

SO_GERICHTE VSBES.2021.35 vom 28. März 2023

SO Obergericht, 2023-03-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.35_d20230328

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.35 du 28 mars 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.35 del 28 marzo 2023

Regeste

berufliche Massnahmen und Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Mit Verfügung vom 19. September 2000 (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 3) sprach die IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) dem 1984 geborenen A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) aufgrund hyperkinetischer Störung des Sozialverhaltens sowie depressiver Fehlentwicklung (vgl. IV-Nr. 2) medizinische Massnahmen zu. Diese wurden in der Folge bis zum 31. August 2003 verlängert (IV-Nr. 5). Am 7. April 2008 (IV-Nr. 10) und am 6. März 2014 (IV-Nr. 16) leistete die Beschwerdegegnerin zudem Kostengutsprache für orthopädische Schuhe.

1.2 Am 31. August 2016 meldete sich der Beschwerdeführer unter Hinweis auf lumbale Diskushernien und Status nach Operation und Fussdeformitäten bei der Beschwerdegegnerin zur Früherfassung an (IV-Nr. 19). Nach dem Früherfassungsgespräch vom 20. September 2016 (IV-Nr. 22) meldete sich der Beschwerdeführer am 22. September 2016 zum Bezug von IV-Leistungen (berufliche Integration / Rente) an (IV-Nr. 25). In der Folge nahm die Beschwerdegegnerin Abklärungen in medizinischer und beruflicher Hinsicht vor. Sie sprach dem Beschwerdeführer daraufhin Integrationsmassnahmen in Form eines Belastbarkeitstrainings vom 11. Juni 2018 bis 16. September 2018 in der B.____ zu (Mitteilung vom 20. Juni 2018, IV-Nr. 45), wobei der Beschwerdeführer in diesem Zeitraum keine nennenswerten Fortschritte erzielen konnte (siehe Schlussbericht vom 4. Oktober 2018, IV-Nr. 52). Am 14. August 2018 (IV-Nr. 48) gab die Beschwerdegegnerin dem C.____ den Auftrag für eine funktionsorientierte medizinische Abklärung (FOMA), welche ihren Bericht am 15. Oktober 2018 erstattete (IV-Nr. 53). Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin weitere medizinische Berichte ein und liess den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur medizinischen Situation des Beschwerdeführers Stellung nehmen (IV-Nr. 63). Auf Empfehlung der RAD-Ärztin Dr. med. D.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin (Stellungnahme vom 14. März 2019, IV-Nr. 69) veranlasste die Beschwerdegegnerin bei der Begutachtungsstelle E.____ (nachfolgend: E.____), [...], eine polydisziplinäre Begutachtung (Allgemeine Innere Medizin, Orthopädische Chirurgie, Psychiatrie), welche am 29. August 2019 erstattet wurde (IV-Nr. 78.1 ■ 78.6). Nach Einsichtnahme in das polydisziplinäre Gutachten kam RAD-Ärztin Dr. med. D.____ in ihrer Aktennotiz vom 17. September 2019 (IV-Nr. 80) zum Ergebnis, dass das psychiatrische Teilgutachten zahlreiche Mängel aufweise, weshalb eine erneute psychiatrische Begutachtung, ergänzt um eine neuropsychologische Begutachtung, empfohlen werde. Am 26. September 2019 wurde ein bidisziplinäres Gutachten bei Dr. med. F.____ (Psychiatrie) und bei Dr. phil. G.____ (Neuropsychologie) in Auftrag gegeben (IV-Nr. 84). Beide Gutachten wurden am 24.

Februar 2020 erstattet (IV-Nrn. 89 und 90).

1.3 Am 23. März 2020 erfolgte der Abschluss der beruflichen Massnahmen (Abschlussbericht vom 23. März 2020, IV-Nr. 92).

1.4 Am 23. März 2020 nahm RAD-Ärztin Dr. med. D.____ zu den beiden Gutachten von Dr. med. F.____ und Dr. phil. G.____ Stellung (IV-Nr. 93). Daraufhin stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 27. März 2020 (IV-Nr. 94) bei einem Invaliditätsgrad von 21 % die Ablehnung der Ansprüche auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente in Aussicht. Zu den Einwänden des Beschwerdeführers vom 23. April 2020 (IV-Nr. 95), welche am 5. Juni 2020 ergänzt wurden (IV-Nr. 98), liess die Beschwerdegegnerin RAD Ärztin Dr. med. D.____ am 24. Juli 2020 Stellung nehmen (IV-Nr. 100). Daraufhin entschied sie mit Verfügung vom 27. Januar 2021 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) im Sinne des Vorbescheids und verneinte einen Anspruch auf eine Invalidenrente und auf berufliche Massnahmen.

