

# SO\_GERICHTE VSBES.2021.177 vom 27. März 2024

SO Obergericht, 2024-03-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2021.177\\_d20240327](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.177_d20240327)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2021.177 du 27 mars 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2021.177 del 27 marzo 2024

## Regeste

Invalidenrente

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1968 geborene A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich am 31. Dezember 2012 unter Hinweis auf Beschwerden nach einem Verkehrsunfall vom 29. August 2011 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 2; zum Unfallhergang vgl. Polizeirapport, IV-Nr. 7.44 sowie in IV-Nr. 60). Die Beschwerdegegnerin zog die Akten des obligatorischen Unfallversicherers Suva bei (IV-Nrn. 7, 15.2, 20, 22, 24 sowie nochmals IV-Nr. 60). Diese enthalten u.a. einen psychiatrischen Untersuchungsbericht des Suva-Psychiaters Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2012 (IV-Nr. 7.65; 60.243). Die Beschwerdegegnerin holte ihrerseits weitere ärztliche Unterlagen ein, darunter Berichte des Hausarztes Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, FMH, vom 18. Oktober 2014 (IV-Nr. 17, mit Beilagen) und des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 22. Juni 2015 (IV-Nr. 19).

1.2 Am 16. Dezember 2015 teilte der behandelnde Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ der Suva mit, der Beschwerdeführer habe am 15. Oktober 2015 einen Brandunfall erlitten, der zu einer Retraumatisierung geführt habe (IV-Nr. 21). Die Suva holte in der Folge beim Spital E.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten (neurologisch, neuropsychologisch, orthopädisch, psychiatrisch, otorhinolaryngologisch) ein, welches schliesslich am 6. Juli 2016 erstattet wurde (IV-Nr. 24.15, 24.18 ■ 24.24). Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, datiert vom 5. Juli 2016 (IV-Nr. 24.24).

1.3 Die Suva sprach dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 6. Juli 2017 ab 1. Juni 2017 eine Invalidenrente von 18 % zu (IV-Nr. 26), was sie mit Einspracheentscheid vom 10. Januar 2018 bestätigte (IV-Nr. 30.1). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) ab (Urteil vom 17. Dezember 2018, VSBES.2018.28).

1.4 Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge ■ nach vorangegangenem Beschwerdeverfahren (vgl. IV-Nrn. 47, 59; VSBES.2018.148) ■ bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Klinik H.\_\_\_\_, ein psychiatrisches Gutachten ein. Dieses wurde am 4. Februar 2019 erstattet (IV-Nr. 66).

1.5 Mit Verfügung vom 5. Mai 2020 verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente (IV-Nr. 79).

## **E. 2**

2.1 Dagegen liess der Beschwerdeführer beim Versicherungsgericht fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (Aktenseiten [A.S.] 9 ff. [VSBES.2020.117]):

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 05.05.2020 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente auszurichten.
3. Eventualiter sei eine erneute psychiatrische Begutachtung zu initiieren.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

2.2 Mit Urteil vom 19. April 2021 (VSBES.2020.117) hiess das Versicherungsgericht die Beschwerde teilweise gut. Es hob die Verfügung vom 5. Mai 2020 auf und verpflichtete die Beschwerdegegnerin, dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 eine halbe Invalidenrente auszurichten. Im Übrigen wies es die Beschwerde ab.

2.3 Dagegen erhob die Beschwerdegegnerin am 31. Mai 2021 beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten. Mit Urteil vom 13. Oktober 2021 (8C\_415/2021) hiess das Bundesgericht die Beschwerde teilweise gut. Das Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. April 2021 wurde aufgehoben und die Sache wurde zu neuer Entscheidung an das Versicherungsgericht zurückgewiesen. In den Erwägungen hielt das Bundesgericht fest, die Erwägungen des Versicherungsgerichts seien nicht ausreichend, um den Anspruch auf eine halbe Rente vom 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 zu begründen.

## **E. 3**

3.1 Mit Instruktionsverfügung vom 15. November 2021 wird festgestellt, dass das Bundesgericht mit Urteil vom 13. Oktober 2021 das Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. April 2021 aufgehoben und die Sache zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückgewiesen hat. Die Parteien erhalten Gelegenheit, sich zum weiteren Vorgehen zu äussern und ■ falls gewünscht ■ ergänzende Ausführungen zur Sache zu machen (A.S. 11 f.).

3.2 In seiner Stellungnahme vom 6. Januar 2022 lässt der Beschwerdeführer folgende Anträge stellen (A.S. 19 ff.):

3.3 Mit Instruktionsverfügung vom 12. Mai 2022 wird festgestellt, dass sich die Beschwerdegegnerin zum weiteren Vorgehen nicht geäussert und auch sonst keine Ausführungen gemacht hat (A.S. 31 f.).

3.4 Am 23. Mai 2022 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 33 ff.).

3.5 Mit Schreiben vom 9. Oktober 2023 reicht die Beschwerdegegnerin dem Gericht Auszüge aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers betreffend die Jahre 1986 bis 2022 ein (A.S. 38 ff.). Der Beschwerdeführer äussert sich dazu mit Eingabe vom 17. Oktober 2023 (A.S. 46 f.).

4. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften in den verschiedenen Verfahrensstadien wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

## II.

### 1.

1.1 Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung. Ein Rentenanspruch könnte frühestens ab 1. Juli 2013 bestehen. Das Versicherungsgericht hatte dem Beschwerdeführer in seinem Urteil vom 19. April 2021 (VSBES.2020.117) für die Zeit vom 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 eine halbe Rente zugesprochen. Das Bundesgericht hiess jedoch mit seinem Urteil vom 13. Oktober 2021 (8C\_415/2021) die dagegen von der IV-Stelle erhobene Beschwerde teilweise gut. Es hob das Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. April 2021 auf und wies die Sache zu neuer Entscheidung an das Versicherungsgericht zurück. Den Erwägungen 4.2 ff. des bundesgerichtlichen Urteils kann Folgendes entnommen werden:

4.2.1 Wie dargelegt, bedarf es bei der Folgenabschätzung einer psychischen Erkrankung, so auch einer PTBS [posttraumatischen Belastungsstörung], auf das Leistungsvermögen bzw. die Arbeitsfähigkeit eines konsistenten Nachweises mittels sorgfältiger Plausibilitätsprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens unter Verwendung der Standardindikatoren ( ). Die Vorinstanz trug diesen Vorgaben insgesamt nicht hinreichend Rechnung, wie die Beschwerdeführerin zu Recht rügt.

4.2.2 Zur gesundheitlichen Situation und zur Arbeitsfähigkeit führte die Vorinstanz aus, im polydisziplinären Gutachten des Spitals E.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2016 sei weder der Gesundheitszustand noch die Arbeitsfähigkeit umfassend geklärt worden, wie sie bereits im Urteil vom 26. September 2018 festgestellt habe. Namentlich habe es die psychiatrische Expertin Dr. med. F.\_\_\_\_ unterlassen, sich mit dem zweiten Unfall vom 15. Oktober 2015 und der damit vom behandelnden Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ im Schreiben vom 16. Dezember 2015 festgehaltenen Retraumatisierung zu befassen. Mit Blick auf den gesundheitlichen Verlauf stellte die Vorinstanz sodann auf die gutachterliche Einschätzung des Dr. med. G.\_\_\_\_ ab, wonach es im Rahmen der entwickelten posttraumatischen psychischen Symptomatik und belastenden psychosozialen Situation zum Ausbruch einer PTBS mit nachfolgender Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion gekommen sei. Es sei aber ab dem Jahr 2015 eine zunehmende Verbesserung der psychischen Situation festzustellen. Dr. med. G.\_\_\_\_ habe diese Einschätzung gestützt auf die Ausführungen des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 22. Juni 2015 getroffen. Die Vorinstanz folgte sodann den Feststellungen zur Arbeitsfähigkeit des Dr. med. G.\_\_\_\_, wobei sich dessen Beurteilung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit auf die angestammte wie auf eine leidensangepasste Tätigkeit bezogen habe.

4.2.3 Hinsichtlich des Beginns der Arbeitsfähigkeit ging der Experte von einer seit dem Unfall bis Mitte 2016 bestehenden 50%igen Arbeitsfähigkeit aus, die er jedoch nicht weiter begründete. Weshalb die Vorinstanz dieser Einschätzung einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und nicht jener des behandelnden Dr. med. D.\_\_\_\_ folgte, ergibt sich aus dem angefochtenen Urteil nicht. Ebenso wenig wird darin überzeugend begründet, weshalb sich diese Angaben sowohl auf die angestammte als auch auf eine leidensangepasste Tätigkeit beziehen sollen. Dr. med. D.\_\_\_\_ erachtete nämlich in seinem Bericht vom 22. Juni 2015 eine um 30 bis 40%ige Leistungsminderung in der angestammten Tätigkeit aufgrund der depressiven Symptomatologie und der beschriebenen Verlangsamung sowie der Antriebsminderung als gegeben. Eine Leistungseinschränkung aus psychiatrischer Sicht bezüglich einer (somatisch) angepassten Tätigkeit formulierte er nicht.

Einer vorinstanzlichen Befassung mit der unterschiedlichen Einschätzung der zu diesem Zeitpunkt bestehenden Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht durch die Dres. med. G.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ hätte es umso mehr bedurft, als die Vorinstanz annahm, dass Dr. med. G.\_\_\_\_ sich bezüglich der festgestellten gesundheitlichen Verbesserung auf den Bericht des Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2015 gestützt habe. Ebenso wenig befasste sich die Vorinstanz mit der im Gutachten des Spitals E.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2016 davon abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzung, wonach die angestammte Tätigkeit als Fenstermonteur aufgrund der unfallbedingten psychischen Beschwerden in Kombination mit der psychosomatischen Beeinträchtigung überhaupt nicht mehr zumutbar sei. Als Geschäftsführer sei der Beschwerdegegner, gemäss dieser gutachterlichen Einschätzung, aufgrund der kognitiven Defizite und wegen der Spannungskopfschmerzen zeitlich und leistungsmässig um 50 % eingeschränkt. In einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von zusätzlich 10 % wegen des verminderten Arbeitstempos und des vermehrten Pausenbedarfs. Das aktuelle Funktionsniveau sei ein Endzustand, eine relevante Verbesserung des Gesamtzustands sei nicht zu erwarten.

