

# **SO\_GERICHTE VSBES.2021.13 vom 31. März 2022**

SO Obergericht, 2022-03-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2021.13\\_d20220331](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.13_d20220331)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2021.13 du 31 mars 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2021.13 del 31 marzo 2022

## **Regeste**

Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung vom 23. Dezember 2020 sei aufzuheben.

### **E. 2**

Dem Beschwerdeführer sei eine ganze Rente zuzusprechen.

### **E. 3**

Eventualiter sei die Causa an die Beschwerdegegnerin zur Erhebung des rechtsgenügenden Sachverhaltes zurückzuweisen.

#### **E. 3.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des Bundesgerichts 8C\_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 mit Hinweisen). 4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und

gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

4.3 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4.4 Mit Blick auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen Begutachtungs- und Behandlungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_799/2012 vom 16. Mai 2013 E. 2.3) sowie die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353), können ihre Berichte nicht denselben Stellenwert beanspruchen wie ein Gutachten, welches der Sozialversicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt hat. Stellungnahmen, in denen die behandelnden Ärzte den gutachterlichen Feststellungen widersprechen oder an früher geäusserten abweichenden Meinungen festhalten, bilden nur dann Anlass zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte enthalten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_183/2015 vom 19. August 2015 E. 4.2 mit Hinweis).

#### **E. 4**

Eventualiter sei ein Obergutachten anzuordnen.

## E. 4.5

4.5.1 Ständige und damit wichtigster medizinischer Ansprechpartner in der täglichen Arbeit sind für die IV-Stellen die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD), welche ihnen nach Art. 59 Abs. 2 bis IVG zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruches zur Verfügung stehen. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben und sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig. Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen. Die IV-Stellen werden aber stets externe (meist polydisziplinäre) Gutachten einholen, wenn der ausgeprägt interdisziplinäre Charakter einer Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die fachlichen Ressourcen verfügt, um eine sich stellende Frage beantworten zu können, sowie wenn zwischen RAD-Bericht und allgemeinem Tenor im medizinischen Dossier eine Differenz besteht, welche nicht offensichtlich auf unterschiedlichen versicherungsmedizinischen Prämissen beruht (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 mit Hinweisen).

4.5.2 Führt der RAD-Arzt bzw. die RAD-Ärztin selber keine persönliche Untersuchung der versicherten Person durch, handelt es sich bei den entsprechenden Ausführungen nicht um eine Stellungnahme im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV. Wurden keine medizinischen Befunde erhoben, sondern die vorhandenen Befunde von einem praktischen Arzt bzw. einer praktischen Ärztin ohne fachärztliche Spezialisierung gewürdigt, liegt eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht im Sinne von Art. 59 Abs. 2 bis IVG und Art. 49 Abs. 1 IVV vor. Die RAD-Berichte vermögen lediglich dazu Stellung zu nehmen, ob der einen oder anderen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (BGE 145 V 97 E. 8.5 und 142 V 58 E. 5.1 je mit Hinweisen).

5. 5.1 Die Beschwerdegegnerin erwog in ihrem Entscheid vom 23. Dezember 2020 zusammengefasst Folgendes: Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer seit 1. September 2018 (Beginn der einjährigen Wartezeit) in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei. Die angestammte Tätigkeit als Chauffeur bzw. Lagermitarbeiter sei ihm seither nicht mehr zumutbar. Gemäss vorhandenen medizinischen Unterlagen sei ihm eine angepasste Verweistätigkeit aus psychiatrischer Sicht derzeit noch im Umfang von 50 % möglich. Diese Einschränkung sei unter leitliniengerechter Therapie innert sechs Monaten reversibel, so dass sechs Monate nach Zustellung des Gutachtens (9. Juli 2020), d.h. ab 1. Februar 2021, aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorliege. Gemäss vorhandenen medizinischen Unterlagen sei dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der Sehstörung eine angepasste Verweistätigkeit mindestens im Umfang von 70 % möglich. Aufgrund der vorliegenden Sehdefizite bestehe ein vermehrter Pausen- bzw. Kompensationsbedarf. Potentiell gefährliche Arbeiten, wie zum Beispiel Arbeiten an rotierenden oder schneidenden Maschinen, seien aus Sicherheitsgründen nicht mehr möglich. Eine Tätigkeit mit nur geringen Anforderungen an die Sehfähigkeit sei aus augenärztlicher Sicht jedoch prinzipiell im Umfang von 100 % möglich. Nach Ablauf des Wartejahres, d.h. ab 1. September 2019, bestehe somit Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Ab 1. Februar 2021 betrage die Arbeitsunfähigkeit nach einer leitliniengerechten Therapie noch maximal 30 %. Die Rente werde deshalb, drei Monate nach Verbesserung des Gesundheitszustandes, d.h. per 1. Mai 2021 aufgehoben (A.S. 1 ff.).

5.2 Der Beschwerdeführer verlangt die Ausrichtung einer unbefristeten ganzen Invalidenrente. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Erhebung des medizinischen Sachverhalts zurückzuweisen oder ein Obergutachten anzuordnen. Dies begründet er im Wesentlichen damit, auf das polydisziplinäre Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2020 könne mangels aktualisierter medizinischer Aktenlage nicht abgestellt werden. Ohne die Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte sei eine rechtsgenügende Anspruchsbeurteilung nicht möglich. Aus dem polydisziplinären Gutachten sei kein strukturiertes und normatives Prüfungsraster ersichtlich. Im Weiteren habe die Beschwerdegegnerin das strukturierte Beweisverfahren in Beachtung der aktuellen Indikatoren-Rechtsprechung nicht durchgeführt. Auch die Beurteilung der Leistungsfähigkeit in Anwendbarkeit von ICF sei nicht umgesetzt worden. Ferner verfüge die RAD-Ärztin ausschliesslich über fachärztliche Kompetenz in Allgemeinmedizin; sie mache in ihrer Stellungnahme vom 13. August 2020 jedoch auch ophthalmologische und psychiatrische Einschätzungen. Die Beschwerdegegnerin verneine einen Rentenanspruch, obwohl das Gutachten zum «jetzigen Zeitpunkt» (Juni 2020) von einer Arbeitsunfähigkeit für Arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt und auch für optimal angepasste Tätigkeiten von 50 % ausgehe. Die gutachterliche Einschätzung unterscheide nicht zwischen einer eigentlichen leistungsangepassten Tätigkeit und einer Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Auch das psychiatrische Teilgutachten sei widersprüchlich: Auf der einen Seite setze die Gutachterstelle eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung in sechs bis zwölf Monaten voraus, um überhaupt den Leistungsanspruch prüfen zu können. Auf der anderen Seite sei medizinisch notorisch bekannt, dass bei rezidivierenden Depressionen auch bei guter Behandlung mit Medikamenten von einem chronischen Verlauf ohne Besserung auszugehen sei. Es hätte eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung vorliegen müssen. Es bestünden ophthalmologische, neurologische und psychiatrische Einschränkungen. Ohne weitere Abklärungen und sogar entgegen der Annahme im polydisziplinären Gutachten gehe die Beschwerdegegnerin ab 1. Februar 2021 von einer 30%igen Arbeitsfähigkeit aus. Dies entspreche nicht dem realistischen funktionellen Leistungsvermögen des Beschwerdeführers. Gestützt auf das multiple progrediente Beschwerdebild liege beim Beschwerdeführer keine wirtschaftlich verwertbare Restarbeitsfähigkeit mehr vor. Die Beschwerdegegnerin nehme einerseits an, dass die angestammte Tätigkeit als Chauffeur und Lagermitarbeiter nicht mehr zumutbar sei und stelle auf Tabellenlöhne ab, passe diese aber nicht an die gegebene Situation an. Zu einem Tabellenlohnabzug führten vorliegend das Alter, die Art und Beschaffenheit des Gesundheitszustandes und die Art seiner Folgen. Selbst wenn eine wirtschaftlich verwertbare Restarbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt angenommen werde, so sei von einem Leidensabzug von 25 % auszugehen. Die Voraussetzungen für die Aufhebung der halben Invalidenrente seien nicht gegeben (A.S. 7 ff.).

5.3 Die Beschwerdegegnerin bringt in ihrer Beschwerdeantwort vom 23. April 2021 im Wesentlichen Folgendes vor: Das Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2020 werde den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht. Die RAD-Ärztin habe das Gutachten für schlüssig und nachvollziehbar erachtet. Relevante funktionelle Beeinträchtigungen bestünden auf psychiatrischem und mässig ausgeprägt auf augenärztlichem Fachgebiet. Aus psychiatrischer Sicht bestehe für sämtliche Erwerbstätigkeiten eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 %. Die Gesundheitsstörungen auf augenärztlichem Fachgebiet verursachten zusätzliche qualitative Leistungsbeeinträchtigungen. Probleme seien insbesondere beim Lesen oder bei der

PC-Arbeit vorhanden. Die ophthalmologische Gutachterin beurteile die Einschränkung für Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit (z.B. Bürotätigkeiten) mit 30 %. Für Tätigkeiten ohne oder mit nur geringen Anforderungen an die Sehfähigkeit bestünden keine Einschränkungen. Wegen der Gesichtsfeldeinschränkung und eines fehlenden Stereosehens seien Arbeiten an potentiell gefährlichen Arbeitsplätzen (z.B. auf Gerüsten oder an rotierenden oder schneidenden Maschinen) nicht geeignet. Auch die Klinik C. \_\_\_ sei in ihrem Arztbericht vom 4. Juli 2019 davon ausgegangen, dass im Alltag des Beschwerdeführers keine Funktionseinschränkungen vorhanden seien, einer Eingliederung aus augenärztlicher Sicht nichts im Wege stehe und dem Beschwerdeführer ein volles Arbeitspensum zumutbar sei. Die Einschränkungen seien somit weder aus psychiatrischer noch aus ophthalmologischer Sicht derart ausgeprägt, dass von keiner wirtschaftlich verwertbaren Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden müsste. Ein Abzug vom auf der Grundlage eines LSE-Tabellenlohnes ermittelten Invalideneinkommens lasse sich nicht rechtfertigen. Den gesundheitlichen Einschränkungen sei bereits bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (Einschränkung von 50 %) umfassend Rechnung getragen worden. Andere Faktoren, welche einen Abzug rechtfertigen würden, lägen nicht vor. Die Beschwerde erweise sich insoweit als begründet, als die halbe Rente nicht hätte befristet werden dürfen. Aufgrund der gutachterlichen Ausführungen zu den Verbesserungsmöglichkeiten der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen wäre die Anordnung einer medizinischen Auflage im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens angezeigt gewesen, was die Beschwerdegegnerin jedoch unterlassen habe; dies gelte es nachzuholen (A.S. 30 f.).

5.4 In seiner Replik vom 23. August 2021 äussert sich der Beschwerdeführer dahingehend, die Beschwerdegegnerin anerkenne die Zusprache einer weiterführenden unbefristeten Rente ab 1. September 2019. Er halte an seinen Anträgen in der Beschwerde fest, insbesondere beantrage er nach wie vor die Ausrichtung einer ganzen Rente ab 1. Januar 2019. Zur Begründung lässt er im Wesentlichen ausführen, er verfüge über keine wirtschaftlich verwertbare Restarbeitsfähigkeit. Es liege eine invalidisierende progrediente depressive Störung vor. Ebenso bestünden starke invalidisierende ophthalmologische Einschränkungen. Gemäss medizinischer Einschätzung des Hausarztes bestehe schon eine lange andauernde, mindestens 80%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei eine theoretische Restarbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht realisierbar sei. Die Beschwerdegegnerin könne nicht dartun, dass er im ersten Arbeitsmarkt bei diesem multiplen Beschwerdebild mit den gesundheitlichen Einschränkungen ein Invalideneinkommen von CHF 34'173.00 erzielen könne und bei ihm eine entsprechende medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit vorliege. Die Beschwerdegegnerin lege in ihrer Beschwerdeantwort keinen echtzeitlichen medizinischen Sachverhalt zugrunde, sondern stütze sich offensichtlich auf den RAD-Bericht vom 13. August 2020 und auf das polydisziplinäre Gutachten vom 1. Juli 2020. Gerade diese beiden Grundlagen basierten nicht auf aktualisierten medizinischen Grundlagen der behandelnden Ärzte und berücksichtigten das progrediente multiple Beschwerdebild nicht. Es obliege grundsätzlich der Beschwerdegegnerin, konkrete Arbeitsmöglichkeiten gestützt auf ein entsprechendes Adaptionsprofil zu bezeichnen. Eine Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bestehe aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen nicht.

6. Der medizinische Sachverhalt präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

6.1 Dem Bericht der D. \_\_\_, [...], über das Erstgespräch (Depressionssprechstunde) vom 11. November 2015 (Dr. med. E. \_\_\_, Oberarzt; Dr. med. F. \_\_\_, Ärztin) vom 11. November 2015 kann entnommen werden, dass der

Beschwerdeführer von seinem Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_ zur psychiatrischen Beurteilung und Therapie bei zunehmender depressiver Symptomatik zugewiesen wurde. Als Diagnosen nach ICD-10 wurden eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.21), DD rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte Episode (F33.0), sowie eine narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung (Z73.1) angegeben. Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, es handle sich um einen 52-jährigen, aus [...] stammenden und zweimal geschiedenen arbeitslosen Vater von drei erwachsenen Töchtern. Aus der Anamnese und Psychopathologie seien die Kriterien einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion zu erkennen. Differentialdiagnostisch könne von einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell leichtgradig, ausgegangen werden. Es bestehe zudem eine narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung; ausserdem sei ein Tinnitus links seit zehn Jahren vorhanden (IV-Nr. 15 S. 26 ff.).

6.2 Aus dem augenärztlichen Bericht der C.\_\_\_\_ (Dr. med. univ. H.\_\_\_\_, Leitender Arzt Strabologie, Augenheilkunde) vom 23. März 2017 gehen die Diagnosen «beidseitig Hyperopie, Astigmatismus» sowie «dekompensierende Strabismus sursoadduktonus» hervor. Zum Procedere wurde erwähnt, der Patient stelle sich in der Sprechstunde zur Mitbeurteilung wegen störender Doppelbilder bzw. Schwierigkeiten mit der bisherigen Gleitsicht-Prismenbrille vor. Beim Patienten sei spätestens seit dem Jahr 2011 eine dekompensierende Strabismus sursoadduktorius bekannt. Die Schielwinkel hätten sich seither nicht massgebend geändert. Ein paretisches Zeichen habe sich in den letzten Untersuchungen nicht gezeigt. Die Vertikaltropie sei für einen operativen Eingriff zu gering. Als erster Schritt sei eine separate Lese- und Fernbrille verordnet worden. Als zweiten Schritt empfehle man die Anpassung entsprechender Höhenprismen zum Doppelbildausgleich. Nebenbefundlich habe sich bei der vorletzten Vorstellung eine Papillenexkavation L mehr als R mit Ausdünnung der retinalen Nervenfaserschicht in der optischen Kohärenztomographie gezeigt. In der statischen Perimetrie seien R mehr als L binasal unten relative und absolute Skotome zu detektieren gewesen. Aufgrund der Befunde halte man eine weiterführende Diagnostik mittels cMRT, Carotis Doppler und eine Abklärung der kardiovaskulären Risikofaktoren als angezeigt. Eine weitere ophthalmologische Therapieindikation bestehe derzeit nicht (IV-Nr. 14 S. 3 f.).

6.3 Im augenärztlichen Bericht der C.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2017 wurden folgende Diagnosen gestellt: «R/L Hyperopie, Astigmatismus, LA Hyperphorie bei dekompensierendem Strabismus sursoadduktorius / DD alte trochlearisparaese (seit mind. 2011 bekannt), R/L vermehrte Papillenexkavation am ehesten V.a. Normaldruckglaukom». Zur Beurteilung wurde dargelegt, der Patient habe bei der aktuellen Kontrolle über in etwa gleichbleibende Beschwerden berichtet. Insgesamt bestünden ein etwas schlechteres Sehen beidseits und weiterhin Schwierigkeiten mit der Verträglichkeit verschiedener Brillen und Prismenbrillen mit Konzentrationsschwäche. Die Beschwerden bestünden seit Jahren. Auch habe er häufiger Kopfschmerzen und einen Tinnitus seit Jahren. Bei der augenärztlichen Untersuchung sei erneut eine apparative Sehnervendiagnostik durchgeführt worden. Hierbei habe sich erneut eine Zunahme der Gesichtsfelddefekte beidseits sowie ein weiterer Ganglionfaserschichtverlust im Papillen OCT im Vergleich zum Vorbefund vom Juni 2017 gezeigt. Diese Befunde erklärten am ehesten die beidseitige subjektive Sehstörung. Die Augeninnendruckwerte seien aktuell, wie immer, optimalerweise im unteren Normbereich gelegen. Die Ursache der fortschreitenden Optikusatrophie sei nach wie vor unklar. Nach erneuter, ausführlicher Anamnese sei die Optikopathie am ehesten als Folge einer Minderperfusion bei Verdacht auf Normaldruckglaukom zu sehen. Eine kompressive Ursache habe mittels cMRT ausgeschlossen werden können. Bei unklaren supratentoriellen

Veränderungen sei eine entzündliche ZNS-Erkrankung noch nicht komplett ausgeschlossen. Nach den Angaben des Patienten seien hier weitere Untersuchungen sowie eine cMRT-Kontrolle geplant, was befürwortet werde. Leider bestehe bezüglich der beidseitigen Optikopathie derzeit keine aktive ophthalmologische Therapieoption (IV-Nr. 15 S. 20 ff.).

6.4 Im Bericht der I.\_\_\_\_ (Dr. med. J.\_\_\_\_, Kardiologie FMH) vom 26. Februar 2018 wurde die Diagnose «Unklare supratentorielle hyperintense Hirnparenchym-Veränderungen im MRI des Schädels 08/2017 und 11/2017» gestellt. Die Beurteilung lautete dahingehend, die Zuweisung zur kardialen Standortbestimmung sei auf Anraten der Kollegen der Ophthalmologie in den C.\_\_\_\_ bei MR-tomographisch nachgewiesenen supratentoriellen hyperintensiven Läsionen unklarer Ätiologie erfolgt. Auf der Suche nach einer möglichen kardioembolischen Quelle sei in der Rhythmusdiagnostik bisher kein Vorhofflimmern oder –flattern gefunden worden, auch echokardiographisch sei von transthorakal keine kardiale Emboliequelle darstellbar. Was den gewünschten 24-Std.-Blutdruck betreffe, zeige dieser effektiv erhöhte Blutdruckwerte tags- und nachtsüber. Der Patient berichte jedoch, während dieser 24-Std.-Untersuchung besonders im Stress und nachtsüber von Nachbarlärm gestört gewesen zu sein, sodass dies in der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden sollte (IV-Nr. 15 S. 16 f.).

6.5 Gemäss dem vom Hausarzt, Dr. med. G.\_\_\_\_, Allgemeinarzt, ausgestellten ärztlichen Zeugnis vom 25. September 2018 besteht beim Beschwerdeführer seit Jahren eine Persönlichkeitsstörung mit starker Somatisierung und Panikstörung. So könne er den öffentlichen Verkehr nicht benützen, da er unter Menschen rasch in Panik gerate. Daher sei er für seine Arzt- und Therapie-Termine – wie auch für die Arbeitssuche und die Arbeit – auf ein Auto angewiesen. Mittelfristig bestehe eine ca. 50%ige Arbeits(un)fähigkeit (IV-Nr. 14 S. 12).

6.6 Aus dem Bericht der C.\_\_\_\_ (Dr. med. K.\_\_\_\_ Chefarzt, Facharzt FMH für Dermatologie) vom 29. Oktober 2018 gehen die Diagnosen «seborrhische Keratosen», «dermaler Nävuszellnävus», «Nävuszellnävi» sowie «Fibrohistiozytome» hervor. Unter dem Vermerk «Befund und Procedere» wurde vermerkt, es bestehe eine akzentuierte narzisstische Persönlichkeitsstörung. Wunschgemäss sei ein Ganzkörperstatus der Nävuszellnävi mit Auflichtmikroskopie durchgeführt worden. Alle gesehenen Nävuszellnävi könnten derzeit belassen werden. Es sei eine jährliche fachärztliche Kontrolluntersuchung zu empfehlen. An der rechtsseitigen Glabella finde sich ein dermaler Nävuszellnävus, der medizinisch harmlos sei und belassen werden könne. Am rechten Unterbauch zeige sich ein immer wieder durch Reibung entzündlich irritierter Nävuszellnävus. Hier bestehe eine relative Exzisionsindikation. Am 8. Oktober 2018 sei dieser Nävuszellnävus exzidiert worden. Am linken Oberschenkel zeige sich ein kleines Fibrohistiozytom, das belassen werden könne. Am Penisansatz bestünden mehrere Papeln. Differentialdiagnostisch seien seborrhische Keratosen oder auch eine Condylomata accuminata zu nennen. Am 18. September 2018 sei diese Läsion problemlos kürettiert worden (IV-Nr. 15 S. 8 f.).