2. Gegen die Verfügung vom 27. Januar 2021 lässt der Beschwerdeführer am 1. März 2021 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 9 ff.):

b) Eventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer die versicherten Leistungen (berufliche Eingliederungsmassnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % zuzusprechen.

c) Subeventualiter: es seien ergänzende medizinische und beruflich-erwerbsbezogene Abklärungen durchzuführen.

3. Die Beschwerdegegnerin verzichtet mit Eingabe vom 4. Juni 2021 (A.S. 36) auf eine Beschwerdeantwort und beantragt, die Beschwerde sei abzuweisen.

4. Am 9. Juni 2021 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote zu den Akten (A.S. 38 ff.). Diese wird der Beschwerdegegnerin am 10. Juni 2021 zur Kenntnis zugestellt (A.S. 42).

E. 2

a) Die Beschwerdesache sei zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die IV-Stelle Solothurn zurück zu weisen. b) Eventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer die versicherten Leistungen (berufliche Eingliederungsmassnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % zuzusprechen. c) Subeventualiter: es seien ergänzende medizinische und beruflich-erwerbsbezogene Abklärungen durchzuführen.

E. 3

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK sowie zusätzlich eine Parteibefragung durchzuführen.

E. 4

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Die Beschwerdegegnerin verzichtet mit Eingabe vom 4. Juni 2021 (A.S. 36) auf eine Beschwerdeantwort und beantragt, die Beschwerde sei abzuweisen. 4. Am 9. Juni 2021 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote zu den Akten (A.S. 38 ff.).

Diese wird der Beschwerdegegnerin am 10. Juni 2021 zur Kenntnis zugestellt (A.S. 42).

E. 5

5.1 Mit prozessleitender Verfügung vom 24. Februar 2022 (A.S. 43 ff.) stellt das Versicherungsgericht den Parteien in Aussicht, es werde bei Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], ein psychiatrisches Gerichtsgutachten einholen. Am 30. März 2022 wird der entsprechende Auftrag erteilt (A.S. 47 ff.). Dr. med. H.____ erstattet sein Gutachten am 4. Juli 2022 (A.S. 52 ■ 68).

5.2 Die Parteien verzichten in der Folge auf eine Stellungnahme zum Gerichtsgutachten (vgl. A.S. 76). Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht am 3. Oktober 2022 eine aktualisierte Honorarnote ein (A.S. 77 ff.), welche der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 4. Oktober 2022 zur Kenntnisnahme zugestellt wird (A.S. 81).

E. 6

6.1 Mit Verfügung vom 11. Januar 2023 werden die Parteien zu der vom Beschwerdeführer beantragten öffentlichen Verhandlung vor dem Versicherungsgericht vom 28. März 2023 vorgeladen, wobei der Beschwerdegegnerin das Erscheinen freigestellt wird.

6.2 Am 28. März 2023 findet vor dem Versicherungsgericht die erwähnte öffentliche Verhandlung statt. Der Beschwerdeführer lässt Unterlagen einreichen (Sprechstundenbericht von Dr. med. I.____ vom 10. Januar 2022; Laborbefunde Urin und Serum vom 17. Juni 2022), welche vom Gericht als Urkunden 4 bis 6 zu den Akten genommen werden. Für den Ablauf der Verhandlung und die Ausführungen im Plädoyer des Vertreters des Beschwerdeführers wird auf das Protokoll verwiesen (vgl. A.S. 85 ff.).

7. Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1.

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

1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 27. Januar 2021) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach den Bestimmungen des IVG und denjenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung zu beurteilen.

2.

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

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in Kraft bis 31. Dezember 2021) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 S. 349 mit Hinweisen).

3.