4.2.4 Die von der Vorinstanz festgestellten Diagnosen und Befunde legen für sich gesehen noch keine besondere Schwere der Gesundheitsschädigung nahe. Sie vermögen die von ihr gestützt auf das Gutachten des Dr. med. G.\_\_\_\_ angenommene Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten wie in einer leidensangepassten Tätigkeit für die Zeit vom 29. August 2011 bis (mindestens) Mitte Juni 2016 bzw. bis Anfang 2018, wie soeben aufgezeigt, nicht ohne Weiteres zu erklären. Was den Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigungen betrifft, steht darüber hinaus fest, dass der Beschwerdegegner weiterhin in seiner eigenen Unternehmung arbeitet und die Geschäftstätigkeit insofern sogar ausbauen konnte, als er, gemäss seinen Angaben gegenüber Dr. med. G.\_\_\_\_, seit dem Jahr 2009 mit dem Geschäftsgang sehr zufrieden sei, wobei er fünf und im Sommer bis zu zehn Angestellte beschäftige.

4.3 Zusammenfassend geht hieraus hervor, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im relevanten Zeitraum rechtlich nicht zuverlässig beurteilen lässt, ohne die Vorgaben des indikatorengeleiteten Beweisverfahrens zu beachten. Unter den gegebenen Umständen durfte es die Vorinstanz nicht dabei belassen, ohne strukturierte Prüfung nach BGE 141 V 281 eine Einschränkung des funktionalen Leistungsvermögens um 50 % anzunehmen. Denn mit den gestellten Diagnosen im Gutachten des Dr. med. G.\_\_\_\_, die der befristeten Rentenzusprache für die Zeit vom 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 zugrunde liegen (Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, gegenwärtig vollständig remittiert [ICD-10 F43.21]; PTBS, gegenwärtig weitgehend remittiert [ICD-10 F45.1]), kann nicht ohne nähere Befassung im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens eine schwergradige Beeinträchtigung angenommen werden, die die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 50 % im angegebenen Zeitraum für den Rechtsanwender ausreichend erklärt. Die vorinstanzliche Würdigung des Gutachtens vermag die diesbezüglich bundesrechtlich geforderte hinreichende Plausibilisierung der Folgenabschätzung durch den Experten nicht zu erbringen. In diesem Punkt verletzt das vorinstanzliche Urteil Bundesrecht, wie die Beschwerdeführerin stichhaltig einwendet ( ).

4.4 Sodann liegt es nicht am Bundesgericht, die hier gebotene umfassende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand der Standardindikatoren, was den Zeitraum der Rentenzusprache betrifft, von sich aus vorzunehmen. Dafür ist die Sache an die Vorinstanz

zurückzuweisen, damit sie ■ allenfalls nach Rücksprache mit dem Gutachter ■ anhand des strukturierten Beweisverfahrens mittels Standardindikatoren prüfen kann, ob sich die aufgezeigten Widersprüchlichkeiten auflösen lassen und sich ein stimmiges Gesamtbild ergibt, um die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung aus juristischer Sicht abschliessend zu beantworten ( ).

1.2 Diese Erwägungen des Bundesgerichts sind für das Versicherungsgericht verbindlich. Demnach hat das Versicherungsgericht im Rahmen des von der Rechtsprechung (BGE 141 V 281) entwickelten strukturierten Prüfungsverfahrens anhand von Standardindikatoren zu beurteilen, ob und in welchem Ausmass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers während des Zeitraums, der für den Rentenanspruch vom 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 relevant ist, aufgrund einer psychischen Beeinträchtigung reduziert wird. Nicht mehr Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Verneinung eines Rentenanspruchs für die Zeit ab 1. April 2018.

2. Im Verlauf des Verfahrens wurde der Beschwerdeführer psychiatrisch behandelt und mehrfach gutachterlich untersucht. Die Akten enthalten den Untersuchungsbericht des Suva-Psychiaters Dr. med. B. \_\_\_ vom 19. Juni 2012 (IV-Nr. 60.243), das der Suva erstattete psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_ vom 5. Juli 2016 (IV-Nr. 24.24; Teilgutachten im Rahmen der Expertise des Spitals E. \_\_\_ vom 6. Juli 2016), das durch die Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_ vom 4. Februar 2019 (IV-Nr. 66) sowie Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. D. \_\_\_. Gestützt auf das Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2021 hat das Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_ als beweismässig zu gelten, soweit es zum Ergebnis gelangte, der Beschwerdeführer sei spätestens seit Anfang 2018 für sämtliche seinem Bildungsniveau entsprechenden Tätigkeiten (mit Ausnahme von Nacht- und Schichtarbeiten) zu 100 % arbeitsfähig. Demgegenüber kann die rückwirkende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. G. \_\_\_ nicht ohne weiteres übernommen werden, sondern es ist diesbezüglich eine umfassende Prüfung der massgebenden Indikatoren erforderlich. Da der Gutachter Dr. med. G. \_\_\_, um seine rückwirkende Einschätzung abgeben zu können, auf die früheren, echtzeitlichen Berichte und Gutachten Bezug nehmen musste, sind auch diese in die Beurteilung einzubeziehen.

3. Nach dem bundesgerichtlichen Rückweisungsentscheid wurde den Parteien Gelegenheit geboten, sich ergänzend zu äussern. Die Beschwerdegegnerin machte von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch. Der Beschwerdeführer lässt dagegen in seiner Stellungnahme vom 6. Januar 2022 (A.S. 19 ff.) geltend machen, es seien keine Widersprüchlichkeiten ersichtlich und eine Auseinandersetzung mit den Indikatoren ergebe klar, dass ein Rentenanspruch für den Zeitraum von Juli 2013 bis März 2018 zu Recht bejaht worden sei. Da Dr. med. G. \_\_\_ im Zeitpunkt seiner Untersuchung die psychischen Gebrechen als weitgehend remittiert qualifiziert habe, sei die Indikatorenprüfung anhand des Gutachtens von Dr. med. F. \_\_\_ vom 5. Juli 2016 vorzunehmen, welches sowohl vom Gutachter Dr. med. G. \_\_\_ als auch vom hiesigen Versicherungsgericht mit Urteil vom 17. Dezember 2018 in der Suva-Sache (VSBES.2018.28; vgl. E. I. 1.3 hiervor) als beweistauglich qualifiziert worden sei. Dr. med. F. \_\_\_ habe sich in ihrer psychiatrischen Beurteilung eingehend mit den Indikatoren auseinandergesetzt. Die Prüfung der Standardindikatoren ergebe, dass sich die psychischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers für den hier massgebenden Zeitpunkt eindeutig rentenrelevant auswirkten. Auch gemäss den Ausführungen von Dr. med. G. \_\_\_ sei ein invaliditäts- und

damit rentenrelevantes temporär bestehendes psychisches Gebrechen klar zu bejahen. Die Diagnosen seien schlüssig und nachvollziehbar. Die Befunde seien für den rentenrelevanten Zeitraum ausgeprägt und wiesen einen hohen Schweregrad aus. Der Beschwerdeführer sei adäquat behandelt worden und compliant gewesen. Dennoch habe sich für den rentenrelevanten Zeitraum eine hohe Resistenz ergeben. Aufgrund des Leidensdrucks habe der Beschwerdeführer von sich aus fachärztliche Unterstützung gesucht und behalte diese bei. Er habe sowohl im privaten als auch im erwerblichen Bereich seine Aktivitäten gleichermaßen reduziert. Es hätten erhebliche Komorbiditäten in Form mehrerer psychischer Leiden bestanden. Unfallkausale körperliche Schäden verunmöglichten die vollständige Aufnahme der Tätigkeit als Fensterbauer. Zum sozialen Kontext sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gemäss den Erhebungen von Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht länger unter Leuten sein könne. Er fühle sich unter Leuten nach kurzer Zeit unwohl und gelangweilt. Er leide unter Schlaf- und Konzentrationsproblemen und unter einer Vergesslichkeit. Auch wenn er sich bei seiner Frau und seinen Kindern aufhalte, fühle er sich nach 10 Minuten nicht mehr gut. Er verspüre einen inneren Druck und fühle sich erst besser, wenn er seinen Psychiater aufsuche und sich mit ihm unterhalte. Er könne sich nicht auf die Arbeit konzentrieren und höchstens zwei, drei oder vier Stunden arbeiten. Während seiner Tätigkeit leide er unter einer Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen, weshalb am Arbeitsplatz kleinere Unfälle aufgetreten seien. Nicht korrekt sei, dass der Beschwerdeführer in Bezug auf den Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» Ressourcen aufweise.

Der Beschwerdeführer sei nicht durchgehend zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Er habe zwar die eigene Unternehmung fortführen können, aber nie mehr als 40 % gearbeitet. Er habe aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr im gewohnten Pensum und schon gar nicht als Fenstermonteur arbeiten können. Deswegen sei er gezwungen gewesen, weiteres Personal einzustellen. Im Übrigen habe er nach dem Unfall auch massive Erwerbseinbussen hinnehmen müssen. Es verhalte sich nicht so, dass er einfach ohne Einbussen sein Geschäft weitergeführt oder sogar ausgebaut hätte. Die Einbussen seien bedingt durch den Ausfall des Beschwerdeführers beträchtlich gewesen und ausgewiesen. Bei der Tatsache, dass der Beschwerdeführer eine Ehe geschlossen habe und Vater von zwei Kindern geworden sei, habe es sich im hier zu beurteilenden Zeitraum nicht um positive Ressourcen, sondern um eine belastende psychosoziale Situation gehandelt. Dies habe Dr. med. B.\_\_\_\_ bereits im Rahmen seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 19. Juni 2012 festgehalten, was auch sowohl von Dr. med. F.\_\_\_\_ als auch von Dr. med. G.\_\_\_\_ so bestätigt worden sei. Der Beschwerdeführer habe sich mit einer Scheidung konfrontiert gesehen und habe die neue Ehefrau zuerst nicht zu sich in die Schweiz holen können. Es habe eindeutig ein sozialer Rückzug bestanden. In der Tatsache, dass der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Restarbeitsfähigkeit einer Tätigkeit nachgegangen sei, könne keine Inkonsistenz erblickt werden.