6.7 Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 21. Dezember 2018 fest, der Patient komme seit April 2014 regelmässig in seine Sprechstunde. Im Vordergrund stünden Kieferschmerzen bei Bruxismus, cervicale Verspannungen, soziale Spannungen, eine unklare Optikus Atrophie sowie diverse somatische Beschwerden auf der Basis einer chronischen, rezidivierenden Panikstörung mit immer wieder Panikattacken und einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Der Patient sei Ende 2015 – nur kurz – in der psychiatrischen Sprechstunde im L.\_\_\_\_ gewesen. Der behandelnde Psychiater habe darauf hingewiesen, der Patient benötige eine intensivere, eventuell sogar stationäre Therapie. Erst jetzt könne der Patient dies annehmen. Belastend seien für ihn der Gesundheitszustand seiner Mutter in [...] und der fehlende Kontakt zu einer

seiner beiden Töchter aus der seit Jahren geschiedenen Ehe. Zu ihm komme der Patient zu beruhigenden Gesprächen, zur Psychotherapie und zur Akupunktur für die Linderung seiner Spannungen, insbesondere seiner Kieferschmerzen. Längerdauernd habe er den Patienten zu 50 % arbeitsfähig geschrieben; er finde so aber keine Stelle (IV-Nr. 15 S. 6 f.). 6.8

Aus dem Bericht der C.\_\_\_\_ (Dr. med. univ. H.\_\_\_\_) zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 4. Juli 2019 geht hervor, die ambulante Behandlung sei durch ihn vom 22. September 2004 bis 9. Januar 2019 mit zwischenzeitlichen Pausen erfolgt, wobei keine Arbeitsunfähigkeiten attestiert worden seien. Zur medizinischen Situation wurde dargelegt, der Patient habe erstmals im Jahr 2011 Fixierungsbeschwerden angegeben und eine Prismen-Anpassung erhalten. Danach sei erst wieder eine Zuweisung vom Hausarzt Ende 2016 erfolgt. Seither erfolgten regelmässige Kontrollen mit Brillen-Prismen-Anpassung, zudem eine Abklärung einer Optikusneuropathie bei Verdacht auf ein Normaldruckglaukom. Mit Brille sei der Visus in der Ferne gut. In der Nähe sei noch ein Bildsprung nach Fixationswechsel bei kompensierter Phorie vorhanden. Der Patient habe sich nun daran gewöhnt. Es bestünden keine Alltagsbeschwerden. Als objektive Befunde auf der Basis der Untersuchungen wurden eine Hyperphorie bei dekompenziertem Strabismus sursoadductorius, DD alte Trochlearisparesie mit Brille Orthophorie (linkes Auge) sowie ein Gesichtsfelddefekt (Skotome) inferonasal links weniger als rechts, aktuell stabil bei guter Tensionslage (beiden Augen) angegeben. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden keine gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_ Folgendes: Beide Augen: Hyperopie und Astigmatismus, ED 2007 mit Brillenverordnung; Linkes Auge: Hyperphorie ED 2001, korrigiert mit Prismenbrille 2018; Beide Augen: Optikusneuropathie mit Verdacht auf Normaldruckglaukom. Der Patient sei derzeit arbeitsfähig. Die Funktionseinschränkungen wurden wie folgt beschrieben: Es bestünden Gesichtsfeldeinschränkungen inferior, zudem teilweise Fixierungsschwierigkeiten. Derzeit bestünden generell keine Einschränkung im Alltag. Es bestehe eine Fahreignung (Kriterien der MFK-Gruppe 1 erfüllt). Aus augenärztlicher Sicht könne der Patient regulär acht Stunden pro Tag arbeiten. Aus augenärztlicher Sicht stehe kein Eingliederungshindernis und auch im Haushalt bestünden keine Einschränkungen. An die Augensituation schein sich der Patient soweit gewöhnt bzw. angepasst zu haben (IV-Nr. 18 S. 1 ff.). 6.9

RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 12. November 2019 fest, der Hausarzt halte in seinem Bericht vom Dezember 2018 fest, dass er den Versicherten wegen diverser Diagnosen dauerhaft zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben habe. Hierbei werde auf Bruxismus, cervikale Verspannungen, einen Tinnitus, eine Optikus Atrophie sowie auf psychische Leiden im Sinne von rezidivierenden Panikstörungen und einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung hingewiesen. In der psychiatrischen Beurteilung hingegen seien lediglich der Befund einer narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung sowie eine Anpassungsstörung, DD leichtgradige Depression, angegeben worden. Die C.\_\_\_\_ attestierten in ihrem fachärztlichen Bericht vom 12. Juli 2019 «keine Einschränkungen im Alltag generell» und eine volle Arbeitsfähigkeit. In den beiliegenden Arztberichten zeigten sich zudem dermatologischerseits ein ätiologisch unklarer Papillom-Befund, der keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu haben schein. Insofern sei die dauerhafte 50%ige Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung des Hausarztes objektiv anhand der vorliegenden Befunde nicht nachvollziehbar, weshalb eine umfassende medizinische Begutachtung zur Abklärung der medizinischen Situation erfolgen sollte (IV-Nr. 20 S. 2 f.). 6.10

Aus dem polydisziplinären Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2020

(IV-Nr. 31) geht hervor, dass der Beschwerdeführer im Zeitraum vom 30. Januar bis 15. Juni 2020 allgemeininternistisch, neurologisch, ophthalmologisch, dermatologisch, rheumatologisch, oto-rhino-laryngologisch, neuropsychologisch und psychiatrisch untersucht wurde. Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung [ IV-Nr. 31.2 S. 10 f.] ) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Auf psychiatrischem Fachgebiet: Panikstörung (F41.0) Leichtgradig ausgeprägte depressive Episode im Rahmen einer rezidivierend depressiven Störung (F33.01 nach ICD10) Auf ophthalmologischem Fachgebiet: Partielle Optikusatrophie (L > R) (ICD10: H47.0) Höhengschielen (linkes Auge) (ICD10: H50.2) Auf dermatologischem Fachgebiet: Rhinokonjunktivitis allergica (J30.3) Auf allgemein-internistischem, neurologischem, oto-rhino-laryngologischem und auf orthopädisch-rheumatologischem Fachgebiet wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Auf neuropsychologischem Fachgebiet war aufgrund mangelnder Mitwirkung des Exploranden und dadurch erhaltenen, nicht verwertbaren Testergebnissen keine Aussage zur Diagnose möglich. Im Weiteren wurden folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Auf psychiatrischem Fachgebiet: Akzentuierte Persönlichkeit mit vorrangig narzisstischen und emotional-instabilen Anteilen (Z73.1) Auf allgemein-internistischem Fachgebiet: Obstipationsneigung Auf neurologischem Fachgebiet: Cerebrale Mikroangiopathie (gering, Fazekas I) ICD10: I67.3 Auf ophthalmologischem Fachgebiet: Anlagebedingte Fehlsichtigkeit (Hyperopie, Astigmatismus) (ICD10: H52.0; H52.2) Alterssichtigkeit (ICD10: H52.4) Latentes Aussenschielen (ICD10: H50.5) V.a. Niederdruckglaukom (ICD10: H40.8) Auf dermatologischem Fachgebiet: Histiozytom (D23.9) Dermale Nävuszellnävi (D23.9) Fibroma pendulans (D23.9) Auf oto-rhino-laryngologischem Fachgebiet: Chronischer Tinnitus beidseits (ICD10: H93.1) Kranio-mandibuläre Dysfunktion (ICD10: K07.6) Allergische Rhinitis (ICD10: J30.1) Auf orthopädisch-rheumatologischem Fachgebiet wurde keine Diagnose gestellt. Auf neuropsychologischem Fachgebiet war aufgrund mangelnder Mitwirkung des Exploranden und dadurch erhaltenen, nicht verwertbaren Testergebnissen keine Aussage zur Diagnose möglich. In der Konsensbeurteilung (IV-Nr. 31.2 S. 11 ff.) wurde zusammengefasst Folgendes festgehalten: Relevante funktionelle Beeinträchtigungen bestünden nur auf psychiatrischem Fachgebiet und mässig ausgeprägt auf augenärztlichem Fachgebiet. Abgesehen von den Auffälligkeiten im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung seien gegenüber den anderen Teilgutachtern keine Hinweise für Aggravation, Simulation oder Dissimulation festzustellen. Die einzelnen Teilgutachter attestierten folgende Arbeitsunfähigkeiten bzw. Arbeitsfähigkeiten in der bisherigen Tätigkeit bzw. in einer Verweistätigkeit: Bisherige Tätigkeit Verweistätigkeit Allgemeine Innere Medizin 0 % 0 % Neurologie 0 % Ophthalmologie 30 % 0 % Dermatologie 0 % Rheumatologie 0 % 0 % ORL 0 % Neuropsychologie Nicht beurteilbar Nicht beurteilbar Psychiatrie 50 % 50 % (innerhalb von 6 Monaten steigerbar auf 100%ige AF unter adäquater Therapie) Hieraus ergebe sich aus interdisziplinärer Sicht zum aktuellen Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit allgemein für Arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt und auch für optimal angepasste Tätigkeiten von 50 %. Massgeblich hierfür

seien die auf psychiatrischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen. Diagnostiziert worden seien eine Panikstörung und eine leichtgradig ausgeprägte depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung. Der zusätzlich festgestellten, deutlich akzentuierten Persönlichkeit mit vorrangig narzisstischen und emotional instabilen Anteilen komme per se zwar kein Krankheitswert zu, es werde hierdurch jedoch der Behandlungs- und Heilverlauf ungünstig beeinflusst. Aufgrund der festgestellten Einschränkungen auf psychisch-geistiger Ebene und vor allem hinsichtlich der komplexen Ich-Funktionen bestehe zum aktuellen Zeitpunkt nur noch eine 50%ige Leistungsfähigkeit. Aufgrund der festgestellten Sehstörung sei eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit vorhanden. Hierunter fielen auch die vom Exploranden früher ausgeübten Tätigkeiten (Lager- und Betriebsmitarbeiter, Chauffeur, Logistiker und Geschäftsführer einer Modeboutique). Es bestehe ein vermehrter Pausen- bzw. Kompensationsbedarf aufgrund der vorliegenden Sehdefizite. Potentiell gefährliche Arbeiten, also z.B. das Arbeiten an rotierenden oder schneidenden Maschinen, seien aus Sicherheitsgründen nicht mehr möglich. Tätigkeiten mit nur geringen Anforderungen an die Sehfähigkeit seien aus augenärztlicher Sicht prinzipiell noch zu 100 % möglich. Wegen des Tinnitusleidens sollten prinzipiell Tätigkeiten vermieden werden, die mit einer hohen Lärmbelastung einhergingen, um eine weitere Schädigung des Gehörs zu verhindern. Zum Verlauf wurde Folgendes festgehalten: Retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der rechtzeitig erhobenen Befunde und der gestützt darauf vorgenommenen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nur eingeschränkt möglich. Soweit retrospektiv beurteilbar, bestünden die genannten Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet seit September 2018. Seit diesem Zeitpunkt bestehe daher eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für die vom Exploranden früher ausgeübten Tätigkeiten und auch für optimal angepasste Tätigkeiten bzw. Verweistätigkeiten. Bei prinzipiell guter Behandlungsmöglichkeit der Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet könne davon ausgegangen werden, dass in sechs (bis zwölf) Monaten wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werde. Es empfehle sich daher, eine Verlaufsbeurteilung auf psychiatrischem Fachgebiet in sechs bis zwölf Monaten durchführen zu lassen. Bezüglich der Herleitung und Begründung der einzelnen Gesundheitsstörungen sei auf die Teilgutachten zu verweisen. Zur Gesamtarbeits(un)fähigkeit gaben die Gutachter an, die zum aktuellen Zeitpunkt festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 50 % für jedwede Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt und auch für Verweistätigkeiten begründe sich ausschliesslich mit den festgestellten Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet. Die Gesundheitsstörungen auf augenärztlichem Fachgebiet brächten zusätzliche qualitative Leistungsbeeinträchtigungen mit sich. Unter dem Vermerk «medizinische Massnahmen und Therapien» wurde abschliessend noch angegeben, aus psychiatrischer Sicht seien Angststörungen und auch leichtgradige depressive Episoden prinzipiell gut zu behandeln. Beim Exploranden indiziert seien eine konsequente antidepressive Behandlung und adäquate psychotherapeutische (verhaltenstherapeutische) Behandlungen. Die medikamentös-antidepressive Behandlung könnte angepasst bzw. modifiziert werden.

6.10.1 Im internistischen Teilgutachten vom 7. März 2020 (IV-Nr. 31.3 S. 7 ff.) stellte Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für allgemeine Innere Medizin, keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Obstipationsneigung angegeben. Im Weiteren führte der Internist aus, im Rahmen der aktuellen internistischen Untersuchung habe sich ein unauffälliger kardiopulmonaler

Untersuchungsbefund gezeigt. Der Explorand habe auch keinerlei Beinödeme und auch keinerlei Schmerzen bei Palpation des Abdomens. Aus internistischer Sicht sei zudem laborchemische Untersuchung unauffällig gewesen. Die angegebenen Beschwerden beim Stuhlgang im Sinne einer Obstipationsneigung seien wahrscheinlich eine Nebenwirkung der antidepressiven Medikation. Einschränkungen des Aktivitätenniveaus aufgrund von Gesundheitsstörungen auf internistischem Fachgebiet bestünden nicht. Diskrepanzen zwischen subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden und auch zwischen der Aktenlage auf der einen Seite und der hier erhobenen Anamnese und Befunde auf der anderen Seite seien nicht festzustellen. Aus internistischer Sicht seien keine Hinweise für Aggravation, Simulation oder Dissimulation ersichtlich. Die Beschwerden erschienen jedoch allgemein mit einer Verdeutlichungstendenz vorgetragen. Der Explorand könne sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in jeder anderen Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ohne notwendige qualitative Leistungsbeeinträchtigung acht Stunden täglich, also vollschichtig anwesend sein. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit.

6.10.2 Im neurologischen Teilgutachten vom 19. Juni 2020 (IV-Nr. 31.4 S. 1 ff.) konnte Prof. Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine cerebrale Mikroangiopathie (gering, Fazekas I), ICD10: I67.3, angegeben. Der Neurologe führte aus, die Diagnose einer leichtgradigen zerebralen Mikroangiopathie sei durch mehrere MRI des Schädels dokumentiert, zuletzt am 17. Februar 2020. Im Verlauf bestehe jeweils ein unveränderter Befund ohne Progredienz oder Aktivität. Die Diagnose sei damit ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Eine spezifische neurologische Behandlung erfolge nicht. Aus neurologischer Sicht könne der Explorand vollschichtig in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagerist anwesend sein. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht bestehe kein Erfordernis für eine Tätigkeitsanpassung.

6.10.3 Im ophthalmologischen Teilgutachten vom 3. Februar 2020 (IV-Nr. 31.5 S. 1 ff.) stellte Dr. med. P.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Partielle Optikusatrophie (L > R) (ICD10: H47.0)» und «Höhenschielen (linkes Auge) (ICD10: H50.2)». Die weiteren Diagnosen (Anlagebedingte Fehlsichtigkeit [Hyperopie, Astigmatismus; ICD10: H52.0; H52.2], Alterssichtigkeit [ICD10: H52.4], Latentes Aussenschielen [ICD10: H50.5], V.a. Niederdruckglaukom [ICD10: H40.8]) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren hielt die Ophthalmologin fest, es zeige sich beidseits eine partielle Optikusatrophie, die einen geringen Gesichtsfeldausfall nach nasal unten erzeuge und Sehstörungen (z.B. vermehrte Blendungsempfindlichkeit) verursachen könne. Die Gesichtsfeldeinschränkung sei nur gering ausgeprägt, sodass weiterhin eine Fahreignung für Fahrzeuge der Gruppe 1 gegeben sei. Die Optikusatrophie bestehe am ehesten als Folge eines Niederdruckglaukoms. Darüber hinaus zeige sich links ein Höhengschielen, welches mittels Prismen Korrektur kompensiert sei. Zum Aktenauszug (IV-Nr. 31.5 S. 6 ff.) wurde ausgeführt, dem Exploranden sei aufgrund eines dekompensierenden Höhengschielens eine Prismenbrille verordnet worden (2018). Es habe sich eine auffällige Papillenexkavation mit Gesichtsfeldausfall (inferonasal links) gezeigt. Bei Verdacht auf ein Normaldruckglaukom sei noch eine Bildgebung (MRT Schädel und Orbita) veranlasst worden, um eine Optikuskompression oder sonstige Pathologie ausschliessen zu können. Es hätten sich Marklagerintensitäten gezeigt, die als Veränderungen im Rahmen einer Mikroangiopathie gedeutet worden seien. Der Explorand berichte, dass das Sehen stark schwanke. Mal sehe er

besser, dann wieder schlechter. Ausserdem sehe er immer wieder «schwarze Flecken» vor den Augen. Beim Lesen müsse er sich sehr anstrengen, da das Bild sehr unruhig sei und schnell verschwimme. Nach ca. zehn Minuten müsse er eine Pause einlegen, da er sonst Kopfschmerzen bekäme. Ausserdem fühle er sich schnell geblendet. Seit dem Jahr 2018 benutze er eine Brille mit Prismengläsern. Mit dieser sei er eigentlich zufrieden. Mit der Brille nehme er keine Doppelbilder wahr, ohne Brille sehe er doppelt. Der Explorand fahre Auto. Beim Autofahren habe er keine Probleme mit dem Sehen. Er fahre aber meist nur kurze Strecken. An den Ort der Exploration sei er selber mit dem Auto angereist. Der Explorand benutze eine Fernbrille mit Prismen und eine separate Lesebrille. Er wende regelmässig Tränenersatzmittel an. Zum arbeitsbezogenen Beschwerdebild wurde angegeben, der Explorand habe grosse Probleme beim Lesen und bei der PC-Arbeit; diese Tätigkeiten ermüdeten ihn schnell. Beim Autofahren habe er eigentlich keine Probleme mit dem Sehen. Der bisherige Verlauf der Behandlung wurde wie folgt beschrieben: Die partielle Optikusatrophie könne nicht therapiert werden. Die Schielstellung werde erfolgreich mit Prismengläsern korrigiert. Aus ophthalmologischer Sicht bestehe eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit (z.B. Bürotätigkeiten). Die Einschränkung begründe sich durch den etwas vermehrten Pausen- bzw. Kompensationsbedarf aufgrund der vorliegenden Sehdefizite. Potentiell gefährliche Arbeitsplätze (z.B. auf Gerüsten oder an schnell drehenden Maschinen) seien aufgrund der Gesichtsfeldeinschränkung und des fehlenden Stereosehens für den Exploranden nicht geeignet. Die Arbeitsfähigkeit in den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten wurde mit 70 % angegeben, wobei aufgrund der Sehdefizite eine etwas eingeschränkte Leistungsfähigkeit bestehe. Bei Tätigkeiten ohne oder mit nur geringen Anforderungen an die Sehfähigkeit bestehe eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit (100 %) ohne Leistungseinschränkung.

6.10.4 Im Oto-rhino-laryngologischen Teilgutachten vom 9. Mai 2020 (IV-Nr. 31.5 S. 19 ff.) stellte Dr. med. Q.\_\_\_\_, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Diagnosen (Chronischer Tinnitus beidseits [ICD10: H93.1], Kraniomandibuläre Dysfunktion [ICD10: K07.6] und Allergische Rhinitis [ICD10: J30.1]) haben gemäss ihren Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren legte die Gutachterin dar, der Explorand beschreibe einen seit über 15 Jahren bestehenden beidseitigen Tinnitus von zischendem Charakter. An gewissen Arbeitsstellen sei er Lärm ausgesetzt gewesen. Eine langjährige Lärmexposition liege dabei nicht vor. Der Tinnitus sei wahrscheinlich multifaktoriell bedingt. Die Reintonaudiometrie zeige eine Senke im Hochtonbereich beidseits. Diese cochleäre Funktionsstörung könne die Entstehung eines Tinnitus triggern, indem eine kompensatorische Daueraktivität im Bereich des zentralen auditiven Cortex ausgelöst werde. Stressbelastungen erschweren das Ausblenden dieser Überaktivität. Über die Verknüpfung der Stress- und Emotionsareale mit dem auditorischen Cortex komme es zu einer Modulation der Tinnituswahrnehmung durch die psycho-emotionale Verfassung. Zusätzlich könnten somatosensorische Einflüsse wie muskuläre Verspannungen und Kiefergelenksveränderungen zur Tinnitussymptomatik beitragen. Der Explorand klage über häufige muskuläre Verspannungen. Eine Kiefergelenksarthrose rechts sei klinisch und radiologisch nachweisbar. Während der Exploration sei ein Bruxismus hörbar gewesen. Das Hörvermögen liege altersentsprechend im Normbereich. Anamnestisch liege eine allergische Rhinitis in den Frühlingsmonaten vor. Klinisch sei aktuell diesbezüglich kein pathologischer Befund erhebbbar, da der Explorand eine lokale Therapie mit einem topischen Steroidspray durchführe. Aufgrund des

Symptomcharakters und der unauffälligen Untersuchung des Gleichgewichtssystems könne eine vestibuläre Ursache des Schwindels ausgeschlossen werden. Die Gutachterin kam zum Schluss, aus fachspezifischer Sicht seien keine relevanten Funktions- oder Fähigkeitsstörungen vorhanden. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagerist sei nicht mit einer hohen Dauerlärmbelastung verbunden. Die Geräuschkulisse im Hintergrund sei günstig für die Überdeckung des Tinnitus. Aus fachspezifischer Sicht bestehe keine Einschränkung der möglichen Präsenzzeit. Die Leistungsfähigkeit sei nicht vermindert. Tätigkeiten mit einer hohen Lärmbelastung seien zu vermeiden, um eine weitere Schädigung des Gehörs zu verhindern.