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

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip

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

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

3.4 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.). Ein Abweichen ist dann angezeigt, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu ändern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.). Vom Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte ist voller Beweiswert zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann dagegen nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_336/2015 vom 25. August 2015 E. 4.3 mit Hinweisen).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin hält in ihrer Verfügung vom 27. Januar 2021 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen fest, es bestehe aus rechtlicher Sicht keine Veranlassung, von der Einschätzung des psychiatrischen Experten abzuweichen, da nicht ersichtlich sei, inwiefern sich der Administrativgutachter in seinem Bericht vom 24. Februar 2020 hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht an die normativen Vorgaben gehalten haben sollte (BGE 141 V 281). Dass die vom Bundesgericht in BGE 141 V 281 entwickelte Indikatorenprüfung anhand des Gutachtens durchführbar gewesen sei, zeige auch die RAD-Stellungnahme vom 24. Juli 2020. Dadurch, dass dem Beschwerdeführer diese RAD-Stellungnahme nicht vor Verfügungserlass unterbreitet worden sei, resultiere keine Gehörsverletzung, zumal die IV-Stelle auch in der Verfügung von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 80 % ausgehe. Nach Einschätzung des psychiatrischen Gutachters sei davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer nur ungern von seiner aktuellen Tätigkeit zu Hause und in der Betreuung seines Sohnes wegbewegen lassen dürfte, was letztlich die berufliche Eingliederung schmälern dürfte. Zudem sei nicht erkennbar, dass er sich im gutachterlich attestierten Ausmass arbeitsfähig fühle. Im Gegenteil gehe er davon aus, dass er gar nicht mehr in der Lage sei, einer Arbeit nachkommen zu können. Es sei darauf hinzuweisen, dass im polydisziplinären Gutachten von Inkonsistenzen insofern die Rede sei, als die angegebene Schmerzintensität im Fussbereich mit den objektivierbaren Befunden in der Untersuchung nicht korrelierte. Trotz intensiver Beschwerdeangaben hätten sich keine Funktionsstörungen an der Halswirbelsäule und an der linken Schulter feststellen lassen können. Auch die Befunde an den Kniegelenken seien als geringfügig eingestuft worden. Zudem habe sich eine erhebliche Diskrepanz bezüglich der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule im Sitzen und Stehen ergeben. Trotz extremer Schmerzangabe an den Füessen habe der Beschwerdeführer keinerlei Fussbettungen oder Schuhzurichtungen benutzt. Er habe zudem eine kräftige Beschwiellung der Füesse gezeigt, welche auf durchaus relevante Fussbelastungen schliessen lasse. Aus dem psychiatrischen Gutachten vom 24. Februar 2020 sei zu schliessen, dass er sich in ähnlicher Art ■ wie er das mit seinem Aggravationsverhalten im Kontext der neuropsychologischen Untersuchung gezeigt habe ■ im Rahmen der beruflichen Eingliederung bei der B.____ selbst limitiert haben könnte. Nach Auffassung der beruflichen Eingliederung könne sich der Beschwerdeführer dennoch unter bestimmten weiteren Voraussetzungen wieder für berufliche Massnahmen anmelden (vgl. Abschlussbericht vom 23. März 2020). Derzeit seien jedoch keine weiteren beruflichen Massnahmen angezeigt. Es sei rechtsprechungsgemäss entscheidend, ob der Beschwerdeführer seine absolvierte Ausbildung, durch die er offensichtlich zureichende berufliche Kenntnisse erworben habe, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ummünzen könne. Das sei der Fall, weshalb nicht von einer Frühinvalidität die Rede sein könne. Die Einleitung einer zweiten zufallsbasierten polydisziplinären Begutachtung sei nicht erforderlich gewesen, da sich gemäss RAD-Aktennotiz vom 17. September 2019 nur das psychiatrische Teilgutachten als nicht überzeugend herausgestellt habe. Dass damit eine Umgehung des Zufallsprinzips der polydisziplinären Begutachtung verbunden gewesen sei, sei unzutreffend. Dass der medizinische Sachverhalt in orthopädischer Hinsicht nicht abgeklärt worden sei, treffe ebenfalls nicht zu. Es werde auf die RAD-Stellungnahme vom 24. Juli 2020 verwiesen. Weitere Beweisvorkehren seien somit nicht angezeigt. Die Frage, ob eine medizinische Auflage gemacht werden sollte, könne unter der Annahme einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit unbeantwortet bleiben.