Zusammenfassend zeige die Indikatorenprüfung, dass die Indikatoren nach Massgabe der bundesgerichtlichen Rechtsprechung für den Prozessthema bildenden Zeitraum bis Ende März 2018 als erfüllt zu betrachten seien und der Beschwerdeführer damit Anspruch auf eine befristete Invalidenrente habe. Was die postulierte Verbesserung der psychischen Situation gemäss dem Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2015 betreffe, verhalte es sich so, dass Dr. med. G.\_\_\_\_ lediglich festgehalten habe, dass es in Bezug auf die depressive Symptomatik zu einer Verbesserung gekommen sei. Gleichzeitig halte er aber

eben auch fest, dass es dann bereits im Oktober 2015 zu einer Retraumatisierung im Rahmen des Brandunfalles gekommen sei. Demnach sei denn auch nicht zu beanstanden, dass das hiesige Versicherungsgericht nicht auf den Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2015 abgestellt habe. Das Gericht habe sich sodann in seinem Urteil vom 19. April 2021 mit der abweichenden Arbeitsfähigkeitseinschätzung des Spitals E.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2016 befasst. Es sei ausgeführt worden, dass die geringe Abweichung in der Bezifferung der Arbeitsunfähigkeit (50 % anstatt 60 %) im Rahmen des gutachterlichen Ermessens zu interpretieren sei und die Plausibilität der rückwirkenden Einschätzung durch Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen vermöge. Die Annahme des Gerichts, wonach bis anfangs 2018 von einer 50%igen Einschränkung ausgegangen worden sei, sei korrekt. Gemäss dem Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ sei die gesundheitliche Verbesserung erst ab Anfang des Jahres 2018 ausgewiesen. Die Beschwerdegegnerin habe für die Zeit zuvor den Nachweis einer rentenrelevanten gesundheitlichen Verbesserung nicht erbracht, weshalb es bis Anfang 2018 beim bisherigen Rechtszustand bleibe. Anhand der massgebenden Aktenlage sei der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Invalidenrente für den Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 zu bejahen.

4. Die Aktenlage präsentiert sich, bezogen auf die hier im Mittelpunkt stehenden psychiatrischen Aspekte, im Wesentlichen wie folgt:

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

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

Anlässlich der Untersuchung zeige sich eine stark angeschlagene Persönlichkeit. Der Beschwerdeführer habe am linken Ellenbogen nur eine leichte Bewegungseinschränkung. Aktuell werde kein akuter, vor allem kein neurologischer Handlungsbedarf gesehen. Wahrscheinlich liege eine periphere Nervenproblematik lokal links am Unterarm vor. Es werde im psychiatrisch-psychologischen Bereich eine Abklärung bezüglich der psychosomatischen Beschwerden als notwendig gesehen (S. 8). Die Schmerzen am linken Oberkörper seien angesichts des erlittenen Traumas gut nachvollziehbar. Die Bewegungseinschränkung am Ellenbogen sei verbesserbar. Die anderen geklagten Beschwerden beträfen ein unspezifisches Schmerzsyndrom und seien auf somatischer Ebene abgeklärt worden. Im traumatologischen Bereich zeige sich kein objektivierbarer Befund.

Strukturell objektivierbare Unfallfolgen des Schädels bezüglich der Beschwerden fehlten, die Halswirbelsäule sei klinisch völlig blande ohne neurologische Auffälligkeiten. Im Vordergrund stehe die psychosomatische Angeschlagenheit des Beschwerdeführers. Aus somatischer Sicht sei er zurzeit und bis Ende August zu 50 % arbeitsfähig. Zumutbar seien leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten unterhalb der Horizontalen ohne manuellen

Stück- und Zeitakkord und ohne taktgebende Arbeiten, welche eine Extension des linken Ellenbogens erforderten. Nicht mehr zumutbar seien schwere Arbeiten, Arbeiten in Nässe, Kälte und Zugluft sowie Tätigkeiten unter Vibration (S. 9).

4.2 Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und Konsiliarpsychiater der Suva, untersuchte den Beschwerdeführer am 19. Juni 2012. Laut dem entsprechenden Bericht vom 20. Juni 2012 (IV-Nr. 12.2 S. 123 ff.; 60.243) erklärte der Beschwerdeführer, er sei vergesslich und habe Ängste. Wenn er die Augen schliesse, sehe er Lastwagen auf sich zu fahren. Seit dem Unfall sei er nervös und gereizt, er werde schnell verbal aggressiv. 1996 oder 1997 habe er eine psychische Krise gehabt und sterben wollen. Er habe Tabletten genommen und sei dann einige Tage im Spital und in der psychiatrischen Klinik gewesen. Aus heutiger Sicht sei das für ihn grundlos gewesen. Nun gehe er seit zwei Monaten wieder zum Psychiater, alle zwei Wochen eine Stunde. Er kenne die Namen der verordneten Medikamente nicht. Dr. med. B.\_\_\_\_ stellte die folgenden Diagnosen (S. 10):

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

4.3 Im Protokoll des Intake-Gesprächs vom 4. März 2013 (IV-Nr. 11) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei selbstständig erwerbend. Dem durch die Beschwerdegegnerin eingeholten Handelsregisterauszug (IV-Nr. 11 S. 5 f.) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit [...] 2010 alleiniger Gesellschafter und Geschäftsführer der [...] 2009 gegründeten Firma K.\_\_\_\_ GmbH ist. Zweck der Firma ist die Ausführung von Fenstermontagen (vgl. IV-Nr. 11 S. 5 f.). Im Intake-Protokoll wird weiter festgehalten, der Beschwerdeführer sei vom 29. August 2011 bis 4. März 2012 zu 100 % und vom 5. März 2012 bis auf weiteres zu 50 % arbeitsunfähig. Er habe keinen Beruf erlernt. Das Pensum ohne Gesundheitsschaden würde 100 % betragen. Am 29. August 2011 habe er auf der Autobahn mit seinem Fahrzeug eine Panne gehabt. Als er das Warndreieck aufgestellt gehabt habe und zurück zum Auto gelaufen sei, sei er offenbar am linken Ellenbogen von einem LKW erfasst und zu Boden geschleudert worden. An das Ereignis könne er sich nicht mehr erinnern. Aktuell würden ihn am meisten die Ellenbogen- und Armbeschwerden, wie auch die psychische Verfassung an der Ausübung seiner Tätigkeit hindern. Die Schlafstörungen (intensive Träume) beeinträchtigten seine Konzentration. Er habe auch Mühe beim Leiternsteigen und an die Decke schauen. Dabei werde es ihm schwindlig und er fühle sich unsicher. Er gehe regelmässig in die Psychotherapie (bis zweimal im Monat), die Physiotherapie sei abgeschlossen worden. Ansonsten bestünden keine weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Er nehme folgende Medikamente ein: Olfen, Lexotanil und Cipralex. Der Beschwerdeführer mache einen psychisch angeschlagenen Eindruck, die sprachlichen Ressourcen seien begrenzt. Der Beschwerdeführer möchte sein Geschäft nicht aufgeben, seine berufliche Entwicklung habe seit dem Unfall keinen anderen Verlauf genommen. Er übe seine angestammte Tätigkeit sehr gerne aus und die Auftragslage sei gut.

4.4 Ab 15. Mai 2012 befand sich der Beschwerdeführer in ambulanter Behandlung bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Dieser stellte im Arztbericht vom 22. Juni 2015 (IV-Nr. 19) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

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

Die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit habe vom 15. Mai 2012 bis Ende April 2013 50 % betragen, im Anschluss bestehe bisher eine 30 ■ 40%ige Leistungsminderung bei 8.5-stündiger Präsenzzeit. Der Gesundheitszustand sei stationär bis besserungsfähig. Bei der klinischen Untersuchung bestehe eine rasche Erschöpfbarkeit, Ablenkbarkeit im Sinne von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen. Es bestehe auch eine gewisse Verlangsamung. Es bestünden anhaltende negativistische, pessimistische Zukunftsvorstellungen, und es würden Ängste geäussert, insbesondere auf der Autobahn, wenn ein Lastwagen sich nähere oder überholt werden müsse. Es bestehe eine gewisse Antriebsminderung, jedoch kein Morgentief. Affektiv wirke der Beschwerdeführer depressiv. Die affektive Modulationsfähigkeit sei reduziert, die Psychomotorik etwas verlangsamt, aber mehrheitlich unauffällig. Ein gewisser Interessenverlust sei vorliegend und es bestehe eine Minderung der Freudfähigkeit. Aufgrund der depressiven Symptomatologie, der beschriebenen Verlangsamung und auch der vorliegenden Antriebsminderung bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit wäre aus rein versicherungspsychiatrischer Sicht mit Einschränkungen zumutbar,

wobei der Beschwerdeführer aufgrund der somatischen Beschwerden vieles nicht durchführen könne. Dies aus psychiatrischer Sicht während 8.5 Stunden täglich. Es bestehe eine 30 ■ 40%ige Minderung der Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit könne am bisherigen Arbeitsplatz nur durch medizinische Massnahmen verbessert werden: Weiterführung der psychiatrischen und psychotherapeutischen sowie Durchführung medikamentöser Behandlung. Im Verlauf könne eine gewisse weitere Verbesserung des psychischen Zustandsbildes erreicht werden. Insbesondere werde eine weitere Abnahme der depressiven Symptomatologie erhofft. Dem Beschwerdeführer seien aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich angepasste somatische Tätigkeiten zumutbar, wobei auch berücksichtigt werden müsse, dass der Beschwerdeführer als selbstständig erwerbende Person in seiner eigenen Firma tätig sei und in diesem Zusammenhang eine Veränderung auch aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich nicht empfohlen werde, weil dadurch eine weitere Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes zu erwarten wäre.

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

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

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

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

Fachgebiet höchstens eine minimale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Fenstermonteur und als Geschäftsführer (S. 7 f.).

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

Status nach Verkehrsunfall am 29. August 2011 mit

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die etablierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei eindeutig fachgerecht durchgeführt worden und habe zu einer vollständigen Rückbildung der depressiven Symptomatik sowie zu einer weitgehenden Rückbildung der posttraumatischen Belastungsstörung geführt. Dem Beschwerdeführer könnten eine Optimierung der schlaffördernden Medikation sowie eine regelmässige Einnahme der ärztlich verordneten antidepressiven Medikation empfohlen werden. Unter den vorgeschlagenen therapeutischen Massnahmen sei von der Erhaltung einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die

therapeutischen Massnahmen sollten zu einer Verbesserung der Lebensqualität des Beschwerdeführers und zur Erhaltung einer Arbeitsfähigkeit führen, womit sie ihm medizinisch absolut zuzumuten seien. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall sei ausschliesslich auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen. Beim Beschwerdeführer könne von einer sicherlich überdurchschnittlichen Intelligenz, ausreichenden Sprachkenntnissen und von sehr guten sozialen Fertigkeiten ausgegangen werden. Ein sehr intaktes Familiennetz, die Fahrtauglichkeit und der ersichtliche Wunsch nach Autarkie, seien ebenfalls als wichtige Ressourcen zu betrachten (S. 17).