6.10.5 Im dermatologischen Teilgutachten vom 11. März 2020 (IV-Nr. 31.5 S. 36 ff.) hielt Dr. med. R.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Dermatologie und Venerologie, folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: «Rhinokonjunktivitis allergica (J30.3)». Die weiteren Diagnosen (Histiozytom [D23.9], dermale Nävuszellnävi [D23.9] und Fibroma pendulans [D23.9]) wurden als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben. Die Gutachterin äusserte sich dahingehend, der Explorand sei durch die sehr mild ausgeprägte dermatologische Symptomatik im täglichen Leben nicht eingeschränkt. Lediglich beunruhigten ihn die bestehenden Muttermale. Der Explorand sehe sich aus rein dermatologischer Sicht, ohne Berücksichtigung der psychiatrischen Komponente, in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Er sei seit mehreren Jahren aufgrund von psychischen und allgemein internistischen Beschwerden nicht mehr berufstätig. Die dermatologischen Beschwerden seien bezüglich einer Arbeitsfähigkeit nicht relevant. Es bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Lediglich Tätigkeiten mit starker Staubbelastung sollten, aufgrund einer bekannten Hausstaubmilbensensibilisierung, gemieden werden. Es erfolge keine spezifische dermatologische Behandlung, bis auf den Einsatz von pflegenden Externa.

6.10.6 Im rheumatologischen bzw. orthopädischen Teilgutachten vom 11. März 2020 (IV-Nr. 31.6) konnte Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, keine Diagnosen stellen. Er führte im Wesentlichen aus, auf orthopädisch / rheumatologischem Gebiet habe in den letzten Jahren keine fachärztliche Behandlung stattgefunden. Durch seinen Hausarzt habe der Explorand wiederholt Massage verordnet bekommen. Aus orthopädisch / rheumatologischer Sicht sei diese jedoch nicht erforderlich, da bei der aktuellen Untersuchung im Bereich des gesamten Bewegungsapparates keine Auffälligkeiten hätten gefunden werden können. Auch aus der Aktenlage sei bezüglich des orthopädischen Fachgebietes keine wesentliche Erkrankung oder Behandlung bekannt. Verspannungen im Bereich des Nackens, welche bei der aktuellen Untersuchung nicht hätten festgestellt werden können, bezögen sich wohl am ehesten auf den psychosomatischen Allgemeinzustand. Auf orthopädisch / rheumatologischem Gebiet sei eine Behandlung aktuell nicht erforderlich. Es bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

6.10.7 Die neuropsychologische Teilgutachterin, T.\_\_\_\_, M.Sc., Fachpsychologin Neuropsychologie SVNP/FSP, hielt in ihrem Teilgutachten vom 27. Februar 2020 (IV-Nr. 31.7 S. 19 ff.) fest, der Explorand beklagte sich spontan beim Eintreten ohne Begrüssung lautstark über die Umständlichkeit der Gutachten. Er müsse immer so weit fahren und finde nichts. Er sei kaum zu beruhigen gewesen. Der Explorand sei angespannt, latent aggressiv und lasse sich nur schwer vom Thema ablenken. Gemäss seinen Angaben sei alles eine Katastrophe. Er habe beinahe einen Unfall erlitten. Es gehe ihm nicht gut. Seit zwei bis drei Wochen sei ihm übel. Er fahre nur Auto, wenn dies notwendig sei. Er bekomme Panik, wenn er mit vielen Leuten im Bus oder Zug sein müsse; auch in Tunnels be falle ihn eine Panik. Auf Nachfrage nach der Konzentration berichte der

Explorand, er vergesse viel, könne nichts speichern und sei nicht in der Lage, sich zu konzentrieren. Er sei auch oft angespannt. Die Zusammenfassung der Befunde und die Beurteilung lautete dahingehend, auf der Grundlage der eigenen Befunderhebung könne keine positive Aussage gemacht werden, ob eine krankheitsbezogene Funktionsstörung vorliege. Einige geltend gemachten Beschwerden liessen sich auf der Befundlage widerlegen. Positiv belegbar und überwiegend wahrscheinlich nachweisbar seien negative Antwortverzerrungen des Exploranden, sodass kein gültiges Testprofil erhalten werden könne. Ob eine kognitive Störung dennoch vorhanden sei, entziehe sich aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung des Exploranden den Erkenntnismöglichkeiten der Untersucherin. Aufgrund mangelnder Mitwirkung des Exploranden und dadurch erhaltenen, nicht verwertbaren Testergebnissen könne auf neuropsychologischem Fachgebiet keine Aussage zur Diagnose gemacht werden. Es liege kein Behandlungsverlauf auf neuropsychologischem Fachgebiet vor. Es könne insgesamt auch keine positive Aussage über möglich vorhandene kognitive Ressourcen gemacht werden. Der Explorand sei weiterhin Autofahrer. Die Kommunikationsfähigkeit sei gegeben. Der Explorand habe einen Hund, der eine grosse Unterstützung darstelle und ihn fordere, täglich in Bewegung zu bleiben und ein gewisses Mass an Verantwortung zu übernehmen. Ungünstig auf die Belastbarkeit wirke sich überwiegend wahrscheinlich die Persönlichkeit des Exploranden aus, welche wahrscheinlich auch das aktuell dargestellte eingeschränkte Leistungsverhalten mitbedinge. Auf rein neuropsychologischem Fachgebiet seien aktuell keine medizinischen Massnahmen indiziert, welche zu einer relevanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führten. 6.10.8 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 22. Juni 2020 (IV-Nr. 31.7 S. 39 ff.) stellte Dr. med. Dipl.-Psych. U.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen «Panikstörung (F 41.0)» und «Leichtgradig ausgeprägte depressive Episode im Rahmen einer rezidivierend depressiven Störung (F 33.01 nach ICD 10)». Die Diagnose «Akzentuierte Persönlichkeit mit vorrangig narzisstischen und emotional-instabilen Anteilen (Z 73.1)» hat nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zur Herleitung der Diagnosen wurde u.a. dargelegt, den akzentuierten Persönlichkeitsanteilen komme per se kein Krankheitswert zu, sie beeinflussten aber den Behandlungs- und Heilverlauf in diesem Fall deutlich ungünstig. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, es handle sich um eine ängstlich depressive Entwicklung vor dem Hintergrund akzentuierter (narzisstischer und emotional-instabiler) Persönlichkeitsanteile. Auf der Ressourcenebene verfüge der Explorand über langjährige berufliche Erfahrungen, die soziale Teilhabe sei weitgehend erhalten. Hinsichtlich der komplexen Ich-Funktionen seien Realitätsprüfung und Urteilsbildung nicht eingeschränkt, Beziehungs- und Kontaktfähigkeit seien deutlich vermindert, die Durchhaltefähigkeit sei leicht vermindert, die Affekt-, Emotions- und Impulssteuerung seien deutlich beeinträchtigt, das Selbstwertgefühl sei deutlich beeinträchtigt und der Antrieb sei leicht vermindert. Hinsichtlich der komplexen Ich-Funktionen ergäben sich somit gesamthaft Beeinträchtigungen, die sich als mässiggradige Aktivitäts- und Partizipationsstörungen im Sinne einer verminderten Flexibilität und Umstellfähigkeit, verminderten Durchhaltefähigkeit und einer verminderten Selbstbehauptungsfähigkeit äusserten. Auf der Fähigkeitsebene (ICF) bestünden mässiggradige Einschränkungen vornehmlich in der Anpassungsfähigkeit, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Gruppenfähigkeit sowie der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten. Die Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen lautete dahingehend, Angststörungen seien prinzipiell gut behandelbar.

Neben einer konsequent antidepressiven Behandlung sei eine psychotherapeutische (verhaltenstherapeutische) Behandlung indiziert. Die Behandlungsoptionen seien im Fall des Exploranden diesbezüglich noch nicht ausgeschöpft. Eine fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei nicht etabliert, wäre jedoch sicherlich indiziert. Die medikamentös-antidepressive Behandlung könnte angepasst werden (Dosiserhöhung, Präparatewechsel, Kombinationsbehandlung). Im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Intervention seien vor allem Informationsdefizite hinsichtlich der bestehenden Panikstörung zu beheben und eine Konfrontation mit internen Reizen (vor allem den körperlichen Symptomen) anzustreben. Es werde Wert auf das Erlernen von Bewältigungsstrategien (Angst und körperliche Symptome) gelegt und schliesslich die Veränderung einer inadäquaten Symptominterpretation angegangen. Unter Intensivierung der Behandlungsmassnahmen (medikamentöse Einstellung, fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, Verhaltenstherapie) sollte in den nächsten sechs Monaten eine volle Arbeitsfähigkeit (100 %) erreicht werden. Zur Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität wurde Folgendes dargelegt: Es zeigten sich aus psychiatrischer Sicht keine relevanten Diskrepanzen hinsichtlich der Beschreibung der Krankheitsentwicklung / Symptombeschreibung des Exploranden und den aktuell vorliegenden Arztberichten. Es bestünden keine wesentlichen Diskrepanzen zwischen den angegebenen Beschwerden und dem aktuellen psychopathologischen Befund. Die Schilderung des Tagesablaufs (Aktivitätsniveau) könne mit den aktuell beschriebenen Beschwerden in Einklang gebracht werden. Das psychometrische Testergebnis stehe in Einklang mit dem psychopathologischen Befund. Das Ergebnis der neuropsychologischen Teilbegutachtung lasse sich psychopathologisch hingegen nicht begründen. Die geschilderten psychischen Beschwerden stimmten in ihrem Ausmass mit der Inanspruchnahme der therapeutischen Massnahmen überein. Das Verhalten des Exploranden habe im Rahmen der Untersuchung keine wesentliche Aggravations- bzw. Simulationstendenz aufgewiesen. Eine spezifische Gegenübertragungsreaktion (Empfindung des Unechten, des Zornes oder des Gekränktheits) sei nicht vorgelegen. Sekundäre Motive (Wunsch nach finanzieller Unterstützung durch eine Rentenleistung) könnten angenommen werden. Insgesamt könne von einer ausreichenden Konsistenz zwischen der Aktenlage mit Vorbefunden, den Eigenangaben des Exploranden, dem psychopathologischen Befund und psychometrischen Ergebnissen ausgegangen werden. Eine valide Beurteilung sei deshalb aus psychiatrischer Sicht möglich. Zu den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen wurde wie folgt Stellung genommen: Auf der Persönlichkeitsebene hätten sich keine Hinweise auf gravierende strukturelle Defizite im Sinne einer Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne ergeben, dies auch vor dem Hintergrund einer weitgehend normalen familiären, schulischen und beruflichen Entwicklung. Akzentuierte (narzisstisch-kränkbar, emotional instabile) Persönlichkeitsanteile seien vorhanden und beeinflussten den Behandlungs- und Heilverlauf ungünstig. Auf der psychisch-geistigen Ebene hätten sich leichte Beeinträchtigungen aufgrund affektiver, psychomotorischer, formalgedanklicher und vegetativer Auffälligkeiten ergeben. Auf der psychiatrisch-körperlichen Ebene habe sich eine Verminderung der Vitalgefühle gezeigt. Auf der Ebene der sozialen Kommunikationsfähigkeit hätten sich Beeinträchtigungen im Sinne einer vermehrten Irritierbarkeit und geringen Frustrationstoleranz ergeben. Hinweise auf einen sozialen Rückzug seien eruierbar, allerdings nicht in allen Belangen des Lebens. Die Interaktion in der Untersuchungssituation sei weitgehend adäquat gewesen. Aus psychiatrischer Sicht

bestehe eine 50%ige (halbtags) Arbeitsfähigkeit in jedweder den körperlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten des Exploranden entsprechenden Arbeitstätigkeit. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei diese Arbeitsunfähigkeit spätestens seit September 2018 (Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_) ausgewiesen. 6.11 RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 13. August 2020 (IV-Nr. 35) fest, das Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2020 sei nachvollziehbar und schlüssig. Zusammenfassend seien bei leitliniengerechter Therapie folgende Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen anzunehmen: von September 2018 bis Januar 2021 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für jedwede Tätigkeit, ab Februar 2021 sollte nach leitliniengerechter Therapie lediglich in der angestammten Tätigkeit wegen der Sehstörung eine 70%ige Arbeitsfähigkeit und eine solche von 100 % in einer angepassten Tätigkeit vorliegen. 7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. Dezember 2020 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2020 (IV-Nr. 31) sowie auf die Stellungnahme des RAD vom 13. August 2020 (IV-Nr. 35), weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist. 7.1 Das acht Disziplinen umfassende polydisziplinäre (allgemeininternistische, neurologische, ophthalmologische, dermatologische, rheumatologische, ORL-fachärztliche, neuropsychologische und psychiatrische) Gutachten der B.\_\_\_\_ beruht für die streitigen Belange auf allseitigen fachärztlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers im Zeitraum vom 30. Januar bis 15. Juni 2020, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die aus sämtlichen Teilgutachten hervorgehenden Abklärungsergebnisse wurden im Rahmen einer gutachterlichen Konsensbeurteilung (interdisziplinäre Gesamtbeurteilung) zusammengefasst und gemeinsam beurteilt. Sämtliche Teilgutachten und auch die Konsensbeurteilung wurden von den Gutachtern unterzeichnet. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hergeleitet, wobei zu abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten Stellung genommen wird. Schliesslich werden die gestellten Fragen beantwortet. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und die Konsensbeurteilung zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das Gerichtsgutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. E. II. 2.5 hiavor)

#### **E. 5**

Es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen.

#### **E. 6**

Es sei eine öffentliche Verhandlung durchzuführen.

#### **E. 7**

Dem Beschwerdeführer sei gestützt auf ATSG Art. 61 lit. f die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu gewähren und lic. iur. Urs Hochstrasser, Rechtsanwalt, [...], [...], sei als Rechtsvertreter zu bestellen und der Beschwerdeführer sei von den Verfahrenskosten zu befreien. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 23. April 2021 (A.S. 30 f.) beantragt die Beschwerdegegnerin die teilweise Gutheissung der Beschwerde in dem Sinne, dass die

zugesprochene halbe Invalidenrente in der angefochtenen Verfügung nicht hätte befristet werden dürfen. 4. Dem Beschwerdeführer wird mit Instruktionsverfügung vom 14. Juni 2021 (A.S. 33 f.) ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege gewährt und Rechtsanwalt lic. iur. Urs Hochstrasser, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt.

5. Mit Replik vom 23. August 2021 (A.S. 40 ff.) lässt der Beschwerdeführer geltend machen, er halte an den Anträgen in der Beschwerde ausdrücklich fest, verzichte jedoch auf die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung. Sodann reicht er weitere medizinische Berichte als Urkunden Nr. 3 bis 6 ins Recht. 6. Mit Verfügung vom 14. September 2021 (A.S. 45) wird festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik verzichtet hat. 7. Am 21. September 2021 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 46 f.). 8. Mit Schreiben vom 7. Oktober 2021, 15. Dezember 2021 und 22. Dezember 2021 (A.S. 49, 51 und 53) lässt der Beschwerdeführer weitere medizinische Berichte als Urkunden Nr. 7 bis 9 zu den Akten geben. 9. Mit Eingabe vom 23. Dezember 2021 stellt der Vertreter des Beschwerdeführers dem Gericht seine aktualisierte Kostennote zu (A.S. 55 f.). 10. Am 11. Februar 2022 lässt der Beschwerdeführer dem Gericht noch ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis als Urkunde Nr. 10 zukommen (A.S. 58). 11. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. Ansonsten wird auf die Akten verwiesen.

II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Im vorliegenden Fall ist die Höhe des Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie deren Befristung streitig. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. Dezember 2020 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen).

2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG.

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. 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; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 3.

## **E. 7.2**

7.2.1 Der Beschwerdeführer rügt, die Beschwerdegegnerin habe das strukturierte Beweisverfahren in Beachtung der aktuellen Indikatoren-Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 und 143 V 409 nicht durchgeführt (vgl. Beschwerde, S. 5, A.S. 11). Dazu ist festzuhalten, dass gemäss BGE 143 V 418 sämtliche psychische Erkrankungen grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten setzt also voraus, dass die im vorerwähnten Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Der Gutachter soll die Diagnosen so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind. Anhand des nachfolgend wiedergegebenen Katalogs von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens: 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) Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde führte der psychiatrische Teilgutachter, Dr. med. Dipl.-Psych. U.\_\_\_\_, aus, auf der psychisch-geistigen Ebene seien leichte Beeinträchtigungen aufgrund von affektiver, psychomotorischer, formalgedanklicher und vegetativer Auffälligkeiten festzustellen. Auf psychiatrisch-körperlicher Ebene habe sich eine Verminderung der Vitalgefühle gezeigt. Auf der Ebene der sozialen Kommunikationsfähigkeit hätten sich Beeinträchtigungen im Sinne einer vermehrten Irritierbarkeit und einer geringen Frustrationstoleranz gefunden. Beziehungs- und Kontaktfähigkeit seien deutlich vermindert, die Durchhaltefähigkeit sei leicht vermindert. Affekt-, Emotions- und Impulssteuerung seien deutlich vermindert, ebenso das Selbstwertgefühl. Der Antrieb sei leicht vermindert. Insgesamt bestünden mässiggradige Aktivitäts- und Partizipationsstörungen im Sinne einer verminderten Flexibilität und Umstellfähigkeit, einer verminderten Durchhaltefähigkeit und einer verminderten Selbstbehauptungsfähigkeit. Auf der Fähigkeitsebene (ICF) bestünden mässiggradige Einschränkungen vornehmlich in der Anpassungsfähigkeit, der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit und der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten (IV-Nr. 31.7 S. 63 f.). Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz gab der psychiatrische Teilgutachter an, Angststörungen seien prinzipiell gut behandelbar. Neben einer konsequent antidepressiven Behandlung sei eine psychotherapeutische (verhaltenstherapeutische) Behandlung indiziert. Die

Behandlungsoptionen seien im Falle des Beschwerdeführers diesbezüglich noch nicht ausgeschöpft. Eine fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei nicht etabliert, wäre aber sicherlich indiziert. Die medikamentös-antidepressive Behandlung könnte angepasst werden (Dosiserhöhung, Präparatewechsel, Kombinationsbehandlung). Im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Intervention seien vor allem Informationsdefizite hinsichtlich der bestehenden Panikstörung zu beheben, sei eine Konfrontation mit internen Reizen (vor allem den körperlichen Symptomen) anzustreben, werde Wert auf das Erlernen von Bewältigungsstrategien (Angst und körperliche Symptome) gelegt und schliesslich werde die Veränderung inadäquater Symptominterpretation angegangen. Unter Intensivierung der Behandlungsmassnahmen (medikamentöse Einstellung, fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, Verhaltenstherapie) sollte in den nächsten sechs Monaten die volle Arbeitsfähigkeit (100 %) erreicht werden (IV-Nr. 31.7 S. 66). Mit Blick auf den Indikator der Komorbiditäten ist zu prüfen, ob und bejahendfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirken. 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. Gemäss BGE 143 V 418 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (E. 8.1). Im psychiatrischen Teilgutachten wird zur Komorbidität zwar nicht ausdrücklich Stellung genommen. Es wird aber festgehalten, eine Persönlichkeitsstörung im eigentlichen Sinne sei nicht festgestellt worden. Die bestehenden akzentuierten (narzisstisch-kränkbar, emotional-instabil) Persönlichkeitsanteile beeinflussten den Behandlungs- und Heilerfolg ungünstig. Im Weiteren wurde zur Diagnose der depressiven Episode auch in differenzialdiagnostischer Hinsicht Stellung genommen. Zusammenfassend wird festgehalten, dass die aktuell einschränkende Angststörung und die depressive Störung prinzipiell gut behandelbar seien (vgl. IV-Nr. 31.7 S. 59, 63 und 66). Entsprechend ist davon auszugehen, dass vorliegend keine relevante Komorbidität vorliegt. Zur 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. 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. 4.3.2 f. S. 302 f.). Diesbezüglich verweist das psychiatrische Teilgutachten auf die somatischen Teilgutachten (IV-Nr. 31.7 S. 47). Das allgemeininternistische Teilgutachten z.B. behandelt die Persönlichkeit des Beschwerdeführers eingehend und hält betreffend Ressourcen folgende