4.2 Dem lässt der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift vom 1. März 2021 (A.S. 9 ff.) entgegenhalten, die Beschwerdegegnerin habe vorliegend dem Beschwerdeführer erst mit der Verfügung eine Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. D.____ vom 24. Juli 2020 übermittelt, worin die Verwaltung auch erstmalig eine Indikatorenprüfung durchgeführt habe. Es liege eine (schwere) Gehörsverletzung vor, welche nicht geheilt werden könne. Weiter erweise sich die vom RAD am 24. Juli 2020 durchgeführte Indikatorenprüfung als unvollständig und von Mutmassungen gesteuert, die wiederum auf falschen Annahmen beruhten. Die anhand der beiden Gutachten und der übrigen Aktenlage vorzunehmende Indikatorenprüfung lasse eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt vielmehr nicht mehr realistisch erscheinen. In Bezug auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.____ vom 24. Februar 2020 bringt der Beschwerdeführer unter anderem vor, die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde sei jedenfalls sehr stark. So stark, dass der Beschwerdeführer nicht einmal im beschützenden Arbeitsumfeld seines Schwagers habe funktionieren können. Das Verhalten sei viel zu auffällig gewesen. Auch die anderen Arbeitsverhältnisse seien mit dem Leiden nicht in Übereinstimmung zu bringen gewesen. Dr. med. F.____ habe auch vermutet, dass der Beschwerdeführer nicht nur wegen der Klumpfüsse, sondern auch wegen seiner hyperaktiven Störung dienstuntauglich gewesen sei. Dr. med. F.____ habe auch konstatiert, dass allein schon wegen der Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung von «deutlichen quantitativen Einschränkungen» ausgegangen werden könne. Diese zu qualifizieren, sei «schwierig». Es könne davon ausgegangen werden, dass der Versicherte «unter Einhaltung der obigen Zumutbarkeit» ein 80%-Pensum mit 50%-Leistung erbringen könne. Dass der Versicherte nun, wie von der Beschwerdegegnerin behauptet, in einer (noch besser dem Zumutbarkeitsprofil angepassten) Tätigkeit plötzlich nur noch zu 20 % eingeschränkt sein solle, leuchte nun in keiner Art und Weise ein und finde im Gutachten keine Stütze. Dr. med. F.____ habe solches denn auch nie ausgeführt, sondern vielmehr einzig, dass es sein könne, bei Verhältnissen in einer geschützten Umgebung könnten «die qualitativen Einschränkungen» deutlich geringer ausfallen, vielleicht gar wegfallen. Er habe angefügt, dass es eine solche Zumutbarkeit in einer marktüblichen Tätigkeit wohl nicht gäbe. Mit anderen Worten fehle eine verbindliche Einschätzung einer 20%igen Restarbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt. Vielmehr sei gemäss Dr. med. F.____ in einer Verweistätigkeit von einer Pensenfähigkeit von 80 % mit einer um 50 % reduzierten Rendement auszugehen, mithin von einer Gesamtrestarbeitsfähigkeit von 40 %. Weiter bleibe der Beschwerdeführer bei seiner Auffassung, dass er ohne Frühinvalidität wohl eine andere berufliche Karriere eingeschlagen hätte, sodass wie gefordert das Valideneinkommen nach Art. 26 Abs. 1 IVV zu bestimmen sei. Auch an der Kritik des fehlenden Tabellenlohnabzuges halte der Beschwerdeführer fest, es sei ein Tabellenlohnabzug von 25 % zu fordern. Was die beruflichen Massnahmen betreffe, sei nicht klar, weshalb die Beschwerdegegnerin dem Versicherten solche verwehre. Immerhin gehe die IV-Stelle doch sogar selbst von einem Invaliditätsgrad in der Grössenordnung von 21 % aus, was einen Umschulungsanspruch begründe.

Anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 28. März 2023 bekräftige der Vertreter des Beschwerdeführers im Wesentlichen seine bisherigen Ausführungen und führte ergänzend aus, das Gerichtsgutachten von Dr. med. H.____ vom 4. Juli 2022 sei mangelhaft und unvollständig. Insbesondere erfasse es nicht die vom Beschwerdeführer geltend gemachten somatischen Beschwerden. Auch setze sich Dr. med. H.____ nur ungenügend mit der Schmerz- sowie der Persönlichkeitsproblematik des Beschwerdeführers auseinander.

Zudem seien zahlreiche unrichtige Feststellungen im Gutachten wiedergegeben worden. Die Angaben im Gutachten zur Suchtproblematik seien ebenfalls fehlerhaft. Es bestünden erhebliche Zweifel am psychiatrischen Gerichtsgutachten, weshalb beantragt werde, den Beschwerdeführer polydisziplinär zu begutachten (vgl. Verhandlungsprotokoll A.S. 85 ff.).