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

#### **E. 4**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 Mit Urteil vom 19. April 2021 (VSBES.2020.117) hiess das Versicherungsgericht die Beschwerde teilweise gut. Es hob die Verfügung vom 5. Mai 2020 auf und verpflichtete die Beschwerdegegnerin, dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 eine halbe Invalidenrente auszurichten. Im Übrigen wies es die Beschwerde ab. 2.3 Dagegen erhob die Beschwerdegegnerin am 31. Mai 2021 beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten. Mit Urteil vom 13. Oktober 2021

(8C\_415/2021) hiess das Bundesgericht die Beschwerde teilweise gut. Das Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. April 2021 wurde aufgehoben und die Sache wurde zu neuer Entscheidung an das Versicherungsgericht zurückgewiesen. In den Erwägungen hielt das Bundesgericht fest, die Erwägungen des Versicherungsgerichts seien nicht ausreichend, um den Anspruch auf eine halbe Rente vom 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 zu begründen. 3.

3.1 Mit Instruktionsverfügung vom 15. November 2021 wird festgestellt, dass das Bundesgericht mit Urteil vom 13. Oktober 2021 das Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. April 2021 aufgehoben und die Sache zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückgewiesen hat. Die Parteien erhalten Gelegenheit, sich zum weiteren Vorgehen zu äussern und – falls gewünscht – ergänzende Ausführungen zur Sache zu machen (A.S. 11 f.).

3.2 In seiner Stellungnahme vom 6. Januar 2022 lässt der Beschwerdeführer folgende Anträge stellen (A.S. 19 ff.): 1. Die Beschwerdegegnerin sei gestützt auf die vorliegenden Akten zu verpflichten, dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 eine halbe Invalidenrente auszurichten. 2. Eventualiter seien dem Gutachter Dr. med. G. \_\_\_\_, die folgenden Ergänzungsfragen zu stellen: 2.1 Ist es korrekt, dass sich die von Ihnen attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall vom 29.07.2011 (recte: 29.08.2011) bis mindestens Mitte 2016 auch auf leidensangepasste Tätigkeiten bezieht?

2.2 Können Sie Ihre Einschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall vom 29.07.2011 (recte: 29.08.2011) bis mindestens Mitte 2016 (in leidensangepasster Tätigkeit) auch nach Prüfung der massgebenden Indikatoren bejahen?

Begründung? 2.3 Wie begründen Sie Ihre abweichende Einschätzung einer seit dem Unfall vom 29.07.2011 (recte: 29.08.2011) bis mindestens Mitte 2016 bestehenden 50%igen Arbeitsunfähigkeit (in jeglicher Tätigkeit) zu der von Dr. med. D.\_\_\_\_ mit Bericht vom 22.06.2015 attestierten 30 % bis 40%igen Arbeitsunfähigkeit? 2.4 Wie begründen Sie ihre abweichende Einschätzung einer seit dem Unfall vom 29.07.2011 (recte: 29.08.2011) bis mindestens Mitte 2016 bestehenden 50%igen Arbeitsunfähigkeit (in jeglicher Tätigkeit) zu der von Dr. med. F.\_\_\_\_ im Gutachten vom 06.07.2016 attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit mit einer zusätzlichen Leistungsminderung von 10 %? 3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3.3 Mit Instruktionsverfügung vom 12. Mai 2022 wird festgestellt, dass sich die Beschwerdegegnerin zum weiteren Vorgehen nicht geäußert und auch sonst keine Ausführungen gemacht hat (A.S. 31 f.). 3.4 Am 23. Mai 2022 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 33 ff.). 3.5 Mit Schreiben vom 9. Oktober 2023 reicht die Beschwerdegegnerin dem Gericht Auszüge aus dem Individuellen Konto des Beschwerdeführers betreffend die Jahre 1986 bis 2022 ein (A.S. 38 ff.). Der Beschwerdeführer äussert sich dazu mit Eingabe vom 17. Oktober 2023 (A.S. 46 f.). 4. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften in den verschiedenen Verfahrensstadien wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung. Ein Rentenanspruch könnte frühestens ab 1. Juli 2013 bestehen. Das Versicherungsgericht hatte dem Beschwerdeführer in seinem Urteil vom 19. April 2021 (VSBES.2020.117) für die Zeit vom 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 eine halbe Rente zugesprochen. Das Bundesgericht hiess jedoch mit seinem Urteil vom 13. Oktober 2021 (8C\_415/2021) die dagegen von der IV-Stelle erhobene Beschwerde teilweise gut. Es hob das Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. April 2021 auf und wies die Sache zu neuer Entscheidung an das Versicherungsgericht zurück. Den Erwägungen 4.2 ff. des bundesgerichtlichen Urteils kann Folgendes entnommen werden: 4.2.1 Wie dargelegt, bedarf es bei der Folgenabschätzung einer psychischen Erkrankung, so auch einer PTBS [posttraumatischen Belastungsstörung], auf das Leistungsvermögen bzw. die Arbeitsfähigkeit eines konsistenten Nachweises mittels sorgfältiger Plausibilitätsprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens unter Verwendung der Standardindikatoren (...). Die Vorinstanz trug diesen Vorgaben insgesamt nicht hinreichend Rechnung, wie die Beschwerdeführerin zu Recht rügt. 4.2.2 Zur gesundheitlichen Situation und zur Arbeitsfähigkeit führte die Vorinstanz aus, im polydisziplinären Gutachten des Spitals E.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2016 sei weder der Gesundheitszustand noch die Arbeitsfähigkeit umfassend geklärt worden, wie sie bereits im Urteil vom 26. September 2018 festgestellt habe. Namentlich habe es die psychiatrische Expertin Dr. med. F.\_\_\_\_ unterlassen, sich mit dem zweiten Unfall vom 15. Oktober 2015 und der damit vom behandelnden Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ im Schreiben vom 16. Dezember 2015 festgehaltenen Retraumatisierung zu befassen. Mit Blick auf den gesundheitlichen Verlauf stellte die Vorinstanz sodann auf die gutachterliche Einschätzung des Dr. med. G.\_\_\_\_ ab, wonach es im Rahmen der entwickelten posttraumatischen psychischen Symptomatik und belastenden psychosozialen Situation zum Ausbruch einer PTBS mit nachfolgender Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion gekommen sei. Es sei aber ab dem Jahr 2015 eine zunehmende Verbesserung der psychischen Situation festzustellen. Dr. med. G.\_\_\_\_ habe diese Einschätzung gestützt auf die Ausführungen des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 22. Juni 2015 getroffen.

Die Vorinstanz folgte sodann den Feststellungen zur Arbeitsfähigkeit des Dr. med. G.\_\_\_\_, wobei sich dessen Beurteilung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit auf die angestammte wie auf eine leidensangepasste Tätigkeit bezogen habe. 4.2.3 Hinsichtlich des Beginns der Arbeitsfähigkeit ging der Experte von einer seit dem Unfall bis Mitte 2016 bestehenden 50%igen Arbeitsfähigkeit aus, die er jedoch nicht weiter begründete. Weshalb die Vorinstanz dieser Einschätzung einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und nicht jener des behandelnden Dr. med. D.\_\_\_\_ folgte, ergibt sich aus dem angefochtenen Urteil nicht. Ebenso wenig wird darin überzeugend begründet, weshalb sich diese Angaben sowohl auf die angestammte als auch auf eine leidensangepasste Tätigkeit beziehen sollen. Dr. med. D.\_\_\_\_ erachtete nämlich in seinem Bericht vom 22. Juni 2015 eine um 30 bis 40%ige Leistungsminderung in der angestammten Tätigkeit aufgrund der depressiven Symptomatologie und der beschriebenen Verlangsamung sowie der Antriebsminderung als gegeben. Eine Leistungseinschränkung aus psychiatrischer Sicht bezüglich einer (somatisch) angepassten Tätigkeit formulierte er nicht. Einer vorinstanzlichen Befassung mit der unterschiedlichen Einschätzung der zu diesem Zeitpunkt bestehenden Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht durch die Dres. med. G.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ hätte es umso mehr bedurft, als die Vorinstanz annahm, dass Dr. med. G.\_\_\_\_ sich bezüglich der festgestellten gesundheitlichen Verbesserung auf den Bericht des Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2015 gestützt habe. Ebenso wenig befasste sich die Vorinstanz mit der im Gutachten des Spitals E.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2016 davon abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzung, wonach die angestammte Tätigkeit als Fenstermonteur aufgrund der unfallbedingten psychischen Beschwerden in Kombination mit der psychosomatischen Beeinträchtigung überhaupt nicht mehr zumutbar sei. Als Geschäftsführer sei der Beschwerdegegner, gemäss dieser gutachterlichen Einschätzung, aufgrund der kognitiven Defizite und wegen der Spannungskopfschmerzen zeitlich und leistungsmässig um 50 % eingeschränkt. In einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von zusätzlich 10 % wegen des verminderten Arbeitstempos und des vermehrten Pausenbedarfs. Das aktuelle Funktionsniveau sei ein Endzustand, eine relevante Verbesserung des Gesamtzustands sei nicht zu erwarten. 4.2.4 Die von der Vorinstanz festgestellten Diagnosen und Befunde legen für sich gesehen noch keine besondere Schwere der Gesundheitsschädigung nahe. Sie vermögen die von ihr gestützt auf das Gutachten des Dr. med. G.\_\_\_\_ angenommene Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten wie in einer leidensangepassten Tätigkeit für die Zeit vom 29. August 2011 bis (mindestens) Mitte Juni 2016 bzw. bis Anfang 2018, wie soeben aufgezeigt, nicht ohne Weiteres zu erklären. Was den Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigungen betrifft, steht darüber hinaus fest, dass der Beschwerdegegner weiterhin in seiner eigenen Unternehmung arbeitet und die Geschäftstätigkeit insofern sogar ausbauen konnte, als er, gemäss seinen Angaben gegenüber Dr. med. G.\_\_\_\_, seit dem Jahr 2009 mit dem Geschäftsgang sehr zufrieden sei, wobei er fünf und im Sommer bis zu zehn Angestellte beschäftige. 4.3 Zusammenfassend geht hieraus hervor, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im relevanten Zeitraum rechtlich nicht zuverlässig beurteilen lässt, ohne die Vorgaben des indikatorengeliteten Beweisverfahrens zu beachten. Unter den gegebenen Umständen durfte es die Vorinstanz nicht dabei belassen, ohne strukturierte Prüfung nach BGE 141 V 281 eine Einschränkung des funktionalen Leistungsvermögens um 50 % anzunehmen. Denn mit den gestellten Diagnosen im Gutachten des Dr. med. G.\_\_\_\_, die der befristeten Rentenzusprache für die Zeit vom 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 zugrunde liegen

(Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, gegenwärtig vollständig remittiert [ICD-10 F43.21]; PTBS, gegenwärtig weitgehend remittiert [ICD-10 F45.1]), kann nicht ohne nähere Befassung im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens eine schwergradige Beeinträchtigung angenommen werden, die die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 50 % im angegebenen Zeitraum für den Rechtsanwender ausreichend erklärt. Die vorinstanzliche Würdigung des Gutachtens vermag die diesbezüglich bundesrechtlich geforderte hinreichende Plausibilisierung der Folgenabschätzung durch den Experten nicht zu erbringen. In diesem Punkt verletzt das vorinstanzliche Urteil Bundesrecht, wie die Beschwerdeführerin stichhaltig einwendet (...). 4.4 Sodann liegt es nicht am Bundesgericht, die hier gebotene umfassende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand der Standardindikatoren, was den Zeitraum der Rentenzusprache betrifft, von sich aus vorzunehmen. Dafür ist die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie – allenfalls nach Rücksprache mit dem Gutachter – anhand des strukturierten Beweisverfahrens mittels Standardindikatoren prüfen kann, ob sich die aufgezeigten Widersprüchlichkeiten auflösen lassen und sich ein stimmiges Gesamtbild ergibt, um die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung aus juristischer Sicht abschliessend zu beantworten (...). 1.2 Diese Erwägungen des Bundesgerichts sind für das Versicherungsgericht verbindlich. Demnach hat das Versicherungsgericht im Rahmen des von der Rechtsprechung (BGE 141 V 281) entwickelten strukturierten Prüfungsverfahrens anhand von Standardindikatoren zu beurteilen, ob und in welchem Ausmass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers während des Zeitraums, der für den Rentenanspruch vom 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 relevant ist, aufgrund einer psychischen Beeinträchtigung reduziert wird. Nicht mehr Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Verneinung eines Rentenanspruchs für die Zeit ab 1. April 2018. 2. Im Verlauf des Verfahrens wurde der Beschwerdeführer psychiatrisch behandelt und mehrfach gutachterlich untersucht. Die Akten enthalten den Untersuchungsbericht des Suva-Psychiaters Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 19. Juni 2012 (IV-Nr. 60.243), das der Suva erstattete psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2016 (IV-Nr. 24.24; Teilgutachten im Rahmen der Expertise des Spitals E.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2016), das durch die Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2019 (IV-Nr. 66) sowie Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.\_\_\_\_. Gestützt auf das Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2021 hat das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ als beweiswertig zu gelten, soweit es zum Ergebnis gelangte, der Beschwerdeführer sei spätestens seit Anfang 2018 für sämtliche seinem Bildungsniveau entsprechenden Tätigkeiten (mit Ausnahme von Nacht- und Schichtarbeiten) zu 100 % arbeitsfähig. Demgegenüber kann die rückwirkende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht ohne weiteres übernommen werden, sondern es ist diesbezüglich eine umfassende Prüfung der massgebenden Indikatoren erforderlich. Da der Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_, um seine rückwirkende Einschätzung abgeben zu können, auf die früheren, echtzeitlichen Berichte und Gutachten Bezug nehmen musste, sind auch diese in die Beurteilung einzubeziehen. 3. Nach dem bundesgerichtlichen Rückweisungsentscheid wurde den Parteien Gelegenheit geboten, sich ergänzend zu äussern. Die Beschwerdegegnerin machte von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch. Der Beschwerdeführer lässt dagegen in seiner Stellungnahme vom 6. Januar 2022 (A.S. 19 ff.) geltend machen, es seien keine Widersprüchlichkeiten ersichtlich und eine Auseinandersetzung mit den Indikatoren ergebe klar, dass ein Rentenanspruch für den Zeitraum von Juli 2013 bis März 2018 zu Recht bejaht worden sei. Da Dr. med. G.\_\_\_\_ im Zeitpunkt seiner Untersuchung die psychischen Gebrechen als weitgehend remittiert

qualifiziert habe, sei die Indikatorenprüfung anhand des Gutachtens von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2016 vorzunehmen, welches sowohl vom Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ als auch vom hiesigen Versicherungsgericht mit Urteil vom 17. Dezember 2018 in der Suva-Sache (VSBES.2018.28; vgl. E. I. 1.3 hiervor) als beweistauglich qualifiziert worden sei. Dr. med. F.\_\_\_\_ habe sich in ihrer psychiatrischen Beurteilung eingehend mit den Indikatoren auseinandergesetzt. Die Prüfung der Standardindikatoren ergebe, dass sich die psychischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers für den hier massgebenden Zeitpunkt eindeutig rentenrelevant auswirkten. Auch gemäss den Ausführungen von Dr. med. G.\_\_\_\_ sei ein invaliditäts- und damit rentenrelevantes temporär bestehendes psychisches Gebrechen klar zu bejahen. Die Diagnosen seien schlüssig und nachvollziehbar. Die Befunde seien für den rentenrelevanten Zeitraum ausgeprägt und wiesen einen hohen Schweregrad aus. Der Beschwerdeführer sei adäquat behandelt worden und compliant gewesen. Dennoch habe sich für den rentenrelevanten Zeitraum eine hohe Resistenz ergeben. Aufgrund des Leidensdrucks habe der Beschwerdeführer von sich aus fachärztliche Unterstützung gesucht und behalte diese bei. Er habe sowohl im privaten als auch im erwerblichen Bereich seine Aktivitäten gleichermassen reduziert. Es hätten erhebliche Komorbiditäten in Form mehrerer psychischer Leiden bestanden. Unfallkausale körperliche Schäden verunmöglichten die vollständige Aufnahme der Tätigkeit als Fensterbauer. Zum sozialen Kontext sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gemäss den Erhebungen von Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht länger unter Leuten sein könne. Er fühle sich unter Leuten nach kurzer Zeit unwohl und gelangweilt. Er leide unter Schlaf- und Konzentrationsproblemen und unter einer Vergesslichkeit. Auch wenn er sich bei seiner Frau und seinen Kindern aufhalte, fühle er sich nach 10 Minuten nicht mehr gut. Er verspüre einen inneren Druck und fühle sich erst besser, wenn er seinen Psychiater aufsuche und sich mit ihm unterhalte. Er könne sich nicht auf die Arbeit konzentrieren und höchstens zwei, drei oder vier Stunden arbeiten. Während seiner Tätigkeit leide er unter einer Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen, weshalb am Arbeitsplatz kleinere Unfälle aufgetreten seien. Nicht korrekt sei, dass der Beschwerdeführer in Bezug auf den Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» Ressourcen aufweise. Der Beschwerdeführer sei nicht durchgehend zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Er habe zwar die eigene Unternehmung fortführen können, aber nie mehr als 40 % gearbeitet. Er habe aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr im gewohnten Pensum und schon gar nicht als Fenstermonteur arbeiten können. Deswegen sei er gezwungen gewesen, weiteres Personal einzustellen. Im Übrigen habe er nach dem Unfall auch massive Erwerbseinbussen hinnehmen müssen. Es verhalte sich nicht so, dass er einfach ohne Einbussen sein Geschäft weitergeführt oder sogar ausgebaut hätte. Die Einbussen seien bedingt durch den Ausfall des Beschwerdeführers beträchtlich gewesen und ausgewiesen. Bei der Tatsache, dass der Beschwerdeführer eine Ehe geschlossen habe und Vater von zwei Kindern geworden sei, habe es sich im hier zu beurteilenden Zeitraum nicht um positive Ressourcen, sondern um eine belastende psychosoziale Situation gehandelt. Dies habe Dr. med. B.\_\_\_\_ bereits im Rahmen seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 19. Juni 2012 festgehalten, was auch sowohl von Dr. med. F.\_\_\_\_ als auch von Dr. med. G.\_\_\_\_ so bestätigt worden sei. Der Beschwerdeführer habe sich mit einer Scheidung konfrontiert gesehen und habe die neue Ehefrau zuerst nicht zu sich in die Schweiz holen können. Es habe eindeutig ein sozialer Rückzug bestanden. In der Tatsache, dass der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Restarbeitsfähigkeit einer Tätigkeit nachgegangen sei, könne keine Inkonsistenz erblickt werden. Zusammenfassend zeige die Indikatorenprüfung, dass die Indikatoren nach Massgabe der bundesgerichtlichen

Rechtsprechung für den Prozessthema bildenden Zeitraum bis Ende März 2018 als erfüllt zu betrachten seien und der Beschwerdeführer damit Anspruch auf eine befristete Invalidenrente habe. Was die postulierte Verbesserung der psychischen Situation gemäss dem Bericht von Dr. med. D. \_\_\_ vom 22. Juni 2015 betreffe, verhalte es sich so, dass Dr. med. G. \_\_\_ lediglich festgehalten habe, dass es in Bezug auf die depressive Symptomatik zu einer Verbesserung gekommen sei. Gleichzeitig halte er aber eben auch fest, dass es dann bereits im Oktober 2015 zu einer Retraumatisierung im Rahmen des Brandunfalles gekommen sei. Demnach sei denn auch nicht zu beanstanden, dass das hiesige Versicherungsgericht nicht auf den Bericht von Dr. med. D. \_\_\_ vom 22. Juni 2015 abgestellt habe. Das Gericht habe sich sodann in seinem Urteil vom 19. April 2021 mit der abweichenden Arbeitsfähigkeitseinschätzung des Spitals E. \_\_\_ vom 6. Juli 2016 befasst. Es sei ausgeführt worden, dass die geringe Abweichung in der Bezifferung der Arbeitsunfähigkeit (50 % anstatt 60 %) im Rahmen des gutachterlichen Ermessens zu interpretieren sei und die Plausibilität der rückwirkenden Einschätzung durch Dr. med. G. \_\_\_ nicht in Frage zu stellen vermöge. Die Annahme des Gerichts, wonach bis anfangs 2018 von einer 50%igen Einschränkung ausgegangen worden sei, sei korrekt. Gemäss dem Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_ sei die gesundheitliche Verbesserung erst ab Anfang des Jahres 2018 ausgewiesen. Die Beschwerdegegnerin habe für die Zeit zuvor den Nachweis einer rentenrelevanten gesundheitlichen Verbesserung nicht erbracht, weshalb es bis Anfang 2018 beim bisherigen Rechtszustand bleibe. Anhand der massgebenden Aktenlage sei der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Invalidenrente für den Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis 31. März 2018 zu bejahen.