Aufzählung fest: Kommunikationsfähigkeit: Ausreichende deutsche Sprachkenntnisse. Bei sozialer Isolation allgemein reduzierte Kommunikationsfähigkeit; Motivation: Scheint insbesondere für eine berufliche Tätigkeit sehr eingeschränkt; Therapieadhärenz: Soweit beurteilbar, gegeben; Ausserberufliche Fertigkeiten: Interesse für Mode, sonst keine besonderen; Soziales Umfeld (Familie, Freunde, Kollegen): Lebt sozial sehr isoliert, nur sporadischer Kontakt zu seiner ältesten Tochter; Geordnete Tagesstruktur: Eingeschränkt (IV-Nr. 31.3 S. 18). In der Konsensbeurteilung wird zu den Ressourcen festgehalten, der Beschwerdeführer verfüge über eine langjährige berufliche Erfahrung, die soziale Teilhabe sei zumindest teilweise noch erhalten. Der Beschwerdeführer habe zudem in früheren Jahren bewiesen, dass er seinen beruflichen und sozialen Verpflichtungen gut habe nachkommen können. Die guten Sprachkenntnisse seien ebenfalls als Ressource zu werten. Der Explorand spreche perfekt Serbisch, sehr gut Deutsch, gut Spanisch und habe Basiskenntnisse in Italienisch und Englisch. Zudem verfüge er über die Führerausweise A1, B, D1, BE und D1E. Er sei modeinteressiert und habe Berufserfahrung als Geschäftsführer einer Modeboutique (IV-Nr. 31.2 S. 13). 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). 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) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Im psychiatrischen Teilgutachten wird dazu festgehalten, es hätten sich keine relevanten Diskrepanzen zwischen den aktuell geschilderten Beschwerden und den aktenkundigen Beschwerdeschilderungen gefunden. Wesentliche Diskrepanzen zwischen den angegebenen Beschwerden und dem aktuellen psychopathologischen Befund bestünden nicht. Die Schilderung des Tagesablaufs und damit des Aktivitätenniveaus sei in Einklang zu bringen mit den angegebenen Beschwerden. Das psychometrische Testergebnis entspreche dem psychopathologischen Befund. Das Ergebnis der neuropsychologischen Teilbegutachtung hingegen habe sich psychopathologisch nicht begründen lassen. Die geschilderten psychischen Beschwerden stimmten in ihrem Ausmass mit der Inanspruchnahme der therapeutischen Massnahmen überein. Insgesamt könne von einer ausreichenden Konsistenz zwischen der Aktenlage mit den Vorbefunden, den Eigenangaben des Beschwerdeführers, dem psychopathologischen Befund und den psychometrischen Ergebnissen ausgegangen werden. Eine valide Beurteilung sei deshalb möglich (IV-Nr. 31.7 S. 62). Soweit der Beschwerdeführer rügt, «die Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Leistung in Anwendbarkeit von ICF» sei nicht umgesetzt worden, ist auf die Ausführungen auf Seite 23 des Psychiatrischen Teilgutachtens zu verweisen, wo zusammenfassend festgehalten wurde, auf der Fähigkeitsebene (ICF) bestünden mässiggradige Einschränkungen vornehmlich in der Anpassungsfähigkeit, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Gruppenfähigkeit sowie der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten (IV-Nr. 31.7 S. 61). Dem Einwand des Beschwerdeführers kann somit nicht gefolgt werden. 7.2.2 Gestützt auf die obigen

Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. Dipl.-Psych. U.\_\_\_\_ zusammen mit den übrigen Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gibt, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers wurden die Kategorien «funktioneller Schweregrad» und «Konsistenz» rechtsgenügend abgehandelt. Entsprechend trifft seine Rüge einer Nichtbeachtung der Indikatoren-Rechtsprechung ins Leere. Die Ergebnisse sind schlüssig und nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf abgestellt hat (vgl. E. II. 7.1 hiervor). Damit ist auch sogleich dargetan, dass weder eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin noch die Anordnung eines Obergutachtens – wie es der Beschwerdeführer in seinen Eventualanträgen verlangt (vgl. Anträge, Ziff. 3 und 4; A.S. 14) – angezeigt ist. Entsprechend ist beim Beschwerdeführer von einer 50%igen Arbeits(un)fähigkeit auszugehen. Bezüglich des retrospektiven Verlaufs dieser Arbeitsfähigkeit kann sodann ebenfalls auf die gutachterlichen Ausführungen abgestellt werden: Dazu wird festgehalten, eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit / Arbeitsunfähigkeit ohne die begutachtete Person auch früher selber untersucht zu haben, sei nicht unproblematisch, da man sich auf von anderen Personen erhobene Anamnesen, Befunde und daraus abgeleitete Diagnosen verlassen müsse. Retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der echtzeitlich erhobenen Befunde und gestützt darauf vorgenommenen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nur eingeschränkt möglich. Soweit retrospektiv beurteilbar, bestünden die genannten Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet seit September 2018. Seit diesem Zeitpunkt bestehe daher eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für die vom Beschwerdeführer früher ausgeübten Tätigkeiten und auch für optimal angepasste Verweistätigkeiten (IV-Nr. 31.2 S. 16).

7.3 Schliesslich ist auf die von der RAD-Ärztin, Dr. med. V.\_\_\_\_, eingereichte Stellungnahme vom 13. August 2020 (IV-Nr. 35) einzugehen. Die RAD-Ärztin hat den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht und keine medizinischen Befunde erhoben. Es liegt demnach eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens vor (vgl. E. II. 4.5.2 hiervor). Somit ist es nicht von Relevanz, dass die RAD-Ärztin keine fachärztliche Spezialisierung auf den Gebieten «Ophthalmologie» und «Psychiatrie» vorweisen kann. Die Schlussfolgerung der RAD-Ärztin, wonach das Gutachten nachvollziehbar und schlüssig sei, deckt sich mit den vorgemachten Erwägungen. Auch die oben (unter E. II. 6.1 bis 6.8 hiervor) wiedergegebenen medizinischen Berichte stehen weitgehend in Einklang mit den Abklärungsergebnissen der B.\_\_\_\_-Gutachter. Die Beschwerdegegnerin durfte sich auf die Empfehlung der RAD-Ärztin stützen. Somit ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der vorliegend angefochtenen Verfügung auf das Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2020 sowie die Empfehlung des RAD vom 13. August 2020 abgestellt hat.

8. Weder die weiteren Rügen des Beschwerdeführers noch die von ihm nachträglich eingereichten Arztberichte vermögen den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der B.\_\_\_\_ zu schmälern, wie nachfolgend darzulegen ist.

8.1 Nicht begründet ist der Einwand, es bestehe keine echtzeitliche ärztliche Einschätzung (Beschwerde, S. 4; A.S. 10). Das polydisziplinäre Gutachten vom 1. Juli 2020 basiert auf den damals aktuellsten Arztberichten (vgl. fächerübergreifende Aktenzusammenfassung, IV-Nr. 31.3 S. 1 ff.) sowie auf eigenen spezialärztlichen Untersuchungen während des Zeitraums vom 30. Januar 2020 bis 15. Juni 2020. Das Gutachten, auf welches die RAD-Ärztin abstellte und welchem die Beschwerdegegnerin folgte, war im Verfügungszeitpunkt (23. Dezember 2020) gerade mal ein knappes halbes Jahr alt. Es kann daher nicht gesagt werden, eine korrekte

Leistungsprüfung sei mangels aktualisierter medizinischer Aktenlage nicht möglich gewesen. 8.2 Die vom Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren nachgereichten ärztlichen Berichte datieren alle nach dem Verfügungszeitpunkt und konnten deshalb von der Beschwerdegegnerin bei ihrer Entscheidung nicht berücksichtigt werden. Der Vollständigkeit halber ist nachfolgend in der gebotenen Kürze darauf einzugehen.

8.2.1 Aus dem augenärztlichen Bericht des Augenzentrums [...], Dr. med. univ. H.\_\_\_\_, vom 11. Februar 2021 (Beschwerdebeilage [BB] 4) geht folgende Diagnose hervor: «L > R Optikusatrophie DD Normaldruckglaukom DD bisher unklare Ätiologie Strabismus sursoadduktorius dekompensierend DD alte Trochlearisparese (seit mind. 2011 bekannt), R / L Hyperopie, Astigmatismus». Im Rahmen der Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, die ophthalmologische Teilgutachterin Dr. med. P.\_\_\_\_ habe bei ihrer gutachterlichen Untersuchung noch eine Engwinkel Komponente als möglichen Faktor zur Optikusatrophie erwähnt und eine Iridotomie / Iridektomie in Erwägung gezogen. Ein solcher Eingriff sei bisher noch nicht erfolgt. Anamnestisch bestünden keine Hinweise auf Winkelblockbeschwerden und der Augeninnendruck sei bisher immer im guten Bereich gelegen. Prof. Dr. med. W.\_\_\_\_, Leitender Arzt Orthoptik, [...], Universitätsklinik für Augenheilkunde, [...], werde um eine Untersuchung und Mitbeurteilung bezüglich der komplexen neuroophthalmologischen Situation und um eine weiterführende Diagnostik zur definitiven neuroophthalmologischen / neurologischen Abklärung der Genese der Optikusatrophie und gegebenenfalls Einleitung etwaiger Therapiemaßnahmen gebeten.

8.2.2 Dem Orthoptikbericht von Prof. Dr. med. W.\_\_\_\_ vom 8. April 2021 (BB 5) können folgende Diagnosen entnommen werden: «Fortgeschrittene, anamnestisch progrediente, Optikusneuropathie beidseits, DD Normaldruckglaukom, AION, V.a. Schlafapnoe-Syndrom, Charles Bonnet-Syndrom; Trochlearisparese links, am ehesten kongenital, mit Kopfwangshaltung und Nackenproblemen». Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, der Beschwerdeführer leide unter einer fortgeschrittenen Optikusneuropathie, welche sich mit einem Charles Bonnet-Syndrom manifestiere. Morphologisch und anamnestisch komme am ehesten ein Normaldruckglaukom infrage. Möglich wäre auch ein Zustand nach einer ischämischen Optikusneuropathie, wobei dafür keine Anamnese bestehe. Ohnehin sei bei beiden Diagnosen ein Schlafapnoe-Syndrom ein signifikanter und wichtiger Risikofaktor. Die Anamnese von Herzrasen in der Nacht habe vermutlich psychiatrische Ursachen, ebenso wäre ein verkanntes Schlafapnoe-Syndrom vorstellbar. Es sei davon auszugehen, dass die weißen Flecken einer Leukenzephalopathie entsprächen, weshalb erst recht die vaskuläre Risikosituation kontrolliert werden müsse. Eine Kontrolle mit MRI unter Beizug eines Kollegen der Neurologie sei geplant. Im Anschluss an diese Untersuchungen werde vorgeschlagen, eine definitive Diagnose zu stellen. Das Schielen schein im Moment sekundär zu sein.

8.2.3 Im Austrittsbericht der D.\_\_\_\_, [...], vom 15. April 2021 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 9. bis 19. März 2021 (BB 3) wurden folgende Hauptdiagnosen gestellt:

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (F33.1);
2. Somatisierungsstörung (F45.0).

Ferner wurde als Nebendiagnose eine narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung angegeben. Es wurde dargelegt, die stationäre Aufnahme auf der offen geführten Kriseninterventionsstation sei nach Zuweisung durch Dr. med. G.\_\_\_\_ bei zunehmend depressiver Verstimmung erfolgt. Bei Aufnahme habe sich klinisch eine mittelgradige Episode der vorbekannten rezidivierenden depressiven Störung gezeigt, vorwiegend geprägt von Nervosität, schmerzhaften Muskelverspannungen und Traurigkeit. Zudem habe der Patient über eine Vielzahl wechselnder Symptome (z.B.

Tinnitus, nachlassende Sehkraft) geklagt, die meist schon über Jahre intermittierend bestünden, für die aber noch keine Ursache gefunden worden sei. Der Patient beschreibe, dass er im Zusammenhang mit seinen Sorgen um die Gesundheit panikartige Zustände erlebe, auch habe er Mühe, sich in engen Räumen aufzuhalten. Psychotherapeutisch sei der Fokus auf Ressourcenaktivierung und Stressbewältigung gesetzt worden. Zur Unterstützung bei Unruhezuständen seien auch eine Ohrakupunktur nach dem NADA-System durchgeführt worden. Der Patient habe am niederschweligen Bewegungstherapieprogramm teilgenommen. Bei Klagen über Pulsunregelmässigkeiten sei ein kardiologisches Konsil veranlasst worden. Die seit Jahren bestehende Bradykardie (langsamer Herzschlag) sei bestätigt worden, aktuell sei keine Therapie notwendig. Im Abklärungsgespräch mit einer Mitarbeiterin des Sozialdienstes habe sich herausgestellt, dass der Patient keinen Beratungsbedarf habe. Bei fehlenden Anhaltspunkten für akute Selbst- oder Fremdgefährdung habe der Patient in gutem Allgemeinzustand auf eigenen Wunsch nach Hause entlassen werden können. Die ambulante Weiterbehandlung werde wie bisher hausärztlich durch Dr. med. G.\_\_\_\_ und psychiatrisch durch Dr. med. X.\_\_\_\_, [...], übernommen.

8.2.4 Im hausärztlichen Bericht vom 8. Juli 2021 (BB 6) stellte Dr. med. G.\_\_\_\_ folgende Hauptdiagnosen: Chronische Angststörung mit rezidivierenden Panikattacken; Rezidivierende depressive Episoden; Schwere Somatisierungsstörung; Narzisstische, histrionische und anankastische Persönlichkeitsstruktur; Impingement der linken Hüfte; Fortgeschrittene Optikusatrophie. Im Weiteren führte er aus, es bestehe eine schon langandauernde mindestens 80%ige Arbeitsunfähigkeit, eine theoretische Restarbeitsfähigkeit sei auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht realisierbar. Die vorerwähnten Hauptdiagnosen seien sehr therapieresistent, grösstenteils ausserordentlich chronifiziert und nach seiner Erfahrung nicht überwindbar. Daher könne die Einschätzung der Invalidenversicherung, wonach der Beschwerdeführer Anspruch auf eine halbe Rente habe und diese per 1. Mai 2021 einzustellen sei, nicht nachvollzogen werden. Dr. med. G.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer eine ununterbrochene volle Arbeitsunfähigkeit vom 1. Januar 2021 bis 24. April 2022 (BB 7, 9 und 10).

8.3 Nach ständiger Rechtsprechung ist der Zeitraum bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens Bezugsgrösse für den entscheidungsrelevanten Sachverhalt. Spätere Arztberichte sind aber in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 3.3 mit Hinweisen). Die vorerwähnten, vom Beschwerdeführer nachgereichten Arztberichte erfassen die beim Beschwerdeführer vorliegende gesundheitliche Problematik wie die bereits im Verfügungszeitpunkt vorliegenden Berichte und ergeben keine neuen Aspekte auf die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung. Diese medizinischen Berichte vermögen daher den Beweiswert des Gutachtens der B.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2020 nicht zu schmälern. Zur Einschätzung von Dr. med. G.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 8. Juli 2021, wonach schon seit Langem eine andauernde, mindestens 80%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe und eine theoretische Restarbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht realisierbar sei, ist festzuhalten, dass sich die behandelnden Ärzte in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben und deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes verfolgen. Sie erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_160/2012 vom 13. Juni 2012 E. 3.1.2 mit Hinweis). Aus

diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, ist der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit durch Dr. med. G.\_\_\_\_ kaum Beweiswert beizumessen. Dem Einwand des Beschwerdeführers, ohne die entsprechenden Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte könne keine rechtsgenügende Anspruchsbeurteilung vorgenommen werden, kann nicht gefolgt werden. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der polydisziplinäre Expertise der B.\_\_\_\_ sprechen, sind nicht ersichtlich; ebenso wenig wichtige Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. E. II. 4.3 f. hiervor). Auch angesichts der vom Beschwerdeführer nachgereichten Aufgebote zu weiteren ärztlichen Untersuchungen vom 29. November und 7. Dezember 2021 (vgl. BB 8 [Sammelbeilage]) besteht kein Anlass für weitere Abklärungen.

8.4 Nach dem Gesagten ist gemäss dem Gutachten der B.\_\_\_\_ sowohl in den bisherigen Tätigkeiten als Lager- und Betriebsmitarbeiter, Chauffeur, Logistiker und Geschäftsführer einer Modeboutique als auch in einer ideal angepassten Verweistätigkeit von einer 50%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ab 1. September 2018 auszugehen. Massgeblich hierfür sind die auf psychiatrischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen. Aufgrund der ebenfalls festgestellten Sehstörung besteht nach den gutachterlichen Angaben eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit, worunter auch die vom Beschwerdeführer früher ausgeübten Tätigkeiten fallen. Es besteht ein vermehrter Pausen- bzw. Kompensationsbedarf aufgrund der vorliegenden Sehdefizite. Potentiell gefährliche Arbeiten (z.B. Arbeiten an rotierenden oder schneidenden Maschinen) sind aus Sicherheitsgründen nicht mehr möglich. Tätigkeiten mit nur geringen Anforderungen an die Sehfähigkeit können aus augenärztlicher Sicht grundsätzlich zu 100 % ausgeübt werden. Wegen des Tinnitusleidens sollten prinzipiell Tätigkeiten vermieden werden, die mit einer hohen Lärmbelastung einhergehen, um eine weitere Schädigung des Gehörs zu verhindern (IV-Nr. 31.2 S. 15 f.). Auf die gestellte Frage, ob sich die festgestellten Teil-Arbeitsunfähigkeiten ganz, teilweise oder gar nicht addierten, gaben die Gutachter an, die zum aktuellen Zeitpunkt festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 50 % für jedwede Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt und auch für Verweistätigkeiten begründe sich ausschliesslich mit den Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet. Die Gesundheitsstörungen auf augenärztlichem Fachgebiet verursachten zusätzliche qualitative Leistungsbeeinträchtigungen (IV-Nr. 31.2 S. 17 Ziff. 4.9). Somit ist davon auszugehen, dass die für bisherige Tätigkeiten aus ophthalmologischer Sicht attestierte 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der aus psychiatrischer Sicht attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit aufgeht, da dem aufgrund der Sehdefizite erforderlichen Pausen- bzw. Kompensationsbedarf mit dem aus psychiatrischer Sicht eingeschränkten Arbeitspensum Rechnung getragen wird. Die Sehdefizite bringen nach den gutachterlichen Angaben zusätzliche qualitative Leistungsbeeinträchtigungen mit sich, indem potentiell gefährliche Arbeiten vom Beschwerdeführer nicht mehr ausgeübt werden können; ebenso sind Tätigkeiten mit einer hohen Lärmbelastung zu vermeiden. Die B.\_\_\_\_-Gutachter stellten zum Verlauf fest, es bestehe – soweit retrospektiv beurteilbar – seit September 2018 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für die vom Beschwerdeführer früher ausgeübten Tätigkeiten und auch für optimal angepasste Verweistätigkeiten (IV-Nr. 31.2 S. 16). Der Begründung in der vorliegend angefochtenen Verfügung, wonach die angestammte Tätigkeit als Chauffeur bzw. Lagermitarbeiter dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar sei (vgl. A.S. 5), kann

somit nicht gefolgt werden.

## E. 9

9.1 Der Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen) ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (vgl. E. II. 2.3 hiervor). Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad nämlich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn, der höchstens 25 % betragen darf (Urteile des Bundesgerichts 8C\_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4, 8C\_628/2015 vom 6. April 2016 E. 5.3.1 und 8C\_304/2014 vom 20. April 2015 E. 6, je mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall stellte die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Invaliditätsgrads auf die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018 ab, wobei sie das Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn ermittelte und beim Invalideneinkommen keinen Leidensabzug vornahm (vgl. A.S. 5 f.). Da der Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens im September 2018 als Lager- und Betriebsmitarbeiter, Chauffeur, Logistiker und Geschäftsführer einer Modeboutique tätig war (vgl. Lebenslauf, IV-Nr. 13 S. 1), wobei die zuletzt für den Zeitraum von April 2013 bis März 2018 angegebene Tätigkeit als Geschäftsführer der Y.\_\_\_\_ GmbH, [...], nur aus «kosmetischen Gründen» im Lebenslauf aufgeführt worden sei, um den Anschein zu erwecken, dass aktuell eine Anstellung bestehe (Gesprächsprotokoll Intake vom 5. Dezember 2018, IV-Nr. 12 S. 1; vgl. auch internistisches Teilgutachten der B.\_\_\_\_, IV-Nr. 31.3 S. 16), erscheint das Abstellen auf Tabellenwerte zur Festsetzung des Valideneinkommens als sachgerecht. Ebenso ist zur Ermittlung des Invalideneinkommens auf dieselben Tabellenwerte abzustellen, da der Beschwerdeführer seit Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto, IV-Nr. 10 S. 4). Die Ermittlung des Validen- und Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen wird vom Beschwerdeführer nicht beanstandet. Er macht geltend, es müsse ein Tabellenlohnabzug als Anpassung der statistischen Durchschnittslöhne an die individuell-konkreten Verhältnisse vorgenommen werden. Zu einem Tabellenlohnabzug führten vorliegend das Alter, die Art und Beschaffenheit des Gesundheitszustandes und die Art seiner Folgen. Es sei ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen (Beschwerde, S. 7; A.S. 13).

