Invalideneinkommen CHF 17'807.20 [CHF 19'785.80 abzüglich 10 %]); per 1. Mai 2018 55 % [Valideneinkommen CHF 65'952.70 / Invalideneinkommen CHF 29'678.70 [CHF 32'976.35 abzüglich 10 %]]. Somit hat der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung des Wartejahres (Art. 28 Abs. 1 IVG), sowie der

Dreimonatsregel gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV folgende Rentenansprüche: Vom Dezember 2016 bis 31. Juli 2018 Anspruch auf eine ganze Rente; ab 1. August 2018 Anspruch auf eine halbe Rente. Demnach ist die Beschwerde gutzuheissen. 10. 10.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung, wie mit Kostennoten vom 15. Juli 2020 und 16. Februar 2022 geltend gemacht auf CHF 6'218.80 festzusetzen (22.25 Stunden zu CHF 250.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen und MwSt). 10.2 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 hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten. 10.3 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des R.____-Gutachtens vom 14. Dezember 2021 von CHF 22'239.75 zu tragen.

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