4. Die Aktenlage präsentiert sich, bezogen auf die hier im Mittelpunkt stehenden psychiatrischen Aspekte, im Wesentlichen wie folgt:

4.1 Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. April 2012 (IV-Nr. 60.252) gab der Beschwerdeführer an, er habe Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, leide unter Vergesslichkeit und Nackenschmerzen bei Kopfdrehungen sowie unter Schmerzen am linken Ellenbogen. Mehr als eine halbe Stunde könne er nicht stehen. Beim Aufstehen habe er Schwindelanfälle. Beim Bücken habe er Rückenschmerzen und beim Treppensteigen seit einigen Tagen Schmerzen an den Knien. Er habe Angstzustände und sei unglücklich (S. 4 f.). Die Kreisärztin Dr. med. I. \_\_\_, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, erhob einen weitgehend unauffälligen Befund. Sie stellte folgende Diagnosen: Status nach Verkehrsunfall am 29. August 2011 (als Fussgänger von Lastwagen auf der Autobahn mitgerissen) mit: – Beschränkung ROM-Ellenbogen links – Coronoidfraktur – Luxation – Bursa olecrani beidseits – Posttraumatischer Plexus-Läsion – HWS-Contusion – Schulterkontusion rechts – Commotio cerebri Anlässlich der Untersuchung zeige sich eine stark angeschlagene Persönlichkeit. Der Beschwerdeführer habe am linken Ellenbogen nur eine leichte Bewegungseinschränkung. Aktuell werde kein akuter, vor allem kein neurologischer Handlungsbedarf gesehen. Wahrscheinlich liege eine periphere Nervenproblematik lokal links am Unterarm vor. Es werde im psychiatrisch-psychologischen Bereich eine Abklärung bezüglich der psychosomatischen Beschwerden als notwendig gesehen (S. 8). Die Schmerzen am linken Oberkörper seien angesichts des erlittenen Traumas gut nachvollziehbar. Die Bewegungseinschränkung am Ellenbogen sei verbesserbar. Die anderen geklagten Beschwerden beträfen ein unspezifisches Schmerzsyndrom und seien auf somatischer Ebene abgeklärt worden. Im traumatologischen Bereich zeige sich kein objektivierbarer Befund. Strukturell objektivierbare Unfallfolgen des Schädels bezüglich der Beschwerden fehlten, die Halswirbelsäule sei klinisch völlig blande ohne neurologische

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

4.2 Dr. med. B. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und Konsiliarpsychiater der Suva, untersuchte den Beschwerdeführer am 19. Juni 2012. Laut dem entsprechenden Bericht vom 20. Juni 2012 (IV-Nr. 12.2 S. 123 ff.; 60.243) erklärte der Beschwerdeführer, er sei vergesslich und habe Ängste. Wenn er die Augen schliesse, sehe er Lastwagen auf sich zu fahren. Seit dem Unfall sei er nervös und gereizt, er werde schnell verbal aggressiv. 1996 oder 1997 habe er eine psychische Krise gehabt und sterben wollen. Er habe Tabletten genommen und sei dann einige Tage im Spital und in der psychiatrischen Klinik gewesen. Aus heutiger Sicht sei das für ihn grundlos gewesen. Nun gehe er seit zwei Monaten wieder zum Psychiater, alle zwei Wochen eine Stunde. Er kenne die Namen der verordneten Medikamente nicht. Dr. med. B. \_\_\_\_, stellte die folgenden Diagnosen (S. 10): 1. Psychotraumatologische Symptomatik – DD: Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) – oder sonstige Reaktion auf schwere Belastung mit psychotraumatologischen Symptomen (ICD-10 F43.8) 2. Rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) Aufgrund der Schilderungen sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer vor 14 Jahren eine depressive Krise erlitten habe. Diese scheine remittiert zu sein. Bezüglich des Unfallereignisses, an das sich der Beschwerdeführer nicht erinnere, könnte differentialdiagnostisch eine akute Belastungsreaktion vorgelegen haben. Bei den Ereignissen, die ihn nachts überfielen, könnte es sich differentialdiagnostisch um Intrusionen handeln. Der Beschwerdeführer schildere, dass diese Bilder bereits vier Tage nach dem Unfall aufgetreten seien. Es persistiere auch heute noch eine psychotraumatologische Symptomatik. Der Beschwerdeführer habe Träume über den Unfall. Er fühle sich auch in Angstsituationen hineinversetzt. Es zeige sich ein diskretes Vermeidungsverhalten und der Beschwerdeführer habe Symptome einer erhöhten psychischen Sensibilität und Erregung, leide unter Ein- und Durchschlafstörungen, erhöhter Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Hypervigilanz. Der Umstand, auf der Autobahn auf die Fahrbahn geschleudert zu werden, könne als kurzdauerndes Ereignis aussergewöhnlicher Bedrohung interpretiert werden. Auf der anderen Seite bestehe beim Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Status nach einer depressiven Episode vor etwa 14 Jahren. Aktuell zeige er mittelschwere depressive Symptome. Er sei mimisch deutlich depressiv moduliert, mit eingeschränkter Schwingungsfähigkeit. Er klage über einen ausgeprägten Antriebsverlust und gesteigerte Ermüdbarkeit, zeige einen sozialen Rückzug und beklage Konzentrationsstörungen. Es gebe einen grossen Überlappungsbereich der Symptome der psychotraumatologischen Symptomatik und der Depression. Dafür, dass die psychotraumatologische Symptomatik im Vordergrund stehe, spreche der fluktuierende Verlauf. Trotz der Symptomatik sei der Beschwerdeführer immer wieder in die Türkei gegangen und habe seine zweite Ehe geschlossen. Das Weggehen in die Türkei könnte auch einem Vermeidungsverhalten entsprechen. Die offenen Fragen bezüglich Compliance – der Beschwerdeführer hatte mehrere Termine im Spital J. \_\_\_\_ nicht wahrgenommen, auch weil er sich teilweise in der Türkei aufgehalten hatte – könnten ausserdem auch im Rahmen der Persönlichkeit des Beschwerdeführers diskutiert werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die ärztliche Behandlung indiziert. Eine psychiatrische und

psychotherapeutische Behandlung sei notwendig. Allenfalls könnte eine spezifische traumazentrierte Psychotherapie diskutiert werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der eigenen Untersuchung zu mindestens 50 % eingeschränkt. Die vom Beschwerdeführer gemachte Angabe, dass er in einem 50%-Pensum zu circa 30 % leistungsfähig sei, sei nachvollziehbar. 4.3 Im Protokoll des Intake-Gesprächs vom 4. März 2013 (IV-Nr. 11) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei selbstständig erwerbend. Dem durch die Beschwerdegegnerin eingeholten Handelsregisterauszug (IV-Nr. 11 S. 5 f.) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit [...] 2010 alleiniger Gesellschafter und Geschäftsführer der [...] 2009 gegründeten Firma K.\_\_\_\_ GmbH ist. Zweck der Firma ist die Ausführung von Fenstermontagen (vgl. IV-Nr. 11 S. 5 f.). Im Intake-Protokoll wird weiter festgehalten, der Beschwerdeführer sei vom 29. August 2011 bis 4. März 2012 zu 100 % und vom 5. März 2012 bis auf weiteres zu 50 % arbeitsunfähig. Er habe keinen Beruf erlernt. Das Pensum ohne Gesundheitsschaden würde 100 % betragen. Am 29. August 2011 habe er auf der Autobahn mit seinem Fahrzeug eine Panne gehabt. Als er das Warndreieck aufgestellt gehabt habe und zurück zum Auto gelaufen sei, sei er offenbar am linken Ellenbogen von einem LKW erfasst und zu Boden geschleudert worden. An das Ereignis könne er sich nicht mehr erinnern. Aktuell würden ihn am meisten die Ellenbogen- und Armbeschwerden, wie auch die psychische Verfassung an der Ausübung seiner Tätigkeit hindern. Die Schlafstörungen (intensive Träume) beeinträchtigten seine Konzentration. Er habe auch Mühe beim Leiternsteigen und an die Decke schauen. Dabei werde es ihm schwindlig und er fühle sich unsicher. Er gehe regelmässig in die Psychotherapie (bis zweimal im Monat), die Physiotherapie sei abgeschlossen worden. Ansonsten bestünden keine weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Er nehme folgende Medikamente ein: Olfen, Lexotanil und Ciprallex. Der Beschwerdeführer mache einen psychisch angeschlagenen Eindruck, die sprachlichen Ressourcen seien begrenzt. Der Beschwerdeführer möchte sein Geschäft nicht aufgeben, seine berufliche Entwicklung habe seit dem Unfall keinen anderen Verlauf genommen. Er übe seine angestammte Tätigkeit sehr gerne aus und die Auftragslage sei gut. 4.4 Ab 15. Mai 2012 befand sich der Beschwerdeführer in ambulanter Behandlung bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Dieser stellte im Arztbericht vom 22. Juni 2015 (IV-Nr. 19) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Rezidivierende depressive Störung, leicht- bis mittelgradige Episode ICD-10 F33.1 auf der Basis einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1, bestehend seit dem Unfallgeschehen vom 28. September 2011 [recte: 29. August 2011] Die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit habe vom 15. Mai 2012 bis Ende April 2013 50 % betragen, im Anschluss bestehe bisher eine 30 – 40%ige Leistungsminderung bei 8.5-stündiger Präsenzzeit. Der Gesundheitszustand sei stationär bis besserungsfähig. Bei der klinischen Untersuchung bestehe eine rasche Erschöpfbarkeit, Ablenkbarkeit im Sinne von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen. Es bestehe auch eine gewisse Verlangsamung. Es bestünden anhaltende negativistische, pessimistische Zukunftsvorstellungen, und es würden Ängste geäussert, insbesondere auf der Autobahn, wenn ein Lastwagen sich nähere oder überholt werden müsse. Es bestehe eine gewisse Antriebsminderung, jedoch kein Morgentief. Affektiv wirke der Beschwerdeführer depressiv. Die affektive Modulationsfähigkeit sei reduziert, die Psychomotorik etwas verlangsamt, aber mehrheitlich unauffällig. Ein gewisser Interessenverlust sei vorliegend und es bestehe eine Minderung der Freudfähigkeit. Aufgrund der depressiven Symptomatologie, der beschriebenen Verlangsamung und auch der vorliegenden

Antriebsminderung bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit wäre aus rein versicherungspsychiatrischer Sicht mit Einschränkungen zumutbar, wobei der Beschwerdeführer aufgrund der somatischen Beschwerden vieles nicht durchführen könne. Dies aus psychiatrischer Sicht während 8.5 Stunden täglich. Es bestehe eine 30 – 40%ige Minderung der Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit könne am bisherigen Arbeitsplatz nur durch medizinische Massnahmen verbessert werden: Weiterführung der psychiatrischen und psychotherapeutischen sowie Durchführung medikamentöser Behandlung. Im Verlauf könne eine gewisse weitere Verbesserung des psychischen Zustandsbildes erreicht werden. Insbesondere werde eine weitere Abnahme der depressiven Symptomatologie erhofft. Dem Beschwerdeführer seien aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich angepasste somatische Tätigkeiten zumutbar, wobei auch berücksichtigt werden müsse, dass der Beschwerdeführer als selbstständig erwerbende Person in seiner eigenen Firma tätig sei und in diesem Zusammenhang eine Veränderung auch aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich nicht empfohlen werde, weil dadurch eine weitere Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes zu erwarten wäre.