9.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert 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 und die versicherte Person je nach der Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_219/2019 vom 30. September 2019 E. 3.3 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte in der vorliegend angefochtenen Verfügung zu Recht keinen leidensbedingten Abzug, da dem Beschwerdeführer die bisher ausgeübten Tätigkeiten – wenn auch nur noch in einem 50%-Pensum aufgrund der psychischen

Einschränkungen – weiterhin zumutbar sind. Dem Umstand, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Sehdefizite vermehrt Pausen benötigt, wurde mit dem als zumutbar erachteten Arbeitspensum von 50 % bereits Rechnung getragen. Einschränkungen, die bereits bei der Formulierung des zumutbaren Tätigkeitsprofils miteinbezogen worden sind, können beim leidensbedingten Abzug nicht noch ein zweites Mal berücksichtigt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_98/2020 vom 16. April 2020 E. 5.4 mit Hinweisen). Dass potentiell gefährliche Arbeiten wegen der Sehdefizite aus Sicherheitsgründen und lärmige Tätigkeiten wegen des Tinnitusleidens nicht mehr möglich sind, rechtfertigt keinen leidensbedingten Abzug. Weitere somatisch bedingte Beschwerden, welche das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers in relevanter Weise einschränken würden, sind nicht ersichtlich. Ein Abzug für weitere persönliche und berufliche Merkmale (Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) fällt hier nicht in Betracht. Angesichts seines Alters ist dem 1963 geborenen und damit im Verfügungszeitpunkt 57-jährigen Beschwerdeführer kein leidensbedingter Abzug zu gewähren, zumal dem Alter im Zusammenhang mit dem Leidensabzug nur beschränkte Bedeutung zukommt. So fällt der Umstand, dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, als invaliditätsfremder Faktor regelmässig ausser Betracht. Zudem werden Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_219/2019 vom 30. September 2019 E. 5.3 mit Hinweisen). Die Rechtsprechung hat in diesem Zusammenhang verschiedentlich darauf hingewiesen, dass sich gemäss den LSE-Erhebungen das Alter bei Männern im Alterssegment von 50 bis 64/65 bei Stellen ohne Kaderfunktion sogar eher loohnerhöhend auswirkt (BGE 146 V 16 E. 7.2.1 S. 26 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_151/2020 vom 15. Juli 2020 E. 6.3.3.). Dass der Beschwerdeführer nur noch in einem Pensum von 50 % teilzeitig tätig sein kann, rechtfertigt ebenso wenig einen leidensbedingten Abzug. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, wenn eine versicherte Person ihre Arbeitsfähigkeit nicht vollschichtig umsetzen kann, muss stets mit Blick auf den konkreten Beschäftigungsgrad und die jeweils aktuellen Tabellenwerte ermittelt werden. Gemäss der LSE-Tabelle T18 für das Jahr 2018 verdienen zwar statistisch Männer ohne Kaderfunktion mit einem Beschäftigungsgrad von 50 bis 74 % gut 4 % weniger als solche mit einem Beschäftigungsgrad von 90 % und mehr. Dies stellt aber rechtsprechungsgemäss keine überproportionale Lohneinbusse dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_151/2020 vom 15. Juli 2020 E. 6.3.2. mit Hinweis). 9.3 Da nach dem Gesagten Validen- und Invalideneinkommen ausgehend von demselben Tabellenlohn zu berechnen sind und beim Invalideneinkommen kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeits- bzw. Leistungsunfähigkeit. Demnach besteht ein Invaliditätsgrad von 50 % ab 1. September 2018 (Beginn der einjährigen Wartezeit). 10. Im Weiteren lässt der Beschwerdeführer geltend machen, gestützt auf das multiple progrediente Beschwerdebild liege keine wirtschaftlich verwertbare Restarbeitsfähigkeit mehr vor. Eine zumutbare Tätigkeit sei nur noch in so eingeschränkter Form möglich, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kenne oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden eines entsprechenden Arbeitsplatzes daher von vornherein als ausgeschlossen erscheine (Beschwerde, S. 6; A.S. 12). 10.1 Massgeblich für die Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit ist der ausgeglichene Arbeitsmarkt (vgl. Art. 16 ATSG), der durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften gekennzeichnet ist und einen Fächer

verschiedenster Tätigkeiten aufweist. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch keine übermässigen Anforderungen zu stellen. Von einer Arbeitsgelegenheit kann dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint. Sodann kann das (vorgerückte) Alter, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird (Urteil des Bundesgerichts 9C\_473/2019 vom 25. Februar 2020 E. 5.1.1. mit Hinweisen). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteile des Bundesgerichts 8C\_458/2018 vom 23. Oktober 2018 E. 4.2. und 9C\_277/2016 vom 15. März 2017 E. 4.1, je mit Hinweisen).

10.2 Nach der Beurteilung im polydisziplinären Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2020 ist der Beschwerdeführer sowohl in seinen bisherigen Tätigkeiten als auch in jeder optimal angepassten Verweistätigkeit zu 50 % arbeits- und leistungsfähig, wobei potentiell gefährliche Arbeiten wegen der Sehdefizite und Arbeiten mit einer hohen Lärmbelastung nicht mehr möglich sind. Die dem Beschwerdeführer verbleibende Arbeitsfähigkeit erscheint – auch im Quervergleich zu anderen Fällen – als verwertbar. Er ist trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen in der Lage, seine bisherigen Tätigkeiten als Lager- bzw. Betriebsmitarbeiter, Logistiker oder Chauffeur oder andere Hilfstätigkeiten in Industrie und Gewerbe (z.B. einfache Kontroll-, Überwachungs-, Sortier- und Verpackungstätigkeiten sowie leichte Montagearbeiten) auszuüben. Das Alter (bzw. die verbleibende Aktivitätsdauer) oder weitere invaliditätsfremde Aspekte wie fehlende Berufsbildung sprechen nicht gegen die Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem (hypothetischen) ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Gemäss seinen Angaben im Lebenslauf (IV-Nr. 13 S. 1) und im internistischen Teilgutachten der B.\_\_\_\_ war der Beschwerdeführer, ausgebildeter Servicefachangestellter im Gastgewerbe (vgl. IV-Nr. 5), in der Schweiz bereits in verschiedenen anderen Berufen tätig, hat gute und vielseitige Sprachkenntnisse (Serbisch [Muttersprache], gute Kenntnisse in Deutsch in Wort und Schrift, gute mündliche Kenntnisse in Spanisch, Basiskenntnisse in Italienisch und Englisch) und verfügt über verschiedene Führerausweise (Kategorien A1, B, D1, BE, D1E; vgl. IV-Nr. 31.3 S. 16). Er ist in der Lage, Auto zu fahren, und kann längere Reisen unternehmen (2019, Serbien; vgl. IV-Nr. 31.7 S. 58). Hilfstätigkeiten, welche keine potentiell gefährlichen Arbeiten umfassen und in geräuscharmer Umgebung ausgeübt werden können, werden auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch im Rahmen eines Teilzeitpensums angeboten. Dem Beschwerdeführer stehen diverse Tätigkeiten offen, die keiner längeren Einarbeitung (oder gar einer Umschulung) bedürfen. Sein Zumutbarkeitsprofil ist nicht derart eng umschrieben, dass von vornherein keine realistische Beschäftigungsmöglichkeit besteht. Ob es für den Beschwerdeführer schwierig oder gar unmöglich ist, auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden, ist unerheblich (vgl. Urteil des Bundesgerichts

8C\_670/2015 vom 12. Februar 2016 E. 4.2). Aufgrund der gegebenen Umstände kann nicht gesagt werden, es seien ihm nur noch Tätigkeiten zuzumuten, die der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wären.

## **E. 11**

11.1 Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer nach Ablauf des Wartejahres zu Recht eine halbe Invalidenrente ab 1. September 2019 zugesprochen. Für die Zusprache einer Invalidenrente bereits ab 1. Januar 2019, wie dies in der Replik vom 23. August 2021 (S. 1 Ziff. 2.2; A.S. 40) beantragt wird, ist kein Anlass ersichtlich. Nach den gutachterlichen Angaben bestehen die psychischen Gesundheitsstörungen seit September 2018 (IV-Nr. 31.2 S. 16; vgl. auch psychiatrisches Teilgutachten der B.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2020, S. 26 [IV-Nr. 31.7 S. 64 f. Ziff. 8.1.4 und 8.2.5], E. II. 6.10.8 hiervor; vgl. auch Arztbericht des Hausarztes Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 25. September 2018 [E. II. 6.5 hiervor]). Im Übrigen meldete sich der Beschwerdeführer erst am 13. November 2018 bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 7), weshalb ein Rentenanspruch bereits ab 1. Januar 2019 nicht möglich wäre (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

11.2 Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer mit vorliegend angefochtener Verfügung ab 1. September 2019 eine befristete (halbe) Invalidenrente zu, wobei sie die Befristung damit begründete, die psychische Einschränkung sei gemäss den vorhandenen medizinischen Unterlagen unter leitliniengerechter Therapie innert 6 Monaten reversibel, sodass sechs Monate nach Zustellung des Gutachtens der B.\_\_\_\_, somit ab 1. Februar 2021, aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorliege; ab diesem Zeitpunkt betrage die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (wegen der Sehdefizite) noch maximal 30 %. Die Rente werde deshalb drei Monate nach der Verbesserung des Gesundheitszustandes, d.h. per 1. Mai 2021, in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV aufgehoben (A.S. 5). Die Beschwerdegegnerin stützte sich dabei auf die Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten der B.\_\_\_\_, wonach die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden könne. Dr. med. Dipl.-Psych. U.\_\_\_\_ hielt fest, Angststörungen seien prinzipiell gut behandelbar. Neben einer konsequent antidepressiven Behandlung sei eine psychotherapeutische (verhaltenstherapeutische) Behandlung indiziert. Die Behandlungsoptionen seien im Fall des Beschwerdeführers diesbezüglich noch nicht ausgeschöpft. Eine fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei nicht etabliert, wäre aber sicherlich indiziert, wobei die medikamentös-antidepressive Behandlung angepasst werden könnte (Dosiserhöhung, Präparatewechsel, Kombinationsbehandlung). Im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Intervention seien vor allem Informationsdefizite hinsichtlich der bestehenden Panikstörung zu beheben, es sei eine Konfrontation mit internen Reizen (vor allem den körperlichen Symptomen) anzustreben, es werde Wert auf das Erlernen von Bewältigungsstrategien (Angst und körperliche Symptome) gelegt und schliesslich werde die Veränderung der inadäquaten Symptominterpretation angegangen. Unter Intensivierung der erwähnten Behandlungsmassnahmen sollte in den nächsten 6 Monaten eine volle Arbeitsfähigkeit (100 %) erreicht werden (IV-Nr. 31.7 S. 66; vgl. E. II. 6.10.8 hiervor). Dazu ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin bereits im Zeitpunkt des Verfügungserlasses auf eine allfällige uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht ab 1. Februar 2021 schloss, obwohl im Verfügungszeitpunkt die Aufnahme und ein Erfolg der indizierten therapeutischen Behandlungsmassnahmen noch nicht absehbar war. Die Befristung der Rente per 1. Mai 2021 aufgrund einer (vagen)

Prognose erscheint nicht als sachgerecht und ist damit unzulässig. Eine künftige relevante Änderung des Gesundheitszustands wäre im Rahmen eines Revisionsverfahrens im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG zu beurteilen (vgl. E. II. 3. hiervor). Dementsprechend weist die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 23. April 2021 selber darauf hin, die Beschwerde erweise sich insoweit als begründet, als die halbe Invalidenrente im angefochtenen Entscheid nicht hätte befristet werden dürfen. Aufgrund der gutachterlichen Ausführungen zu den Verbesserungsmöglichkeiten der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen wäre die Anordnung einer medizinischen Auflage im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens angezeigt gewesen, was unterlassen worden und nachzuholen sei (A.S. 31 Ziff. 4). Soweit die Parteien die Aufhebung der Befristung der dem Beschwerdeführer zugesprochenen halben Rente beantragen, ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen; im Übrigen ist sie abzuweisen.

## **E. 12**

12.1 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat. Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Anders verhielte es sich, wenn zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen oder Taggeldleistungen beantragt worden wären, welchen nicht hätte entsprochen werden können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1). Im vorliegenden Fall verlangt der Beschwerdeführer in der Hauptsache die Weiterausrichtung der Invalidenrente über den 1. Mai 2021 hinaus, ferner wird die Zusprechung einer ganzen Rente verlangt. Die Beschwerde ist insoweit teilweise gutzuheissen, als dem Beschwerdeführer ab 1. September 2019 eine unbefristete (halbe) Invalidenrente zuzusprechen ist; sie ist abzuweisen, soweit der Beschwerdeführer die Gewährung einer ganzen Invalidenrente geltend macht. Diese Konstellation, wonach der Beschwerdeführer im Grundsatz (Gewährung einer unbefristeten Rente) obsiegt und lediglich im Masslichen (halbe statt ganze Rente) unterliegt, rechtfertigt nach dem Gesagten die Zusprechung einer vollen Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Die Parteikosten werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach § 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt der Stundenansatz für die Bestimmung der Kosten der berufsmässigen Vertretung CHF 230.00 bis 330.00 zuzüglich Mehrwertsteuer, soweit sie durch Anwälte wahrgenommen wird. Der Vertreter des Beschwerdeführers macht mit aktualisierter Kostennote vom 23. Dezember 2021 (A.S. 55 f.) eine Parteientschädigung von insgesamt CHF 3'975.10 (Zeitaufwand von

## **E. 14**

Std. und 20 Minuten, Stundenansatz von CHF 250.00 und Auslagenersatz von CHF 107.50 zuzüglich Mehrwertsteuer) geltend. Reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von

Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) ist im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und somit nicht separat zu vergüten. Aufgrund der in der Kostennote enthaltenen Vermerke «Verfügung Versicherungsgericht» und «Korrespondenz an Klient» ist von der Weiterleitung von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen, welche als Kanzleiaufwand nicht zusätzlich zu vergüten ist. Es können folgende Positionen nicht berücksichtigt werden: 11. März 2021 (15 Minuten), 19. April 2021 (15 Minuten), 15. Juni 2021 (30 Minuten), 5. Juli 2021 (15 Minuten), 7. Juli 2021 (20 Minuten), 30. August 2021 (15 Minuten), 15. September 2021 (15 Minuten), 27. September (15 Minuten), 14. Oktober 2021 (15 Minuten) und 21. Dezember 2021 (15 Minuten). Im Weiteren stellt auch die Position «Korrespondenz an Versicherungsgericht» vom 18. November 2021, worin ausschliesslich um Mitteilung betreffend den Verfahrensstand ersucht wurde, Kanzleiaufwand dar; die dafür geltend gemachten 15 Minuten sind daher nicht zu vergüten. Damit reduziert sich der Zeitaufwand um insgesamt 3 Stunden und 5 Minuten auf 11 Stunden und 15 Minuten. Bei einem Ansatz von CHF 250.00 resultiert mit den Auslagen und der Mehrwertsteuer eine Parteientschädigung von CHF 3'144.85 (Honorar von CHF 2'812.50, Auslagen von CHF 107.50 und Mehrwertsteuer [7.7 %] von CHF 224.85). Das Honorar im Rahmen der bewilligten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 14. Juni 2021; A.S. 33 f.) beläuft sich auf CHF 2'296.70. 12.2 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. Die vorerwähnte Rechtsprechung zur Parteientschädigung ist bei der Verteilung der Gerichtskosten nicht anwendbar. Die Beschwerde ist insoweit teilweise gutzuheissen, als dem Beschwerdeführer ab 1. September 2019 eine unbefristete (halbe) Invalidenrente zuzusprechen ist; sie ist abzuweisen, soweit der Beschwerdeführer die Gewährung einer ganzen Invalidenrente geltend macht. Diese Konstellation rechtfertigt, die Verfahrenskosten von CHF 600.00 den Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen. Der Anteil des Beschwerdeführers ist jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

## **E. 50**

% 50 %

(innerhalb von 6 Monaten steigerbar auf 100%ige AF unter adäquater Therapie)

Hieraus ergebe sich aus interdisziplinärer Sicht zum aktuellen Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit allgemein für Arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt und auch für optimal angepasste Tätigkeiten von 50 %. Massgeblich hierfür seien die auf psychiatrischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen. Diagnostiziert worden seien eine Panikstörung und eine leichtgradig ausgeprägte depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung. Der zusätzlich festgestellten, deutlich akzentuierten Persönlichkeit mit vorrangig narzisstischen und emotional instabilen Anteilen komme per se zwar kein Krankheitswert zu, es werde hierdurch jedoch der Behandlungs- und Heilverlauf ungünstig beeinflusst. Aufgrund der festgestellten Einschränkungen auf psychisch-geistiger Ebene und vor allem hinsichtlich der komplexen Ich-Funktionen

bestehe zum aktuellen Zeitpunkt nur noch eine 50%ige Leistungsfähigkeit. Aufgrund der festgestellten Sehstörung sei eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit vorhanden. Hierunter fielen auch die vom Exploranden früher ausgeübten Tätigkeiten (Lager- und Betriebsmitarbeiter, Chauffeur, Logistiker und Geschäftsführer einer Modeboutique). Es bestehe ein vermehrter Pausen- bzw. Kompensationsbedarf aufgrund der vorliegenden Sehdefizite. Potentiell gefährliche Arbeiten, also z.B. das Arbeiten an rotierenden oder schneidenden Maschinen, seien aus Sicherheitsgründen nicht mehr möglich. Tätigkeiten mit nur geringen Anforderungen an die Sehfähigkeit seien aus augenärztlicher Sicht prinzipiell noch zu 100 % möglich. Wegen des Tinnitusleidens sollten prinzipiell Tätigkeiten vermieden werden, die mit einer hohen Lärmbelastung einhergingen, um eine weitere Schädigung des Gehörs zu verhindern.

Zum Verlauf wurde Folgendes festgehalten: Retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der echtzeitlich erhobenen Befunde und der gestützt darauf vorgenommenen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nur eingeschränkt möglich. Soweit retrospektiv beurteilbar, bestünden die genannten Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet seit September 2018. Seit diesem Zeitpunkt bestehe daher eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für die vom Exploranden früher ausgeübten Tätigkeiten und auch für optimal angepasste Tätigkeiten bzw. Verweistätigkeiten. Bei prinzipiell guter Behandlungsmöglichkeit der Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet könne davon ausgegangen werden, dass in sechs (bis zwölf) Monaten wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werde. Es empfehle sich daher, eine Verlaufsbeurteilung auf psychiatrischem Fachgebiet in sechs bis zwölf Monaten durchführen zu lassen. Bezüglich der Herleitung und Begründung der einzelnen Gesundheitsstörungen sei auf die Teilgutachten zu verweisen.

Zur Gesamtarbeits(un)fähigkeit gaben die Gutachter an, die zum aktuellen Zeitpunkt festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 50 % für jedwede Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt und auch für Verweistätigkeiten begründe sich ausschliesslich mit den festgestellten Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet. Die Gesundheitsstörungen auf augenärztlichem Fachgebiet brächten zusätzliche qualitative Leistungsbeeinträchtigungen mit sich. Unter dem Vermerk «medizinische Massnahmen und Therapien» wurde abschliessend noch angegeben, aus psychiatrischer Sicht seien Angststörungen und auch leichtgradige depressive Episoden prinzipiell gut zu behandeln. Beim Exploranden indiziert seien eine konsequente antidepressive Behandlung und adäquate psychotherapeutische (verhaltenstherapeutische) Behandlungen. Die medikamentös-antidepressive Behandlung könnte angepasst bzw. modifiziert werden.

6.10.1 Im internistischen Teilgutachten vom 7. März 2020 (IV-Nr. 31.3 S. 7 ff.) stellte Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für allgemeine Innere Medizin, keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Obstipationsneigung angegeben. Im Weiteren führte der Internist aus, im Rahmen der aktuellen internistischen Untersuchung habe sich ein unauffälliger kardiopulmonaler Untersuchungsbefund gezeigt. Der Explorand habe auch keinerlei Beinödeme und auch keinerlei Schmerzen bei Palpation des Abdomens. Aus internistischer Sicht sei zudem laborchemische Untersuchung unauffällig gewesen. Die angegebenen Beschwerden beim Stuhlgang im Sinne einer Obstipationsneigung seien wahrscheinlich eine Nebenwirkung der antidepressiven Medikation. Einschränkungen des Aktivitätenniveaus aufgrund von

Gesundheitsstörungen auf internistischem Fachgebiet bestünden nicht. Diskrepanzen zwischen subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden und auch zwischen der Aktenlage auf der einen Seite und der hier erhobenen Anamnese und Befunde auf der anderen Seite seien nicht festzustellen. Aus internistischer Sicht seien keine Hinweise für Aggravation, Simulation oder Dissimulation ersichtlich. Die Beschwerden erschienen jedoch allgemein mit einer Verdeutlichungstendenz vorgetragen. Der Explorand könne sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in jeder anderen Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ohne notwendige qualitative Leistungsbeeinträchtigung acht Stunden täglich, also vollschichtig anwesend sein. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit.