5. Es ist vorab auf das Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen, wonach eine schwere Verletzung seines rechtlichen Gehörs vorliege, da ihm die Beschwerdegegnerin die Stellungnahme von Dr. med. D. ___ vom 24. Juli 2020 nicht vor Erlass der hier angefochtenen Verfügung zur Kenntnis- und Stellungnahme unterbreitet habe.

5.1 Gemäss Art. 29 Abs. 2 Schweizerische Bundesverfassung (BV, SR 101) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung. Andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, der in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72 m.w.H.).

5.2 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung der aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 61 lit. h ATSG sowie Art. 112 Abs. 1 lit. b Bundesgesetz über das Bundesgericht (BGG, SR 173.110) abgeleiteten Prüfungs- und Begründungspflicht durch das kantonale Gericht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_393/2017 vom 20. September 2017 E. 4.2, 9C_416/2012 vom 19. November 2012 E. 4.1 m.H.) führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst grundsätzlich zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Es kommt nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für die materielle Entscheidung von Bedeutung ist, ob das vorinstanzliche Gericht oder sonst eine mitwirkende Behörde also zu einer Änderung der bisherigen Ansicht veranlasst werden oder nicht (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390, 127 V 431 E. 3d/aa S. 437 f.). Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus ■ im Sinne einer Heilung des Mangels ■ selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 136 V 117 E. 4.2.2.2 S. 126 f., 133 I 201 E. 2.2 S. 204 f., 132 V 387 E. 5.1 S. 390 je m.H.; Urteil des Bundesgerichts 9C_555/2020 vom 3. März 2021 E. 4.4.1 m.H.).

5.3 Den vorliegenden Akten lässt sich entnehmen, dass die Stellungnahme des RAD vom 24. Juli 2020 (A.S. 6 ff.) dem Beschwerdeführer erst mit Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2021 zugestellt wurde. Der Beschwerdeführer konnte somit davon erst da Kenntnis erlangen und hatte zuvor keine Gelegenheit, sich dazu zu äussern.

Da jedoch im Rahmen dieser Stellungnahme keine neuen entscheidungswesentlichen Punkte ersichtlich sind und die RAD-Ärztin Dr. med. D. ___ darin im Wesentlichen aufzeigt, dass sämtliche Indikatoren in den von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten abgebildet sind, ist höchstens von einer leichten Gehörsverletzung auszugehen. Da der Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren vor dem über eine uneingeschränkte Kognition verfügenden Versicherungsgericht zudem Gelegenheit hatte, sich umfassend zur Stellungnahme vom 24. Juli 2020 zu äussern, gilt die als leichtgradig einzustufende Verletzung seines rechtlichen Gehörs als geheilt. Eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin wäre als prozessualer Leerlauf zu qualifizieren, der das Verfahren verlängern würde, ohne dass irgendein Nutzen erkennbar wäre.

Eine Partei wäre aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile des Bundesgerichts 8C_758/2009 vom 12. Februar 2010 E. 2.3 und 2.4, 8C_714/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 6). Darüber wird in E. II. 13 hiernach zu entscheiden sein.

6. In materieller Hinsicht ist vorliegend streitig und vom Versicherungsgericht zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente mit Verfügung vom 27. Januar 2021 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant:

6.1 Dem Bericht der Klinik J. ___, vom 25. Juli 2000 (IV-Nr. 2, S. 3 f.) lassen sich die Diagnosen einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens sowie einer depressiven Fehlentwicklung entnehmen. Dr. med. K. ___, Chefarzt, führte aus, im Zusammenhang mit der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens, welche an sich eine Anmeldung wegen des Geburtsgebrechens 404 gerechtfertigt hätte, zum damaligen Zeitpunkt aber noch nicht erkannt worden sei, habe man sich zu einer Ritalin-Behandlung entschlossen und es seien gleichzeitig grobmaschig psychotherapeutische Kontakte vereinbart worden. Dieses Behandlungssetting erweise sich insofern als erfolgreich, als dass sich die schulischen Verhaltensstörungen weitgehend zurückgebildet hätten und es dem Patienten gelungen sei, eine Lehrstelle als Maler zu finden. Der Lehrer sei vorerst über die Behandlung nicht informiert gewesen und habe sich spontan verwundert über die Wandlung seines Schülers gezeigt. Er sei deutlich weniger ablenkbar, beteilige sich motivierter am Unterricht, störe nur noch wenig und zeige gute Leistungen. Auch die dissozialen Symptome des Patienten hätten sich zurückgebildet.