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

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

4.6.1 Im neurologischen Teilgutachten vom 11. Mai 2016 (IV-Nr. 24.15) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 6): – Hypästhesie im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris links – Episodischer Spannungskopfschmerz – Orthostatisch bedingter, unsystematischer Schwindel Es fänden sich keine Folgen der Commotio cerebri mehr. Auf neurologischem Fachgebiet sei der Beschwerdeführer durch den orthostatischen Schwindel in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Er könne nicht auf Leitern oder Gerüsten arbeiten. Dabei sei weniger der Schwindel selbst das Problem – er klinge nach Angabe des Beschwerdeführers innerhalb von Sekunden ab, wenn er vom Liegen ins Stehen gewechselt habe, oder wenn er langes Stehen vermeide. Im Vordergrund stehe die Angst vor dem plötzlichen Auftreten des Schwindels und der damit verbundenen Gefahr des Unfalls. Ausserdem sollte der orthostatische Schwindel mit zunehmender körperlicher Tätigkeit, wie sie mit der Arbeit als Fenstermonteur verbunden sei, abklingen und verschwinden. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit durch den orthostatischen Schwindel sei als leicht zu bezeichnen. Die Gefühlsstörung an den Fingern IV und V der linken Hand und der angrenzenden Handfläche sei gering ausgeprägt und bedinge keine Arbeitsunfähigkeit. Die episodischen Spannungskopfschmerzen stünden im Zusammenhang mit den

psychiatrischen Folgen des Unfalls. Zusammenfassend bedingten die Gesundheitsschäden auf neurologischem Fachgebiet höchstens eine minimale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Fenstermonteur und als Geschäftsführer (S. 7 f.). 4.6.2 Im orthopädischen Teilgutachten vom 17. Mai 2016 (IV-Nr. 24.23) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 10 f.): Status nach Verkehrsunfall am 29. August 2011 mit – Commotio cerebri – HWS-Distorsion mit Restitutio ad integrum – Abscherfraktur Processus coronoideus ulnae links mit persistierendem schmerzhaftem geringem Extensionsdefizit – Läsion N. ulnaris links mit persistierender Hypästhesie Dig. IV und V links – Flankenkontusion rechts – RQW parietal rechts Aus orthopädischer Sicht bestehe unter Berücksichtigung der Arbeitsplatzbeschreibung durch den Unfallversicherer C.\_\_\_\_ / Jobprofil vom 31. Oktober 2012 (vgl. IV-Nr. 12.2 S. 73) eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in leistungsmässiger Hinsicht. Es bestehe keine Einschränkung in zeitlicher Hinsicht. Schmerzbedingt seien Arbeiten mit Maximalbelastungen nicht mehr durchführbar. Bezüglich der Ellenbogenbeweglichkeit links bestehe nur eine diskrete Einschränkung der Extension von 15°, welche im Alltag nicht relevant sei. Aus orthopädischer Sicht bestehe bei der Tätigkeit als Geschäftsführer eine Arbeitsunfähigkeit von 0 %. Es bestehe aus orthopädischer Sicht keine zusätzliche Leistungseinschränkung in Folge vermehrter Pausen oder eines verminderten Arbeitstempos. Bei ideal leidensadaptierter Tätigkeit mit Vermeiden von Ellenbogenbewegungen links mit Maximalbelastung und repetitiven endgradigen Bewegungen bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % in unfallbedingter organischer Hinsicht. Die ideal leidensadaptierte Tätigkeit müsste wie folgt ausgestaltet sein: Es seien leichtere handwerkliche Tätigkeiten durchführbar. Zu vermeiden seien Maximalbelastungen bzw. repetitive Belastungen mit Heben und Tragen von Gewichten über 5 kg sowie auch repetitive endgradige Bewegungen des linken Ellenbogens. Es bestehe diesbezüglich keine zusätzliche Leistungseinschränkung, aus orthopädischer Sicht seien keine vermehrten Pausen oder ein vermindertes Arbeitstempo notwendig (S. 14 f.). 4.6.3 Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 18. Mai 2016 (IV-Nr. 24.19) wurde festgehalten, dass sich beim Beschwerdeführer testpsychologisch leichte bis mittelschwere Beeinträchtigungen im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen mit weit reduzierter Aufmerksamkeitsaktivierung (Antriebsminderung), ausgeprägter Verlangsamung und reduzierter Belastbarkeit fänden. Bei komplexeren Aufmerksamkeitsanforderungen (selektiver und geteilter Aufmerksamkeit) sinke die Fehlerkontrolle erheblich. Die Lern- und Gedächtnisfunktionen seien anhand einer visuellen, non-sprachlichen Aufgabe überprüft worden. Dabei habe sich eine insgesamt deutlich verminderte Lern- und Abrufleistung ohne zu erwartenden Lernzuwachs bei den einzelnen Durchgängen gezeigt. Die orientierende Beurteilung des vorbestehenden allgemeinen intellektuellen Leistungsvermögens verweise auf ein unterdurchschnittliches prämorbidem Niveau (gemäss westlichen kulturellen Standards). Zur Beurteilung einer möglichen negativen Antwortverzerrung während der Testuntersuchung im Sinne einer bewussten oder unbewussten Symptomverdeutlichung seien verschiedene Verfahren durchgeführt und testimmanente Indikatoren (embedded factors) geprüft worden. Dabei hätten sich leichte Inkonsistenzen ergeben, die jedoch gesamthaft keine ausreichenden Hinweise auf eine bewusste oder unbewusste Symptomverdeutlichung darstellten. Für die neuropsychologische Beurteilung der kognitiven Leistungen müsse ebenfalls berücksichtigt werden, dass die angewandten Testverfahren nicht für den kulturellen Hintergrund des Beschwerdeführers normiert seien. Diesbezüglich sei auch auf die Durchführung von

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

4.6.4 Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in ihrem psychiatrischen Teilgutachten vom 5. Juli 2016 (IV-Nr. 24.24) folgende Diagnosen fest (S. 33): – Chronische mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) – Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) Aus polydisziplinärer Sicht bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Aufgrund der unfallbedingten psychischen Beeinträchtigungen (posttraumatische Belastungsstörung und Depression) in Kombination mit einer psychosomatischen Beeinträchtigung (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren), die bei Belastung zu einer Schmerzverstärkung führten, sei die Tätigkeit als Fenstermonteur nicht mehr zumutbar (S. 35). Als Geschäftsführer bestehe aufgrund der kognitiven Einschränkungen eine zeitlich und leistungsmässige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 %. Eine zusätzliche Einschränkung der Restarbeitsfähigkeit in einer nicht-körperlichen Tätigkeit werde nicht gesehen. Eine leidensadaptierte Tätigkeit bestünde in einer allenfalls körperlich leichten handwerklichen, arbeitsvorbereitenden oder schwere Arbeiten vorbereitenden Tätigkeit, z.B. Auspacken von Baustoffen, Entfernung von Füll- und Dichtungsstoffen, Abschneiden von Schaumresten, Feinkalibrierung von mechanischen Bauelementen im Fensterbau in einem Pensum von 50 %. In einer derartigen leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine Einschränkung der Arbeitseffizienz aufgrund schmerzbedingt verminderten Arbeitstempos und vermehrten Pausenbedarfs bei körperlichem Einsatz von etwa 10 % (S. 35 f.). Die Gesamtarbeitsfähigkeit, sei sie nun im Haushalt angewandt, oder im Erwerbsleben, werde seit etwa einem Jahr verbessert auf das heutige Niveau geschätzt. Der genaue Beginn dieser Verbesserung erschliesse sich aus den vorhandenen Unterlagen nicht. Zuvor seien die kognitive Leistungsfähigkeit und Depressivität sowie die Beeinträchtigung durch Schlafstörungen und Vermeidungssymptome ausgeprägter gewesen. In Bezug auf die

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

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

4.7 Dr. med. K.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Gutachterstelle N.\_\_\_\_, hielt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 4. Februar 2019 (IV-Nr. 66) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 13 f.): 1. Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, gegenwärtig vollständig remittiert (ICD-10 F43.21) 2. Posttraumatische Belastungsstörung, gegenwärtig weitgehend remittiert (ICD-10 F45.1) 3. Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.25)

Der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen (angestammten) Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Seit dem Unfall vom 29. August 2011 bis mindestens Mitte 2016 könne aus psychiatrischer Sicht von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Ab Mitte 2016 könne die Arbeitsfähigkeit mit bestem Wissen und Gewissen nicht beurteilt werden. Mit grosser Wahrscheinlichkeit bestehe aber beim Beschwerdeführer auf psychiatrischem Fachgebiet seit spätestens Anfang 2018 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsfähig für sämtliche Tätigkeiten, dem Bildungsniveau entsprechend. Aufgrund der geklagten Schlafstörungen seien Nacht- und Schichtarbeiten nicht geeignet (S. 15 f.). Die etablierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei eindeutig fachgerecht durchgeführt worden und habe zu einer vollständigen Rückbildung der depressiven Symptomatik sowie zu einer weitgehenden Rückbildung der posttraumatischen Belastungsstörung geführt. Dem Beschwerdeführer könnten eine Optimierung der schlaffördernden Medikation sowie eine regelmässige Einnahme der ärztlich verordneten antidepressiven Medikation empfohlen werden. Unter den vorgeschlagenen therapeutischen Massnahmen sei von der Erhaltung einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die therapeutischen Massnahmen sollten zu einer Verbesserung der Lebensqualität des Beschwerdeführers und zur Erhaltung einer