6.10.2 Im neurologischen Teilgutachten vom 19. Juni 2020 (IV-Nr. 31.4 S. 1 ff.) konnte Prof. Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine cerebrale Mikroangiopathie (gering, Fazekas I), ICD10: I67.3, angegeben. Der Neurologe führte aus, die Diagnose einer leichtgradigen zerebralen Mikroangiopathie sei durch mehrere MRI des Schädels dokumentiert, zuletzt am 17. Februar 2020. Im Verlauf bestehe jeweils ein unveränderter Befund ohne Progredienz oder Aktivität. Die Diagnose sei damit ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Eine spezifische neurologische Behandlung erfolge nicht. Aus neurologischer Sicht könne der Explorand vollschichtig in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagerist anwesend sein. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht bestehe kein Erfordernis für eine Tätigkeitsanpassung.

6.10.3 Im ophthalmologischen Teilgutachten vom 3. Februar 2020 (IV-Nr. 31.5 S. 1 ff.) stellte Dr. med. P.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Partielle Optikusatrophie (L > R) (ICD10: H47.0)» und «Höhenschielen (linkes Auge) (ICD10: H50.2)». Die weiteren Diagnosen (Anlagebedingte Fehlsichtigkeit [Hyperopie, Astigmatismus; ICD10: H52.0; H52.2], Alterssichtigkeit [ICD10: H52.4], Latentes Aussenschielen [ICD10: H50.5], V.a. Niederdruckglaukom [ICD10: H40.8]) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren hielt die Ophthalmologin fest, es zeige sich beidseits eine partielle Optikusatrophie, die einen geringen Gesichtsfeldausfall nach nasal unten erzeuge und Sehstörungen (z.B. vermehrte Blendungsempfindlichkeit) verursachen könne. Die Gesichtsfeldeinschränkung sei nur gering ausgeprägt, sodass weiterhin eine Fahreignung für Fahrzeuge der Gruppe 1 gegeben sei. Die Optikusatrophie bestehe am ehesten als Folge eines Niederdruckglaukoms. Darüber hinaus zeige sich links ein Höhenghielen, welches mittels Prismen Korrektur kompensiert sei.

Zum Aktenauszug (IV-Nr. 31.5 S. 6 ff.) wurde ausgeführt, dem Exploranden sei aufgrund eines dekompensierenden Höhenghielens eine Prismenbrille verordnet worden (2018). Es habe sich eine auffällige Papillenexkavation mit Gesichtsfeldausfall (inferonasal links) gezeigt. Bei Verdacht auf ein Normaldruckglaukom sei noch eine Bildgebung (MRT Schädel und Orbita) veranlasst worden, um eine Optikuskompression oder sonstige Pathologie ausschliessen zu können. Es hätten sich Marklagerintensitäten gezeigt, die als Veränderungen im Rahmen einer Mikroangiopathie gedeutet worden seien. Der Explorand berichte, dass das Sehen stark schwanke. Mal sehe er besser, dann wieder schlechter. Ausserdem sehe er immer wieder «schwarze Flecken» vor den Augen. Beim Lesen müsse er sich sehr anstrengen, da das Bild sehr unruhig sei und schnell verschwimme. Nach ca.

zehn Minuten müsse er eine Pause einlegen, da er sonst Kopfschmerzen bekäme. Ausserdem fühle er sich schnell geblendet. Seit dem Jahr 2018 benutze er eine Brille mit Prismengläsern. Mit dieser sei er eigentlich zufrieden. Mit der Brille nehme er keine Doppelbilder wahr, ohne Brille sehe er doppelt. Der Explorand fahre Auto. Beim Autofahren habe er keine Probleme mit dem Sehen. Er fahre aber meist nur kurze Strecken. An den Ort der Exploration sei er selber mit dem Auto angereist. Der Explorand benutze eine Fernbrille mit Prismen und eine separate Lesebrille. Er wende regelmässig Tränenersatzmittel an. Zum arbeitsbezogenen Beschwerdebild wurde angegeben, der Explorand habe grosse Probleme beim Lesen und bei der PC-Arbeit; diese Tätigkeiten ermüdeten ihn schnell. Beim Autofahren habe er eigentlich keine Probleme mit dem Sehen.

Der bisherige Verlauf der Behandlung wurde wie folgt beschrieben: Die partielle Optikusatrophie könne nicht therapiert werden. Die Schielstellung werde erfolgreich mit Prismengläsern korrigiert. Aus ophthalmologischer Sicht bestehe eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit (z.B. Bürotätigkeiten). Die Einschränkung begründe sich durch den etwas vermehrten Pausen- bzw. Kompensationsbedarf aufgrund der vorliegenden Sehdefizite. Potentiell gefährliche Arbeitsplätze (z.B. auf Gerüsten oder an schnell drehenden Maschinen) seien aufgrund der Gesichtsfeldeinschränkung und des fehlenden Stereosehens für den Exploranden nicht geeignet. Die Arbeitsfähigkeit in den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten wurde mit 70 % angegeben, wobei aufgrund der Sehdefizite eine etwas eingeschränkte Leistungsfähigkeit bestehe. Bei Tätigkeiten ohne oder mit nur geringen Anforderungen an die Sehfähigkeit bestehe eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit (100 %) ohne Leistungseinschränkung.

6.10.4 Im Oto-rhino-laryngologischen Teilgutachten vom 9. Mai 2020 (IV-Nr. 31.5 S. 19 ff.) stellte Dr. med. Q.\_\_\_\_, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Diagnosen (Chronischer Tinnitus beidseits [ICD10: H93.1], Kraniomandibuläre Dysfunktion [ICD10: K07.6] und Allergische Rhinitis [ICD10: J30.1]) haben gemäss ihren Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren legte die Gutachterin dar, der Explorand beschreibe einen seit über 15 Jahren bestehenden beidseitigen Tinnitus von zischendem Charakter. An gewissen Arbeitsstellen sei er Lärm ausgesetzt gewesen. Eine langjährige Lärmexposition liege dabei nicht vor. Der Tinnitus sei wahrscheinlich multifaktoriell bedingt. Die Reintonaudiometrie zeige eine Senke im Hochtonbereich beidseits. Diese cochleäre Funktionsstörung könne die Entstehung eines Tinnitus triggern, indem eine kompensatorische Daueraktivität im Bereich des zentralen auditiven Cortex ausgelöst werde. Stressbelastungen erschwerten das Ausblenden dieser Überaktivität. Über die Verknüpfung der Stress- und Emotionsareale mit dem auditorischen Cortex komme es zu einer Modulation der Tinnituswahrnehmung durch die psycho-emotionale Verfassung. Zusätzlich könnten somatosensorische Einflüsse wie muskuläre Verspannungen und Kiefergelenksveränderungen zur Tinnitussymptomatik beitragen. Der Explorand klagte über häufige muskuläre Verspannungen. Eine Kiefergelenksarthrose rechts sei klinisch und radiologisch nachweisbar. Während der Exploration sei ein Bruxismus hörbar gewesen. Das Hörvermögen liege altersentsprechend im Normbereich. Anamnestisch liege eine allergische Rhinitis in den Frühlingsmonaten vor. Klinisch sei aktuell diesbezüglich kein pathologischer Befund erhebbar, da der Explorand eine lokale Therapie mit einem topischen Steroidspray durchführe. Aufgrund des Symptomcharakters und der unauffälligen Untersuchung des Gleichgewichtssystems könne

eine vestibuläre Ursache des Schwindels ausgeschlossen werden. Die Gutachterin kam zum Schluss, aus fachspezifischer Sicht seien keine relevanten Funktions- oder Fähigkeitsstörungen vorhanden. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagerist sei nicht mit einer hohen Dauerlärmbelastung verbunden. Die Geräuschkulisse im Hintergrund sei günstig für die Überdeckung des Tinnitus. Aus fachspezifischer Sicht bestehe keine Einschränkung der möglichen Präsenzzeit. Die Leistungsfähigkeit sei nicht vermindert. Tätigkeiten mit einer hohen Lärmbelastung seien zu vermeiden, um eine weitere Schädigung des Gehörs zu verhindern.

6.10.5 Im dermatologischen Teilgutachten vom 11. März 2020 (IV-Nr. 31.5 S. 36 ff.) hielt Dr. med. R.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Dermatologie und Venerologie, folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: «Rhinokonjunktivitis allergica (J30.3)». Die weiteren Diagnosen (Histiozytom [D23.9], dermale Nävuszellnävi [D23.9] und Fibroma pendulans [D23.9]) wurden als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben. Die Gutachterin äusserte sich dahingehend, der Explorand sei durch die sehr mild ausgeprägte dermatologische Symptomatik im täglichen Leben nicht eingeschränkt. Lediglich beunruhigten ihn die bestehenden Muttermale. Der Explorand sehe sich aus rein dermatologischer Sicht, ohne Berücksichtigung der psychiatrischen Komponente, in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Er sei seit mehreren Jahren aufgrund von psychischen und allgemein internistischen Beschwerden nicht mehr berufstätig. Die dermatologischen Beschwerden seien bezüglich einer Arbeitsfähigkeit nicht relevant. Es bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Lediglich Tätigkeiten mit starker Staubbelastung sollten, aufgrund einer bekannten Hausstaubmilbensensibilisierung, gemieden werden. Es erfolge keine spezifische dermatologische Behandlung, bis auf den Einsatz von pflegenden Externa.

6.10.6 Im rheumatologischen bzw. orthopädischen Teilgutachten vom 11. März 2020 (IV-Nr. 31.6) konnte Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, keine Diagnosen stellen. Er führte im Wesentlichen aus, auf orthopädisch / rheumatologischem Gebiet habe in den letzten Jahren keine fachärztliche Behandlung stattgefunden. Durch seinen Hausarzt habe der Explorand wiederholt Massage verordnet bekommen. Aus orthopädisch / rheumatologischer Sicht sei diese jedoch nicht erforderlich, da bei der aktuellen Untersuchung im Bereich des gesamten Bewegungsapparates keine Auffälligkeiten hätten gefunden werden können. Auch aus der Aktenlage sei bezüglich des orthopädischen Fachgebietes keine wesentliche Erkrankung oder Behandlung bekannt. Verspannungen im Bereich des Nackens, welche bei der aktuellen Untersuchung nicht hätten festgestellt werden können, bezögen sich wohl am ehesten auf den psychosomatischen Allgemeinzustand. Auf orthopädisch / rheumatologischem Gebiet sei eine Behandlung aktuell nicht erforderlich. Es bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

6.10.7 Die neuropsychologische Teilgutachterin, T.\_\_\_\_, M.Sc., Fachpsychologin Neuropsychologie SVNP/FSP, hielt in ihrem Teilgutachten vom 27. Februar 2020 (IV-Nr. 31.7 S. 19 ff.) fest, der Explorand beklagte sich spontan beim Eintreten ohne Begrüssung lautstark über die Umständlichkeit der Gutachten. Er müsse immer so weit fahren und finde nichts. Er sei kaum zu beruhigen gewesen. Der Explorand sei angespannt, latent aggressiv und lasse sich nur schwer vom Thema ablenken. Gemäss seinen Angaben sei alles eine Katastrophe. Er habe beinahe einen Unfall erlitten. Es gehe ihm nicht gut. Seit zwei bis drei Wochen sei ihm übel. Er fahre nur Auto, wenn dies notwendig sei. Er

bekomme Panik, wenn er mit vielen Leuten im Bus oder Zug sein müsse; auch in Tunnels befallte ihn eine Panik. Auf Nachfrage nach der Konzentration berichte der Explorand, er vergesse viel, könne nichts speichern und sei nicht in der Lage, sich zu konzentrieren. Er sei auch oft angespannt. Die Zusammenfassung der Befunde und die Beurteilung lautete dahingehend, auf der Grundlage der eigenen Befunderhebung könne keine positive Aussage gemacht werden, ob eine krankheitsbezogene Funktionsstörung vorliege. Einige geltend gemachten Beschwerden liessen sich auf der Befundlage widerlegen. Positiv belegbar und überwiegend wahrscheinlich nachweisbar seien negative Antwortverzerrungen des Exploranden, sodass kein gültiges Testprofil erhalten werden könne. Ob eine kognitive Störung dennoch vorhanden sei, entziehe sich aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung des Exploranden den Erkenntnismöglichkeiten der Untersucherin. Aufgrund mangelnder Mitwirkung des Exploranden und dadurch erhaltenen, nicht verwertbaren Testergebnissen könne auf neuropsychologischem Fachgebiet keine Aussage zur Diagnose gemacht werden. Es liege kein Behandlungsverlauf auf neuropsychologischem Fachgebiet vor. Es könne insgesamt auch keine positive Aussage über möglich vorhandene kognitive Ressourcen gemacht werden. Der Explorand sei weiterhin Autofahrer. Die Kommunikationsfähigkeit sei gegeben. Der Explorand habe einen Hund, der eine grosse Unterstützung darstelle und ihn fordere, täglich in Bewegung zu bleiben und ein gewisses Mass an Verantwortung zu übernehmen. Ungünstig auf die Belastbarkeit wirke sich überwiegend wahrscheinlich die Persönlichkeit des Exploranden aus, welche wahrscheinlich auch das aktuell dargestellte eingeschränkte Leistungsverhalten mitbedinge. Auf rein neuropsychologischem Fachgebiet seien aktuell keine medizinischen Massnahmen indiziert, welche zu einer relevanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führten.

6.10.8 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 22. Juni 2020 (IV-Nr. 31.7 S. 39 ff.) stellte Dr. med. Dipl.-Psych. U.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen «Panikstörung (F 41.0)» und «Leichtgradig ausgeprägte depressive Episode im Rahmen einer rezidivierend depressiven Störung (F 33.01 nach ICD 10)». Die Diagnose «Akzentuierte Persönlichkeit mit vorrangig narzisstischen und emotional-instabilen Anteilen (Z 73.1)» hat nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zur Herleitung der Diagnosen wurde u.a. dargelegt, den akzentuierten Persönlichkeitsanteilen komme per se kein Krankheitswert zu, sie beeinflussten aber den Behandlungs- und Heilverlauf in diesem Fall deutlich ungünstig. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, es handle sich um eine ängstlich depressive Entwicklung vor dem Hintergrund akzentuierter (narzisstischer und emotional-instabiler) Persönlichkeitsanteile. Auf der Ressourcenebene verfüge der Explorand über langjährige berufliche Erfahrungen, die soziale Teilhabe sei weitgehend erhalten. Hinsichtlich der komplexen Ich-Funktionen seien Realitätsprüfung und Urteilsbildung nicht eingeschränkt, Beziehungs- und Kontaktfähigkeit seien deutlich vermindert, die Durchhaltefähigkeit sei leicht vermindert, die Affekt-, Emotions- und Impulssteuerung seien deutlich beeinträchtigt, das Selbstwertgefühl sei deutlich beeinträchtigt und der Antrieb sei leicht vermindert. Hinsichtlich der komplexen Ich-Funktionen ergäben sich somit gesamthaft Beeinträchtigungen, die sich als mässiggradige Aktivitäts- und Partizipationsstörungen im Sinne einer verminderten Flexibilität und Umstellfähigkeit, verminderten Durchhaltefähigkeit und einer verminderten Selbstbehauptungsfähigkeit äusserten. Auf der Fähigkeitsebene (ICF) bestünden mässiggradige Einschränkungen vornehmlich in der Anpassungsfähigkeit, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Gruppenfähigkeit

sowie der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten.

Die Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen lautete dahingehend, Angststörungen seien prinzipiell gut behandelbar. Neben einer konsequent antidepressiven Behandlung sei eine psychotherapeutische (verhaltenstherapeutische) Behandlung indiziert. Die Behandlungsoptionen seien im Fall des Exploranden diesbezüglich noch nicht ausgeschöpft. Eine fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei nicht etabliert, wäre jedoch sicherlich indiziert. Die medikamentös-antidepressive Behandlung könnte angepasst werden (Dosiserhöhung, Präparatewechsel, Kombinationsbehandlung). Im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Intervention seien vor allem Informationsdefizite hinsichtlich der bestehenden Panikstörung zu beheben und eine Konfrontation mit internen Reizen (vor allem den körperlichen Symptomen) anzustreben. Es werde Wert auf das Erlernen von Bewältigungsstrategien (Angst und körperliche Symptome) gelegt und schliesslich die Veränderung einer inadäquaten Symptominterpretation angegangen. Unter Intensivierung der Behandlungsmassnahmen (medikamentöse Einstellung, fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, Verhaltenstherapie) sollte in den nächsten sechs Monaten eine volle Arbeitsfähigkeit (100 %) erreicht werden.

Zur Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität wurde Folgendes dargelegt: Es zeigten sich aus psychiatrischer Sicht keine relevanten Diskrepanzen hinsichtlich der Beschreibung der Krankheitsentwicklung / Symptombeschreibung des Exploranden und den aktuell vorliegenden Arztberichten. Es bestünden keine wesentlichen Diskrepanzen zwischen den angegebenen Beschwerden und dem aktuellen psychopathologischen Befund. Die Schilderung des Tagesablaufs (Aktivitätsniveau) könne mit den aktuell beschriebenen Beschwerden in Einklang gebracht werden. Das psychometrische Testergebnis stehe in Einklang mit dem psychopathologischen Befund. Das Ergebnis der neuropsychologischen Teilbegutachtung lasse sich psychopathologisch hingegen nicht begründen. Die geschilderten psychischen Beschwerden stimmten in ihrem Ausmass mit der Inanspruchnahme der therapeutischen Massnahmen überein. Das Verhalten des Exploranden habe im Rahmen der Untersuchung keine wesentliche Aggravations- bzw. Simulationstendenz aufgewiesen. Eine spezifische Gegenübertragungsreaktion (Empfindung des Unechten, des Zornes oder des Gekränktseins) sei nicht vorgelegen. Sekundäre Motive (Wunsch nach finanzieller Unterstützung durch eine Rentenleistung) könnten angenommen werden. Insgesamt könne von einer ausreichenden Konsistenz zwischen der Aktenlage mit Vorbefunden, den Eigenangaben des Exploranden, dem psychopathologischen Befund und psychometrischen Ergebnissen ausgegangen werden. Eine valide Beurteilung sei deshalb aus psychiatrischer Sicht möglich.

Zu den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen wurde wie folgt Stellung genommen: Auf der Persönlichkeitsebene hätten sich keine Hinweise auf gravierende strukturelle Defizite im Sinne einer Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne ergeben, dies auch vor dem Hintergrund einer weitgehend normalen familiären, schulischen und beruflichen Entwicklung. Akzentuierte (narzisstisch-kränkbar, emotional instabile) Persönlichkeitsanteile seien vorhanden und beeinflussten den Behandlungs- und Heilverlauf ungünstig. Auf der psychisch-geistigen Ebene hätten sich leichte Beeinträchtigungen aufgrund affektiver, psychomotorischer, formalgedanklicher und vegetativer Auffälligkeiten ergeben. Auf der psychiatrisch-körperlichen Ebene habe sich eine Verminderung der Vitalgefühle gezeigt. Auf der Ebene der sozialen

Kommunikationsfähigkeit hätten sich Beeinträchtigungen im Sinne einer vermehrten Irritierbarkeit und geringen Frustrationstoleranz ergeben. Hinweise auf einen sozialen Rückzug seien eruierbar, allerdings nicht in allen Belangen des Lebens. Die Interaktion in der Untersuchungssituation sei weitgehend adäquat gewesen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%ige (halbtags) Arbeitsfähigkeit in jedweder den körperlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten des Exploranden entsprechenden Arbeitstätigkeit. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei diese Arbeitsunfähigkeit spätestens seit September 2018 (Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_) ausgewiesen.

6.11 RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 13. August 2020 (IV-Nr. 35) fest, das Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2020 sei nachvollziehbar und schlüssig. Zusammenfassend seien bei leitliniengerechter Therapie folgende Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen anzunehmen: von September 2018 bis Januar 2021 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für jedwede Tätigkeit, ab Februar 2021 sollte nach leitliniengerechter Therapie lediglich in der angestammten Tätigkeit wegen der Sehstörung eine 70%ige Arbeitsfähigkeit und eine solche von 100 % in einer angepassten Tätigkeit vorliegen.

7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. Dezember 2020 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2020 (IV-Nr. 31) sowie auf die Stellungnahme des RAD vom 13. August 2020 (IV-Nr. 35), weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist.