Arbeitsfähigkeit führen, womit sie ihm medizinisch absolut zuzumuten seien. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall sei ausschliesslich auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen. Beim Beschwerdeführer könne von einer sicherlich überdurchschnittlichen Intelligenz, ausreichenden Sprachkenntnissen und von sehr guten sozialen Fertigkeiten ausgegangen werden. Ein sehr intaktes Familiennetz, die Fahrtauglichkeit und der ersichtliche Wunsch nach Autarkie, seien ebenfalls als wichtige Ressourcen zu betrachten (S. 17). 4.8 Dr. med. J.\_\_\_\_, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 20. Februar 2019 (IV-Nr. 68 S. 2) fest, das Gutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_ sei nachvollziehbar, schlüssig und klar formuliert sowie versicherungsmedizinisch gut begründet. Wichtig zu betonen sei zudem, dass – wie in Punkt 10.6 bemerkt –, der Beschwerdeführer sich subjektiv in keiner Weise beeinträchtigt fühle, auch die Nichteinnahme der antidepressiven Medikation könne als ein Hinweis eines nicht vorhandenen Leidensdruckes des Beschwerdeführers gesehen werden. Es bestehe für jede Tätigkeit spätestens ab Januar 2018 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Von August 2011 bis Juni 2016 habe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Von Juli 2016 bis Dezember 2017 gemäss bekannten Arbeitsunfähigkeits-Beurteilungen (hätten weder durch den RAD noch den GA beurteilt werden können).

#### **E. 5**

März 2012 nahm er die Arbeit mit einem Pensum von 50 % wieder auf, wobei die Leistung gemäss seinen Angaben bloss 30 % betrug. Ein ärztlicher Termin vom 3. November 2011 musste ausfallen, weil sich der Beschwerdeführer in die Türkei begeben hatte. Im November 2011 heiratete er seine zweite Ehefrau. Auch zwei weitere Arzttermine konnten nicht stattfinden, weil der Beschwerdeführer in der Türkei gewohnt habe (vgl. Gutachten Dr. med. B.\_\_\_\_, IV-Nr. 60.243 S. 3, mit Hinweis auf die Krankengeschichte des Spitals J.\_\_\_\_). In der Folge konnte die Ehefrau in die Schweiz einreisen; in den Jahren 2012 und 2015 brachte sie die beiden Kinder zur Welt. Der Beschwerdeführer konnte seine Firma weiterführen: Gemäss den Ausführungen in der Beschwerdeschrift vom 29. Mai 2020, S. 17 (Dossier VSBES.2020.117 A.S. 25), war er vor dem Unfall quasi in einer Einmann-GmbH tätig. Anlässlich einer Besprechung bei der Suva vom 31. Oktober 2012 führte er aus, vor dem Unfall seien er (zu 100 %) und seine Tochter O.\_\_\_\_ (bei Bedarf) bei der Firma K.\_\_\_\_ GmbH angestellt gewesen. Die Tochter habe ihm teilweise auf den Baustellen und auch im Büro geholfen. Nach dem Unfall habe er inzwischen seinen Bruder (zu 80 %) und einen weiteren Angestellten (zu 50 %) anstellen müssen. Die administrativen Arbeiten mache er selbst in seiner Freizeit, teilweise helfe ihm die älteste Tochter, zusätzlich habe er einen externen Buchhalter (IV-Nr. 7.110 S. 3; 60.219). Bei einer weiteren Besprechung mit der Suva vom 24. Juni 2014 erklärte der Beschwerdeführer, er habe inzwischen vier Mitarbeiter (zwei à 100 % und zwei à 50 %, inkl. Bruder und Tochter), mit ihm zusammen seien es fünf, vor dem Unfall seien lediglich er zu 100 % und die Tochter zu 50 % angestellt gewesen. Er habe jeweils nach der Arbeit auf der Baustelle zu Hause noch gewisse administrative Arbeiten erledigt, also nicht in seiner eigentlichen Freizeit (IV-Nr. 60.133). Gegenüber dem Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ legte der Beschwerdeführer dar, er habe 1997 oder 1998 erstmals eine Firma im Bereich Fenstermontage gegründet. In der Folge habe er das Geschäft zweimal schliessen müssen, aber wieder eröffnet, bis er als Firmenleiter genug Erfahrung gesammelt habe. Es sei immer genug Arbeit vorhanden gewesen. Zu Beginn habe er die Buchhaltung nicht handhaben und mit dem Geld nicht umgehen können. Seit 2009 (in diesem Jahr wurde die K.\_\_\_\_ GmbH gegründet) sei er mit dem Geschäftsgang sehr zufrieden. Er beschäftige fünf, im Sommer bis zehn Angestellte. Er wisse, wie er die Firma

leiten müsse, und habe in letzter Zeit unter keinen finanziellen Problemen gelitten. Auch verfüge er über genügend Aufträge (IV-Nr. 66 S. 9).

8.2 Der Beschwerdeführer war nach dem Gesagten in der Lage, seine Firma, die erst relativ kurze Zeit vor dem Unfall gegründet und im Oktober 2010 durch ihn übernommen worden war, nicht nur weiterzuführen, sondern sogar zu erweitern, und dies mit einem wirtschaftlichen Erfolg, den er zuvor nicht erreicht hatte (die frühere, erste eigene Firma des Beschwerdeführers war 2008 Konkurs gegangen, vgl. Untersuchungsbericht Dr. med. B.\_\_\_\_, IV-Nr. 60.243, S. 5). Auch im privaten Rahmen gelang es ihm, seine Aufgaben wahrzunehmen, sowohl gegenüber den drei Kindern aus erster Ehe als auch innerhalb der 2011 geschlossenen zweiten Ehe mit den beiden 2012 und 2015 geborenen Kindern. Zu den fünf in der Schweiz lebenden Geschwistern besteht ebenfalls ein gutes Verhältnis (vgl. E. II. 7.5). Sämtliche objektivierbaren Umstände deuten demnach auf ein weitgehend ungeschmäleretes Aktivitätsniveau und Leistungsvermögen hin. Dieses lässt sich kaum mit der Annahme einer erheblichen erwerblichen Einschränkung vereinbaren. Daran ändern auch die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Beeinträchtigungen nichts, denn sie standen der dokumentierten Aufgabenerfüllung weder im privaten noch im erwerblichen Bereich entgegen. Die psychiatrische Behandlung wurde über Jahre hinweg in einem Rhythmus von zwei Wochen durchgeführt und war erfolgreich.

9. Im Rahmen einer Gesamtbetrachtung ergibt sich, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 29. August 2011 eine psychische Symptomatik entwickelte, welche gestützt auf die Beurteilung des Gutachters Dr. med. G.\_\_\_\_ als Anpassungsstörung zu interpretieren ist, welche neben dem Unfall auch durch die schwierige psychosoziale Situation (Eheschliessung im November 2011, wobei die Ehefrau während der folgenden Monate noch in der Türkei wohnte; kurz darauf Schwangerschaft der Ehefrau und Geburt der Tochter im September 2012) befördert wurde. Im weiteren Verlauf ging diese Anpassungsstörung in eine depressive Episode über, wobei laut der beweismässigen Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ in psychodynamischer Hinsicht nicht eine eigenständige und selbstunterhaltende depressive Störung vorlag, sondern weiterhin von einer protrahierten Anpassungsstörung auszugehen war. Zudem entwickelten sich nach dem Unfall weitere Symptome, welche eher einer posttraumatischen Belastungsstörung zuzuordnen wären, wobei diese Diagnose anhand der Kriterien gemäss ICD-10 nicht gestellt werden kann. Die Ausprägung der Symptome war zunächst mittelschwer, reduzierte sich aber durch die Therapie bei Dr. med. D.\_\_\_\_ bis Ende April 2013 auf ein leichtes bis mittelschweres Mass. Im Oktober 2015 kam es aufgrund eines Brandunfalls zu einer vorübergehenden Verschlechterung, welche im Rahmen der fortgeführten Behandlung jedoch wieder behoben werden konnte. In der Folge wurde wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht. Die berufliche Eingliederung wurde schon kurz nach dem Unfall durch den Beschwerdeführer selbst realisiert, dem es gelang, seine noch junge Firma erfolgreich weiterzuführen und zu erweitern. Auch die vorübergehende Verschlechterung durch den Brandunfall im Oktober 2015 führte diesbezüglich zu keiner markanten Veränderung. Die Persönlichkeit des Beschwerdeführers enthält keine Merkmale, welche einer Verbesserung entgegenstünden, sondern versetzte ihn schon in der Vergangenheit in die Lage, Schwierigkeiten zu bewältigen. Auch der soziale Kontext weist mit einer sehr guten familiären Situation positive Ressourcen auf. Die berufliche und private Entwicklung nach dem Unfall lässt auch unter dem Aspekt der Konsistenz nicht auf eine erhebliche Beeinträchtigung schliessen. Vor diesem Hintergrund kann ■ abweichend vom Urteil des

Versicherungsgerichts vom 19. April 2021 ■ nicht gesagt werden, die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage seien anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (vgl. BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Eine psychisch begründete Invalidität ist daher auch für die Zeit von Juli 2013 bis März 2018 nicht ausgewiesen. Die somatischen Beeinträchtigungen begründen, wie schon in den früheren Urteilen des Versicherungsgerichts festgestellt wurde, keinen IV-rechtlichen Rentenanspruch. Die Beschwerde vom 29. Mai 2020 gegen die Verfügung vom 5. Mai 2020 ist daher abzuweisen.

## **E. 10**

10.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens sind dessen Kosten von CHF 600.00 dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Nachdem im Verfahren VSBES.2020.117 am 18. Januar 2024 bereits ein Teil des Kostenvorschusses im Betrag von CHF 300.00 dem Beschwerdeführer rückerstattet wurde, hat er nach Verrechnung mit dem noch vorhandenen Kostenvorschuss von CHF 300.00 den Restbetrag von CHF 300.00 (E. II. 15.2) zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Vizepräsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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