7.1 Das acht Disziplinen umfassende polydisziplinäre (allgemeininternistische, neurologische, ophthalmologische, dermatologische, rheumatologische, ORL-fachärztliche, neuropsychologische und psychiatrische) Gutachten der B.\_\_\_\_ beruht für die streitigen Belange auf allseitigen fachärztlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers im Zeitraum vom 30. Januar bis 15. Juni 2020, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die aus sämtlichen Teilgutachten hervorgehenden Abklärungsergebnisse wurden im Rahmen einer gutachterlichen Konsensbeurteilung (interdisziplinäre Gesamtbeurteilung) zusammengefasst und gemeinsam beurteilt. Sämtliche Teilgutachten und auch die Konsensbeurteilung wurden von den Gutachtern unterzeichnet. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hergeleitet, wobei zu abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten Stellung genommen wird. Schliesslich werden die gestellten Fragen beantwortet. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und die Konsensbeurteilung zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das Gerichtsgutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. E. II. 2.5 hiervor)

7.2

7.2.1 Der Beschwerdeführer rügt, die Beschwerdegegnerin habe das strukturierte Beweisverfahren in Beachtung der aktuellen Indikatoren-Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 und 143 V 409 nicht durchgeführt (vgl. Beschwerde, S. 5, A.S. 11). Dazu ist festzuhalten, dass gemäss BGE 143 V 418 sämtliche psychische Erkrankungen

grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten setzt also voraus, dass die im vorerwähnten Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Der Gutachter soll die Diagnosen so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind. Anhand des nachfolgend wiedergegebenen Katalogs von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens:

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)

Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde führte der psychiatrische Teilgutachter, Dr. med. Dipl.-Psych. U. \_\_\_\_, aus, auf der psychisch-geistigen Ebene seien leichte Beeinträchtigungen aufgrund von affektiver, psychomotorischer, formalgedanklicher und vegetativer Auffälligkeiten festzustellen. Auf psychiatrisch-körperlicher Ebene habe sich eine Verminderung der Vitalgefühle gezeigt. Auf der Ebene der sozialen Kommunikationsfähigkeit hätten sich Beeinträchtigungen im Sinne einer vermehrten Irritierbarkeit und einer geringen Frustrationstoleranz gefunden. Beziehungs- und Kontaktfähigkeit seien deutlich vermindert, die Durchhaltefähigkeit sei leicht vermindert. Affekt-, Emotions- und Impulssteuerung seien deutlich vermindert, ebenso das Selbstwertgefühl. Der Antrieb sei leicht vermindert. Insgesamt bestünden mässiggradige Aktivitäts- und Partizipationsstörungen im Sinne einer verminderten Flexibilität und Umstellfähigkeit, einer verminderten Durchhaltefähigkeit und einer verminderten Selbstbehauptungsfähigkeit. Auf der Fähigkeitsebene (ICF) bestünden mässiggradige Einschränkungen vornehmlich in der Anpassungsfähigkeit, der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit und der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten (IV-Nr. 31.7 S. 63 f.).

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz gab der psychiatrische Teilgutachter an, Angststörungen seien prinzipiell gut behandelbar. Neben einer konsequent antidepressiven Behandlung sei eine psychotherapeutische (verhaltenstherapeutische) Behandlung indiziert. Die Behandlungsoptionen seien im Falle des Beschwerdeführers diesbezüglich noch nicht ausgeschöpft. Eine fachärztlich

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei nicht etabliert, wäre aber sicherlich indiziert. Die medikamentös-antidepressive Behandlung könnte angepasst werden (Dosiserhöhung, Präparatewechsel, Kombinationsbehandlung). Im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Intervention seien vor allem Informationsdefizite hinsichtlich der bestehenden Panikstörung zu beheben, sei eine Konfrontation mit internen Reizen (vor allem den körperlichen Symptomen) anzustreben, werde Wert auf das Erlernen von Bewältigungsstrategien (Angst und körperliche Symptome) gelegt und schliesslich werde die Veränderung inadäquater Symptominterpretation angegangen. Unter Intensivierung der Behandlungsmassnahmen (medikamentöse Einstellung, fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, Verhaltenstherapie) sollte in den nächsten sechs Monaten die volle Arbeitsfähigkeit (100 %) erreicht werden (IV-Nr. 31.7 S. 66).

Mit Blick auf den Indikator der Komorbiditäten ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirken. 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. Gemäss BGE 143 V 418 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (E. 8.1). Im psychiatrischen Teilgutachten wird zur Komorbidität zwar nicht ausdrücklich Stellung genommen. Es wird aber festgehalten, eine Persönlichkeitsstörung im eigentlichen Sinne sei nicht festgestellt worden. Die bestehenden akzentuierten (narzisstisch-kränkbar, emotional-instabil) Persönlichkeitsanteile beeinflussten den Behandlungs- und Heilerfolg ungünstig. Im Weiteren wurde zur Diagnose der depressiven Episode auch in differenzialdiagnostischer Hinsicht Stellung genommen. Zusammenfassend wird festgehalten, dass die aktuell einschränkende Angststörung und die depressive Störung prinzipiell gut behandelbar seien (vgl. IV-Nr. 31.7 S. 59, 63 und 66). Entsprechend ist davon auszugehen, dass vorliegend keine relevante Komorbidität vorliegt.

Zur 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. 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. 4.3.2 f. S. 302 f.). Diesbezüglich verweist das psychiatrische Teilgutachten auf die somatischen Teilgutachten (IV-Nr. 31.7 S. 47). Das allgemeininternistische Teilgutachten z.B. behandelt die Persönlichkeit des Beschwerdeführers eingehend und hält betreffend Ressourcen folgende Aufzählung fest:

Kommunikationsfähigkeit: Ausreichende deutsche Sprachkenntnisse. Bei sozialer Isolation allgemein reduzierte Kommunikationsfähigkeit; Motivation: Scheint insbesondere für eine berufliche Tätigkeit sehr eingeschränkt; Therapieadhärenz: Soweit beurteilbar, gegeben; Ausserberufliche Fertigkeiten: Interesse für Mode, sonst keine besonderen; Soziales Umfeld (Familie, Freunde, Kollegen): Lebt sozial sehr isoliert, nur sporadischer Kontakt zu seiner ältesten Tochter; Geordnete Tagesstruktur: Eingeschränkt (IV-Nr. 31.3 S. 18). In der Konsensbeurteilung wird zu den Ressourcen festgehalten, der Beschwerdeführer verfüge über eine langjährige berufliche Erfahrung, die soziale Teilhabe sei zumindest teilweise noch erhalten. Der Beschwerdeführer habe zudem in früheren Jahren bewiesen, dass er seinen beruflichen und sozialen Verpflichtungen gut habe nachkommen können. Die guten Sprachkenntnisse seien ebenfalls als Ressource zu werten. Der Explorand spreche perfekt Serbisch, sehr gut Deutsch, gut Spanisch und habe Basiskenntnisse in Italienisch und Englisch. Zudem verfüge er über die Führerausweise A1, B, D1, BE und D1E. Er sei modeinteressiert und habe Berufserfahrung als Geschäftsführer einer Modeboutique (IV-Nr. 31.2 S. 13).

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). 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) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Im psychiatrischen Teilgutachten wird dazu festgehalten, es hätten sich keine relevanten Diskrepanzen zwischen den aktuell geschilderten Beschwerden und den aktenkundigen Beschwerdeschilderungen gefunden. Wesentliche Diskrepanzen zwischen den angegebenen Beschwerden und dem aktuellen psychopathologischen Befund beständen nicht. Die Schilderung des Tagesablaufs und damit des Aktivitätenniveaus sei in Einklang zu bringen mit den angegebenen Beschwerden. Das psychometrische Testergebnis entspreche dem psychopathologischen Befund. Das Ergebnis der neuropsychologischen Teilbegutachtung hingegen habe sich psychopathologisch nicht begründen lassen. Die geschilderten psychischen Beschwerden stimmten in ihrem Ausmass mit der Inanspruchnahme der therapeutischen Massnahmen überein. Insgesamt könne von einer ausreichenden Konsistenz zwischen der Aktenlage mit den Vorbefunden, den Eigenangaben des Beschwerdeführers, dem psychopathologischen Befund und den psychometrischen Ergebnissen ausgegangen werden. Eine valide Beurteilung sei deshalb möglich (IV-Nr. 31.7 S. 62).

Soweit der Beschwerdeführer rügt, «die Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Leistung in Anwendbarkeit von ICF» sei nicht umgesetzt worden, ist auf die Ausführungen auf Seite 23 des Psychiatrischen Teilgutachtens zu verweisen, wo zusammenfassend festgehalten wurde, auf der Fähigkeitsebene (ICF) beständen mässiggradige Einschränkungen vornehmlich in der Anpassungsfähigkeit, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten und

der Gruppenfähigkeit sowie der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten (IV-Nr. 31.7 S. 61). Dem Einwand des Beschwerdeführers kann somit nicht gefolgt werden.

7.2.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. Dipl.-Psych. U. \_\_\_ zusammen mit den übrigen Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gibt, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers wurden die Kategorien «funktioneller Schweregrad» und «Konsistenz» rechtsgenügend abgehandelt. Entsprechend trifft seine Rüge einer Nichtbeachtung der Indikatoren-Rechtsprechung ins Leere. Die Ergebnisse sind schlüssig und nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf abgestellt hat (vgl. E. II. 7.1 hiervor). Damit ist auch sogleich dargetan, dass weder eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin noch die Anordnung eines Obergutachtens ■ wie es der Beschwerdeführer in seinen Eventualanträgen verlangt (vgl. Anträge, Ziff. 3 und 4; A.S. 14) ■ angezeigt ist. Entsprechend ist beim Beschwerdeführer von einer 50%igen Arbeits(un)fähigkeit auszugehen. Bezüglich des retrospektiven Verlaufs dieser Arbeitsfähigkeit kann sodann ebenfalls auf die gutachterlichen Ausführungen abgestellt werden: Dazu wird festgehalten, eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit / Arbeitsunfähigkeit ohne die begutachtete Person auch früher selber untersucht zu haben, sei nicht unproblematisch, da man sich auf von anderen Personen erhobene Anamnesen, Befunde und daraus abgeleitete Diagnosen verlassen müsse. Retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der echtzeitlich erhobenen Befunde und gestützt darauf vorgenommenen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nur eingeschränkt möglich. Soweit retrospektiv beurteilbar, bestünden die genannten Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet seit September 2018. Seit diesem Zeitpunkt bestehe daher eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für die vom Beschwerdeführer früher ausgeübten Tätigkeiten und auch für optimal angepasste Verweistätigkeiten (IV-Nr. 31.2 S. 16).

7.3 Schliesslich ist auf die von der RAD-Ärztin, Dr. med. V. \_\_\_, eingereichte Stellungnahme vom 13. August 2020 (IV-Nr. 35) einzugehen. Die RAD-Ärztin hat den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht und keine medizinischen Befunde erhoben. Es liegt demnach eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens vor (vgl. E. II. 4.5.2 hiervor). Somit ist es nicht von Relevanz, dass die RAD-Ärztin keine fachärztliche Spezialisierung auf den Gebieten «Ophthalmologie» und «Psychiatrie» vorweisen kann. Die Schlussfolgerung der RAD-Ärztin, wonach das Gutachten nachvollziehbar und schlüssig sei, deckt sich mit den vorgemachten Erwägungen. Auch die oben (unter E. II. 6.1 bis 6.8 hiervor) wiedergegebenen medizinischen Berichte stehen weitgehend in Einklang mit den Abklärungsergebnissen der B. \_\_\_-Gutachter. Die Beschwerdegegnerin durfte sich auf die Empfehlung der RAD-Ärztin stützen. Somit ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der vorliegend angefochtenen Verfügung auf das Gutachten der B. \_\_\_ vom 1. Juli 2020 sowie die Empfehlung des RAD vom 13. August 2020 abgestellt hat.

8. Weder die weiteren Rügen des Beschwerdeführers noch die von ihm nachträglich eingereichten Arztberichte vermögen den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der B. \_\_\_ zu schmälern, wie nachfolgend darzulegen ist.

8.1 Nicht begründet ist der Einwand, es bestehe keine echtzeitliche ärztliche Einschätzung (Beschwerde, S. 4; A.S. 10). Das polydisziplinäre Gutachten vom 1. Juli 2020 basiert auf den damals aktuellsten Arztberichten (vgl. fächerübergreifende

Aktenzusammenfassung, IV-Nr. 31.3 S. 1 ff.) sowie auf eigenen spezialärztlichen Untersuchungen während des Zeitraums vom 30. Januar 2020 bis 15. Juni 2020. Das Gutachten, auf welches die RAD-Ärztin abstellte und welchem die Beschwerdegegnerin folgte, war im Verfügungszeitpunkt (23. Dezember 2020) gerade mal ein knappes halbes Jahr alt. Es kann daher nicht gesagt werden, eine korrekte Leistungsprüfung sei mangels aktualisierter medizinischer Aktenlage nicht möglich gewesen.

8.2 Die vom Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren nachgereichten ärztlichen Berichte datieren alle nach dem Verfügungszeitpunkt und konnten deshalb von der Beschwerdegegnerin bei ihrer Entscheidung nicht berücksichtigt werden. Der Vollständigkeit halber ist nachfolgend in der gebotenen Kürze darauf einzugehen.

8.2.1 Aus dem augenärztlichen Bericht des Augenzentrums [...], Dr. med. univ. H.\_\_\_\_, vom 11. Februar 2021 (Beschwerdebeilage [BB] 4) geht folgende Diagnose hervor: «L > R Optikusatrophie DD Normaldruckglaukom DD bisher unklare Ätiologie Strabismus sursoadduktorius dekompensierend DD alte Trochlearisparese (seit mind. 2011 bekannt), R / L Hyperopie, Astigmatismus». Im Rahmen der Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, die ophthalmologische Teilgutachterin Dr. med. P.\_\_\_\_ habe bei ihrer gutachterlichen Untersuchung noch eine Engwinkel Komponente als möglichen Faktor zur Optikusatrophie erwähnt und eine Iridotomie / Iridektomie in Erwägung gezogen. Ein solcher Eingriff sei bisher noch nicht erfolgt. Anamnestisch bestünden keine Hinweise auf Winkelblockbeschwerden und der Augeninnendruck sei bisher immer im guten Bereich gelegen. Prof. Dr. med. W.\_\_\_\_, Leitender Arzt Orthoptik, [...], Universitätsklinik für Augenheilkunde, [...], werde um eine Untersuchung und Mitbeurteilung bezüglich der komplexen neuroophthalmologischen Situation und um eine weiterführende Diagnostik zur definitiven neuroophthalmologischen / neurologischen Abklärung der Genese der Optikusatrophie und gegebenenfalls Einleitung etwaiger Therapiemaßnahmen gebeten.

8.2.2 Dem Orthoptikbericht von Prof. Dr. med. W.\_\_\_\_ vom 8. April 2021 (BB 5) können folgende Diagnosen entnommen werden: «Fortgeschrittene, anamnestisch progrediente, Optikusneuropathie beidseits, DD Normaldruckglaukom, AION, V.a. Schlafapnoe-Syndrom, Charles Bonnet-Syndrom; Trochlearisparese links, am ehesten kongenital, mit Kopfwangshaltung und Nackenproblemen». Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, der Beschwerdeführer leide unter einer fortgeschrittenen Optikusneuropathie, welche sich mit einem Charles Bonnet-Syndrom manifestiere. Morphologisch und anamnestisch komme am ehesten ein Normaldruckglaukom infrage. Möglich wäre auch ein Zustand nach einer ischämischen Optikusneuropathie, wobei dafür keine Anamnese bestehe. Ohnehin sei bei beiden Diagnosen ein Schlafapnoe-Syndrom ein signifikanter und wichtiger Risikofaktor. Die Anamnese von Herzrasen in der Nacht habe vermutlich psychiatrische Ursachen, ebenso wäre ein verkanntes Schlafapnoe-Syndrom vorstellbar. Es sei davon auszugehen, dass die weißen Flecken einer Leukenzephalopathie entsprächen, weshalb erst recht die vaskuläre Risikosituation kontrolliert werden müsse. Eine Kontrolle mit MRI unter Beizug eines Kollegen der Neurologie sei geplant. Im Anschluss an diese Untersuchungen werde vorgeschlagen, eine definitive Diagnose zu stellen. Das Schielen schein im Moment sekundär zu sein.

8.2.3 Im Austrittsbericht der D.\_\_\_\_, [...], vom 15. April 2021 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 9. bis 19. März 2021 (BB 3) wurden folgende Hauptdiagnosen gestellt: 1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (F33.1); 2. Somatisierungsstörung (F45.0). Ferner

wurde als Nebendiagnose eine narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung angegeben. Es wurde dargelegt, die stationäre Aufnahme auf der offen geführten Kriseninterventionsstation sei nach Zuweisung durch Dr. med. G.\_\_\_\_ bei zunehmend depressiver Verstimmung erfolgt. Bei Aufnahme habe sich klinisch eine mittelgradige Episode der vorbekannten rezidivierenden depressiven Störung gezeigt, vorwiegend geprägt von Nervosität, schmerzhaften Muskelverspannungen und Traurigkeit. Zudem habe der Patient über eine Vielzahl wechselnder Symptome (z.B. Tinnitus, nachlassende Sehkraft) geklagt, die meist schon über Jahre intermittierend bestünden, für die aber noch keine Ursache gefunden worden sei. Der Patient beschreibe, dass er im Zusammenhang mit seinen Sorgen um die Gesundheit panikartige Zustände erlebe, auch habe er Mühe, sich in engen Räumen aufzuhalten. Psychotherapeutisch sei der Fokus auf Ressourcenaktivierung und Stressbewältigung gesetzt worden. Zur Unterstützung bei Unruhezuständen seien auch eine Ohrakupunktur nach dem NADA-System durchgeführt worden. Der Patient habe am niederschweligen Bewegungstherapieprogramm teilgenommen. Bei Klagen über Pulsunregelmässigkeiten sei ein kardiologisches Konsil veranlasst worden. Die seit Jahren bestehende Bradykardie (langsamer Herzschlag) sei bestätigt worden, aktuell sei keine Therapie notwendig. Im Abklärungsgespräch mit einer Mitarbeiterin des Sozialdienstes habe sich herausgestellt, dass der Patient keinen Beratungsbedarf habe. Bei fehlenden Anhaltspunkten für akute Selbst- oder Fremdgefährdung habe der Patient in gutem Allgemeinzustand auf eigenen Wunsch nach Hause entlassen werden können. Die ambulante Weiterbehandlung werde wie bisher hausärztlich durch Dr. med. G.\_\_\_\_ und psychiatrisch durch Dr. med. X.\_\_\_\_, [...], übernommen.

8.2.4 Im hausärztlichen Bericht vom 8. Juli 2021 (BB 6) stellte Dr. med. G.\_\_\_\_ folgende Hauptdiagnosen: Chronische Angststörung mit rezidivierenden Panikattacken; Rezidivierende depressive Episoden; Schwere Somatisierungsstörung; Narzisstische, histrionische und anankastische Persönlichkeitsstruktur; Impingement der linken Hüfte; Fortgeschrittene Optikusatrophie. Im Weiteren führte er aus, es bestehe eine schon langandauernde mindestens 80%ige Arbeitsunfähigkeit, eine theoretische Restarbeitsfähigkeit sei auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht realisierbar. Die vorerwähnten Hauptdiagnosen seien sehr therapieresistent, grösstenteils ausserordentlich chronifiziert und nach seiner Erfahrung nicht überwindbar. Daher könne die Einschätzung der Invalidenversicherung, wonach der Beschwerdeführer Anspruch auf eine halbe Rente habe und diese per 1. Mai 2021 einzustellen sei, nicht nachvollzogen werden. Dr. med. G.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer eine ununterbrochene volle Arbeitsunfähigkeit vom 1. Januar 2021 bis 24. April 2022 (BB 7, 9 und 10).

8.3 Nach ständiger Rechtsprechung ist der Zeitraum bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens Bezugsgrösse für den entscheidungsrelevanten Sachverhalt. Spätere Arztberichte sind aber in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 3.3 mit Hinweisen). Die vorerwähnten, vom Beschwerdeführer nachgereichten Arztberichte erfassen die beim Beschwerdeführer vorliegende gesundheitliche Problematik wie die bereits im Verfügungszeitpunkt vorliegenden Berichte und ergeben keine neuen Aspekte auf die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung. Diese medizinischen Berichte vermögen daher den Beweiswert des Gutachtens der B.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2020 nicht zu schmälern. Zur Einschätzung von

Dr. med. G. \_\_\_ in seinem Bericht vom 8. Juli 2021, wonach schon seit Langem eine andauernde, mindestens 80%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe und eine theoretische Restarbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht realisierbar sei, ist festzuhalten, dass sich die behandelnden Ärzte in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben und deren Berichte nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes verfolgen. Sie erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_160/2012 vom 13. Juni 2012 E. 3.1.2 mit Hinweis). Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, ist der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit durch Dr. med. G. \_\_\_ kaum Beweiswert beizumessen. Dem Einwand des Beschwerdeführers, ohne die entsprechenden Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte könne keine rechtsgenügende Anspruchsbeurteilung vorgenommen werden, kann nicht gefolgt werden. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der polydisziplinäre Expertise der B. \_\_\_ sprechen, sind nicht ersichtlich; ebenso wenig wichtige Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. E. II. 4.3 f. hiervor). Auch angesichts der vom Beschwerdeführer nachgereichten Aufgebote zu weiteren ärztlichen Untersuchungen vom 29. November und 7. Dezember 2021 (vgl. BB 8 [Sammelbeilage]) besteht kein Anlass für weitere Abklärungen.

8.4 Nach dem Gesagten ist gemäss dem Gutachten der B. \_\_\_ sowohl in den bisherigen Tätigkeiten als Lager- und Betriebsmitarbeiter, Chauffeur, Logistiker und Geschäftsführer einer Modeboutique als auch in einer ideal angepassten Verweistätigkeit von einer 50%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ab 1. September 2018 auszugehen. Massgeblich hierfür sind die auf psychiatrischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen. Aufgrund der ebenfalls festgestellten Sehstörung besteht nach den gutachterlichen Angaben eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit, worunter auch die vom Beschwerdeführer früher ausgeübten Tätigkeiten fallen. Es besteht ein vermehrter Pausen- bzw. Kompensationsbedarf aufgrund der vorliegenden Sehdefizite. Potentiell gefährliche Arbeiten (z.B. Arbeiten an rotierenden oder schneidenden Maschinen) sind aus Sicherheitsgründen nicht mehr möglich. Tätigkeiten mit nur geringen Anforderungen an die Sehfähigkeit können aus augenärztlicher Sicht grundsätzlich zu 100 % ausgeübt werden. Wegen des Tinnitusleidens sollten prinzipiell Tätigkeiten vermieden werden, die mit einer hohen Lärmbelastung einhergehen, um eine weitere Schädigung des Gehörs zu verhindern (IV-Nr. 31.2 S. 15 f.). Auf die gestellte Frage, ob sich die festgestellten Teil-Arbeitsunfähigkeiten ganz, teilweise oder gar nicht addierten, gaben die Gutachter an, die zum aktuellen Zeitpunkt festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 50 % für jedwede Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt und auch für Verweistätigkeiten begründe sich ausschliesslich mit den Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet. Die Gesundheitsstörungen auf augenärztlichem Fachgebiet verursachten zusätzliche qualitative Leistungsbeeinträchtigungen (IV-Nr. 31.2 S. 17 Ziff. 4.9). Somit ist davon auszugehen, dass die für bisherige Tätigkeiten aus ophthalmologischer Sicht attestierte 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der aus psychiatrischer Sicht attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit aufgeht, da dem aufgrund der Sehdefizite erforderlichen Pausen- bzw. Kompensationsbedarf mit dem aus psychiatrischer Sicht eingeschränkten Arbeitspensum

Rechnung getragen wird. Die Sehdefizite bringen nach den gutachterlichen Angaben zusätzliche qualitative Leistungsbeeinträchtigungen mit sich, indem potentiell gefährliche Arbeiten vom Beschwerdeführer nicht mehr ausgeübt werden können; ebenso sind Tätigkeiten mit einer hohen Lärmbelastung zu vermeiden. Die B. \_\_\_-Gutachter stellten zum Verlauf fest, es bestehe ■ soweit retrospektiv beurteilbar ■ seit September 2018 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für die vom Beschwerdeführer früher ausgeübten Tätigkeiten und auch für optimal angepasste Verweistätigkeiten (IV-Nr. 31.2 S. 16). Der Begründung in der vorliegend angefochtenen Verfügung, wonach die angestammte Tätigkeit als Chauffeur bzw. Lagermitarbeiter dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar sei (vgl. A.S. 5), kann somit nicht gefolgt werden.

9.

9.1 Der Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen) ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (vgl. E. II. 2.3 hiervor). Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad nämlich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn, der höchstens 25 % betragen darf (Urteile des Bundesgerichts 8C\_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4, 8C\_628/2015 vom 6. April 2016 E. 5.3.1 und 8C\_304/2014 vom 20. April 2015 E. 6, je mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall stellte die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Invaliditätsgrads auf die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018 ab, wobei sie das Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn ermittelte und beim Invalideneinkommen keinen Leidensabzug vornahm (vgl. A.S. 5 f.). Da der Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens im September 2018 als Lager- und Betriebsmitarbeiter, Chauffeur, Logistiker und Geschäftsführer einer Modeboutique tätig war (vgl. Lebenslauf, IV-Nr. 13 S. 1), wobei die zuletzt für den Zeitraum von April 2013 bis März 2018 angegebene Tätigkeit als Geschäftsführer der Y. \_\_\_ GmbH, [...], nur aus «kosmetischen Gründen» im Lebenslauf aufgeführt worden sei, um den Anschein zu erwecken, dass aktuell eine Anstellung bestehe (Gesprächsprotokoll Intake vom 5. Dezember 2018, IV-Nr. 12 S. 1; vgl. auch internistisches Teilgutachten der B. \_\_\_, IV-Nr. 31.3 S. 16), erscheint das Abstellen auf Tabellenwerte zur Festsetzung des Valideneinkommens als sachgerecht. Ebenso ist zur Ermittlung des Invalideneinkommens auf dieselben Tabellenwerte abzustellen, da der Beschwerdeführer seit Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto, IV-Nr. 10 S. 4). Die Ermittlung des Validen- und Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen wird vom Beschwerdeführer nicht beanstandet. Er macht geltend, es müsse ein Tabellenlohnabzug als Anpassung der statistischen Durchschnittslöhne an die individuell-konkreten Verhältnisse vorgenommen werden. Zu einem Tabellenlohnabzug führten vorliegend das Alter, die Art und Beschaffenheit des Gesundheitszustandes und die Art seiner Folgen. Es sei ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen (Beschwerde, S. 7; A.S. 13).

9.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert 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 und die versicherte Person je nach der Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_219/2019 vom 30. September 2019 E. 3.3 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte in der vorliegend angefochtenen Verfügung zu Recht keinen leidensbedingten Abzug, da dem Beschwerdeführer die bisher ausgeübten Tätigkeiten ■ wenn auch nur noch in einem 50%-Pensum aufgrund der psychischen Einschränkungen ■ weiterhin zumutbar sind. Dem Umstand, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Sehdefizite vermehrt Pausen benötigt, wurde mit dem als zumutbar erachteten Arbeitspensum von 50 % bereits Rechnung getragen. Einschränkungen, die bereits bei der Formulierung des zumutbaren Tätigkeitsprofils miteinbezogen worden sind, können beim leidensbedingten Abzug nicht noch ein zweites Mal berücksichtigt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_98/2020 vom 16. April 2020 E. 5.4 mit Hinweisen). Dass potentiell gefährliche Arbeiten wegen der Sehdefizite aus Sicherheitsgründen und lärmige Tätigkeiten wegen des Tinnitusleidens nicht mehr möglich sind, rechtfertigt keinen leidensbedingten Abzug. Weitere somatisch bedingte Beschwerden, welche das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers in relevanter Weise einschränken würden, sind nicht ersichtlich. Ein Abzug für weitere persönliche und berufliche Merkmale (Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) fällt hier nicht in Betracht. Angesichts seines Alters ist dem 1963 geborenen und damit im Verfügungszeitpunkt 57-jährigen Beschwerdeführer kein leidensbedingter Abzug zu gewähren, zumal dem Alter im Zusammenhang mit dem Leidensabzug nur beschränkte Bedeutung zukommt. So fällt der Umstand, dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, als invaliditätsfremder Faktor regelmässig ausser Betracht. Zudem werden Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_219/2019 vom 30. September 2019 E. 5.3 mit Hinweisen). Die Rechtsprechung hat in diesem Zusammenhang verschiedentlich darauf hingewiesen, dass sich gemäss den LSE-Erhebungen das Alter bei Männern im Alterssegment von 50 bis 64/65 bei Stellen ohne Kaderfunktion sogar eher loohnerhöhend auswirkt (BGE 146 V 16 E. 7.2.1 S. 26 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_151/2020 vom 15. Juli 2020 E. 6.3.3.). Dass der Beschwerdeführer nur noch in einem Pensum von 50 % teilzeitig tätig sein kann, rechtfertigt ebenso wenig einen leidensbedingten Abzug. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, wenn eine versicherte Person ihre Arbeitsfähigkeit nicht vollschichtig umsetzen kann, muss stets mit Blick auf den konkreten Beschäftigungsgrad und die jeweils aktuellen Tabellenwerte ermittelt werden. Gemäss der LSE-Tabelle T18 für das Jahr 2018 verdienen zwar statistisch Männer ohne Kaderfunktion mit einem Beschäftigungsgrad von 50 bis 74 % gut 4 % weniger als solche mit einem Beschäftigungsgrad von 90 % und mehr. Dies stellt aber rechtsprechungsgemäss keine überproportionale Lohneinbusse dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_151/2020 vom 15. Juli 2020 E. 6.3.2. mit Hinweis).

9.3 Da nach dem Gesagten Validen- und Invalideneinkommen ausgehend von demselben Tabellenlohn zu berechnen sind und beim Invalideneinkommen kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Der Invaliditätsgrad

entspricht dem Grad der Arbeits- bzw. Leistungsunfähigkeit. Demnach besteht ein Invaliditätsgrad von 50 % ab 1. September 2018 (Beginn der einjährigen Wartezeit).

10. Im Weiteren lässt der Beschwerdeführer geltend machen, gestützt auf das multiple progrediente Beschwerdebild liege keine wirtschaftlich verwertbare Restarbeitsfähigkeit mehr vor. Eine zumutbare Tätigkeit sei nur noch in so eingeschränkter Form möglich, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kenne oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitsgebers möglich wäre und das Finden eines entsprechenden Arbeitsplatzes daher von vornherein als ausgeschlossen erscheine (Beschwerde, S. 6; A.S. 12).

10.1 Massgeblich für die Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit ist der ausgeglichene Arbeitsmarkt (vgl. Art. 16 ATSG), der durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften gekennzeichnet ist und einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch keine übermässigen Anforderungen zu stellen. Von einer Arbeitsgelegenheit kann dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint. Sodann kann das (vorgerückte) Alter, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird (Urteil des Bundesgerichts 9C\_473/2019 vom 25. Februar 2020 E. 5.1.1. mit Hinweisen). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteile des Bundesgerichts 8C\_458/2018 vom 23. Oktober 2018 E. 4.2. und 9C\_277/2016 vom 15. März 2017 E. 4.1, je mit Hinweisen).

10.2 Nach der Beurteilung im polydisziplinären Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2020 ist der Beschwerdeführer sowohl in seinen bisherigen Tätigkeiten als auch in jeder optimal angepassten Verweistätigkeit zu 50 % arbeits- und leistungsfähig, wobei potentiell gefährliche Arbeiten wegen der Sehdefizite und Arbeiten mit einer hohen Lärmbelastung nicht mehr möglich sind. Die dem Beschwerdeführer verbleibende Arbeitsfähigkeit erscheint ■ auch im Quervergleich zu anderen Fällen ■ als verwertbar. Er ist trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen in der Lage, seine bisherigen Tätigkeiten als Lager- bzw. Betriebsmitarbeiter, Logistiker oder Chauffeur oder andere Hilfstätigkeiten in Industrie und Gewerbe (z.B. einfache Kontroll-, Überwachungs-, Sortier- und Verpackungstätigkeiten sowie leichte Montagearbeiten) auszuüben. Das Alter (bzw. die verbleibende Aktivitätsdauer) oder weitere invaliditätsfremde Aspekte wie fehlende Berufsbildung sprechen nicht gegen die Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem (hypothetischen) ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Gemäss seinen Angaben im Lebenslauf (IV-Nr. 13 S. 1) und im internistischen Teilgutachten der B.\_\_\_\_ war der Beschwerdeführer, ausgebildeter Servicefachangestellter im Gastgewerbe (vgl. IV-Nr. 5), in der Schweiz

bereits in verschiedenen anderen Berufen tätig, hat gute und vielseitige Sprachkenntnisse (Serbisch [Muttersprache], gute Kenntnisse in Deutsch in Wort und Schrift, gute mündliche Kenntnisse in Spanisch, Basiskenntnisse in Italienisch und Englisch) und verfügt über verschiedene Führerausweise (Kategorien A1, B, D1, BE, D1E; vgl. IV-Nr. 31.3 S. 16). Er ist in der Lage, Auto zu fahren, und kann längere Reisen unternehmen (2019, Serbien; vgl. IV-Nr. 31.7 S. 58). Hilfstätigkeiten, welche keine potentiell gefährlichen Arbeiten umfassen und in geräuscharmer Umgebung ausgeübt werden können, werden auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch im Rahmen eines Teilzeitpensums angeboten. Dem Beschwerdeführer stehen diverse Tätigkeiten offen, die keiner längeren Einarbeitung (oder gar einer Umschulung) bedürfen. Sein Zumutbarkeitsprofil ist nicht derart eng umschrieben, dass von vornherein keine realistische Beschäftigungsmöglichkeit besteht. Ob es für den Beschwerdeführer schwierig oder gar unmöglich ist, auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden, ist unerheblich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_670/2015 vom 12. Februar 2016 E. 4.2). Aufgrund der gegebenen Umstände kann nicht gesagt werden, es seien ihm nur noch Tätigkeiten zuzumuten, die der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wären.

11.

11.1 Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer nach Ablauf des Wartejahres zu Recht eine halbe Invalidenrente ab 1. September 2019 zugesprochen. Für die Zusprache einer Invalidenrente bereits ab 1. Januar 2019, wie dies in der Replik vom 23. August 2021 (S. 1 Ziff. 2.2; A.S. 40) beantragt wird, ist kein Anlass ersichtlich. Nach den gutachterlichen Angaben bestehen die psychischen Gesundheitsstörungen seit September 2018 (IV-Nr. 31.2 S. 16; vgl. auch psychiatrisches Teilgutachten der B.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2020, S. 26 [IV-Nr. 31.7 S. 64 f. Ziff. 8.1.4 und 8.2.5], E. II. 6.10.8 hiervor; vgl. auch Arztbericht des Hausarztes Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 25. September 2018 [E. II. 6.5 hiervor]). Im Übrigen meldete sich der Beschwerdeführer erst am 13. November 2018 bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 7), weshalb ein Rentenanspruch bereits ab 1. Januar 2019 nicht möglich wäre (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

11.2 Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer mit vorliegend angefochtener Verfügung ab 1. September 2019 eine befristete (halbe) Invalidenrente zu, wobei sie die Befristung damit begründete, die psychische Einschränkung sei gemäss den vorhandenen medizinischen Unterlagen unter leitliniengerechter Therapie innert 6 Monaten reversibel, sodass sechs Monate nach Zustellung des Gutachtens der B.\_\_\_\_, somit ab 1. Februar 2021, aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorliege; ab diesem Zeitpunkt betrage die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (wegen der Sehdefizite) noch maximal 30 %. Die Rente werde deshalb drei Monate nach der Verbesserung des Gesundheitszustandes, d.h. per 1. Mai 2021, in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV aufgehoben (A.S. 5). Die Beschwerdegegnerin stützte sich dabei auf die Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten der B.\_\_\_\_, wonach die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden könne. Dr. med. Dipl.-Psych. U.\_\_\_\_ hielt fest, Angststörungen seien prinzipiell gut behandelbar. Neben einer konsequent antidepressiven Behandlung sei eine psychotherapeutische (verhaltenstherapeutische) Behandlung indiziert. Die Behandlungsoptionen seien im Fall des Beschwerdeführers diesbezüglich noch nicht ausgeschöpft. Eine fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei nicht etabliert, wäre aber sicherlich

indiziert, wobei die medikamentös-antidepressive Behandlung angepasst werden könnte (Dosiserhöhung, Präparatewechsel, Kombinationsbehandlung). Im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Intervention seien vor allem Informationsdefizite hinsichtlich der bestehenden Panikstörung zu beheben, es sei eine Konfrontation mit internen Reizen (vor allem den körperlichen Symptomen) anzustreben, es werde Wert auf das Erlernen von Bewältigungsstrategien (Angst und körperliche Symptome) gelegt und schliesslich werde die Veränderung der inadäquaten Symptominterpretation angegangen. Unter Intensivierung der erwähnten Behandlungsmassnahmen sollte in den nächsten 6 Monaten eine volle Arbeitsfähigkeit (100 %) erreicht werden (IV-Nr. 31.7 S. 66; vgl. E. II. 6.10.8 hiervor). Dazu ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin bereits im Zeitpunkt des Verfügungserlasses auf eine allfällige uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht ab 1. Februar 2021 schloss, obwohl im Verfügungszeitpunkt die Aufnahme und ein Erfolg der indizierten therapeutischen Behandlungsmassnahmen noch nicht absehbar war. Die Befristung der Rente per 1. Mai 2021 aufgrund einer (vagen) Prognose erscheint nicht als sachgerecht und ist damit unzulässig. Eine künftige relevante Änderung des Gesundheitszustands wäre im Rahmen eines Revisionsverfahrens im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG zu beurteilen (vgl. E. II. 3. hiervor). Dementsprechend weist die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 23. April 2021 selber darauf hin, die Beschwerde erweise sich insoweit als begründet, als die halbe Invalidenrente im angefochtenen Entscheid nicht hätte befristet werden dürfen. Aufgrund der gutachterlichen Ausführungen zu den Verbesserungsmöglichkeiten der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen wäre die Anordnung einer medizinischen Auflage im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens angezeigt gewesen, was unterlassen worden und nachzuholen sei (A.S. 31 Ziff. 4). Soweit die Parteien die Aufhebung der Befristung der dem Beschwerdeführer zugesprochenen halben Rente beantragen, ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen; im Übrigen ist sie abzuweisen.

Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat. Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Anders verhielte es sich, wenn zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen oder Taggeldleistungen beantragt worden wären, welchen nicht hätte entsprochen werden können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1). Im vorliegenden Fall verlangt der Beschwerdeführer in der Hauptsache die Weiterausrichtung der Invalidenrente über den 1. Mai 2021 hinaus, ferner wird die Zusprechung einer ganzen Rente verlangt. Die Beschwerde ist insoweit teilweise gutzuheissen, als dem Beschwerdeführer ab 1. September 2019 eine unbefristete (halbe) Invalidenrente zuzusprechen ist; sie ist abzuweisen, soweit der Beschwerdeführer die Gewährung einer ganzen Invalidenrente geltend macht. Diese Konstellation, wonach der Beschwerdeführer im Grundsatz (Gewährung einer unbefristeten Rente) obsiegt und lediglich im Masslichen (halbe statt ganze Rente) unterliegt, rechtfertigt nach dem Gesagten die Zusprechung einer vollen Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die Parteikosten werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach § 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt der Stundenansatz für die Bestimmung der Kosten der berufsmässigen Vertretung CHF 230.00 bis 330.00 zuzüglich Mehrwertsteuer, soweit sie durch Anwälte wahrgenommen wird.

Der Vertreter des Beschwerdeführers macht mit aktualisierter Kostennote vom 23. Dezember 2021 (A.S. 55 f.) eine Parteientschädigung von insgesamt CHF 3'975.10 (Zeitaufwand von 14 Std. und 20 Minuten, Stundenansatz von CHF 250.00 und Auslagenersatz von CHF 107.50 zuzüglich Mehrwertsteuer) geltend.

Reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) ist im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und somit nicht separat zu vergüten. Aufgrund der in der Kostennote enthaltenen Vermerke «Verfügung Versicherungsgericht» und «Korrespondenz an Klient» ist von der Weiterleitung von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen, welche als Kanzleiaufwand nicht zusätzlich zu vergüten ist. Es können folgende Positionen nicht berücksichtigt werden: 11. März 2021 (15 Minuten), 19. April 2021 (15 Minuten), 15. Juni 2021 (30 Minuten), 5. Juli 2021 (15 Minuten), 7. Juli 2021 (20 Minuten), 30. August 2021 (15 Minuten), 15. September 2021 (15 Minuten), 27. September (15 Minuten), 14. Oktober 2021 (15 Minuten) und 21. Dezember 2021 (15 Minuten). Im Weiteren stellt auch die Position «Korrespondenz an Versicherungsgericht» vom 18. November 2021, worin ausschliesslich um Mitteilung betreffend den Verfahrensstand ersucht wurde, Kanzleiaufwand dar; die dafür geltend gemachten 15 Minuten sind daher nicht zu vergüten. Damit reduziert sich der Zeitaufwand um insgesamt 3 Stunden und 5 Minuten auf 11 Stunden und 15 Minuten. Bei einem Ansatz von CHF 250.00 resultiert mit den Auslagen und der Mehrwertsteuer eine Parteientschädigung von CHF 3'144.85 (Honorar von CHF 2'812.50, Auslagen von CHF 107.50 und Mehrwertsteuer [7.7 %] von CHF 224.85).

Das Honorar im Rahmen der bewilligten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 14. Juni 2021; A.S. 33 f.) beliefe sich auf CHF 2'296.70.

12.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Die vorerwähnte Rechtsprechung zur Parteientschädigung ist bei der Verteilung der Gerichtskosten nicht anwendbar. Die Beschwerde ist insoweit teilweise gutzuheissen, als dem Beschwerdeführer ab 1. September 2019 eine unbefristete (halbe) Invalidenrente zuzusprechen ist; sie ist abzuweisen, soweit der Beschwerdeführer die Gewährung einer ganzen Invalidenrente geltend macht. Diese Konstellation rechtfertigt, die Verfahrenskosten von CHF 600.00 den Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen. Der Anteil des Beschwerdeführers ist jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach widerkannt:

3. Der Beschwerdeführer und die Beschwerdegegnerin haben die Verfahrenskosten von CHF 600.00 je zur Hälfte zu bezahlen. Der Anteil des Beschwerdeführers von CHF 300.00 ist infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

#### Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung 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 Zwischenentscheidungen (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

Schmidhauser

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