6.2 Dem Bericht von Dr. med. L. ___, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, an die Beschwerdegegnerin vom 28. Februar 2008 (IV-Nr. 9) lassen sich folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen:

Der Patient habe angeborene Klumpfüsse. Er sei im Verlaufe seiner Kindheit im Spital M. ___ und im Kinderspital in [...] wiederholt operiert worden, so dass ein funktionell und optisch günstiges Resultat entstanden sei. Der Patient beklage Fusschmerzen und rasche Ermüdbarkeit beim Tragen von billigen Konfektionsschuhen sowie eine erhöhte Abnützung bei der Berufsarbeit durch die verbliebene Fussfehlstellung. Es bestehe vor allem eine erhöhte Belastung auf der lateralen Fusskante bds. Der Patient sei in seinem Beruf als Maler voll arbeitsfähig. Er habe aber durch die Fehlbelastung der Füsse eine erhöhte Abnützung des Schuhwerks und müsse geeignete und stabile Konfektionsschuhe tragen können, um bei

der langen stehenden Arbeit nicht übermässige Schmerzen erdulden zu müssen.

6.3 Lic. phil. N.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, führte in ihrem Bericht vom 8. Dezember 2012 (IV-Nr. 55, S. 5 f.) aus, bis zum 9. November 2012 habe sie mit dem Versicherten insgesamt 13 Psychotherapiesitzungen abgehalten, zu denen der Patient meist pünktlich erschienen sei. Am 9. November 2012 habe der Patient am Morgen per SMS seinen Termin vom Nachmittag abgesagt. Seither habe sich der Patient nicht mehr gemeldet. Auf zahlreiche Versuche, ihn telefonisch zu erreichen bzw. mit Bitte um Rückruf habe er nicht reagiert. In dieser letzten Sitzung wäre die Anhörung der digitalen Aufnahme einer seiner Wutanfälle erfolgt. Obwohl sich der Patient mehrmals motiviert zu diesem Schritt geäussert habe, werde davon ausgegangen, dass das Anstehen dieser Konfrontation möglicherweise zum Therapieabbruch geführt habe. Bezüglich seiner Hauptproblematik sei er bis zur letzten Sitzung weiterhin so weit stabilisiert gewesen, dass es seit fast einem Jahr zu keinem Durchbruch mehr gekommen sei. Der Patient habe wiederholt die Erfahrung machen können, sich auch in Konfliktsituationen und Stimmungseinbrüchen so kontrollieren zu können, dass es nicht zu Eskalationen komme. Vereinzelt Copingstrategien wie bspw. frühzeitiger Rückzug und Tagesplanung am Wochenende hätten als Rückfallprophylaxe gedient. Demgegenüber habe die zugrunde liegende Dynamik der aggressiven Durchbrüche nicht vollständig erarbeitet werden können, aus diesem Grund gehe sie, lic. phil. N.____, trotz verbesserter Copingstrategien davon aus, dass die Problematik ■ auch auf dem Hintergrund seiner weiterhin bestehenden Dissozialität und dem Cannabisabusus ■ weiterhin bestehe und bei einer allfälligen Destabilisierung wieder auftreten könnte.

6.4 Gemäss Bericht der Klinik O.____, [...], vom 21. Juni 2013 (IV-Nr. 55, S. 130 f.), sei der Beschwerdeführer für eine überbrückende Behandlung in die Notfall- und Krisenambulanz aufgrund von aggressiven Durchbrüchen der Ehefrau gegenüber zugewiesen worden. Der Versicherte schildere aggressive Ausbrüche mit völligem Kontrollverlust von jeweils fünfzehn bis zwanzig Minuten zirka einmal wöchentlich, wobei er mit Gegenständen um sich werfe und Mobiliar zerstöre. Zudem schreie er seine Ehefrau an, am Vortag habe sie Angst vor ihm gehabt. Er wolle seine Frau nicht verlieren und habe nach diesen Ausbrüchen jedes Mal Schuldgefühle. Deshalb wolle er eine intensivere Therapie in Anspruch nehmen. Von seinem sechzehnten bis dreiundzwanzigsten Lebensjahr habe der Beschwerdeführer viele Substanzen wie LSD, Cannabis, Ecstasy und Kokain ausprobiert. In der Regel habe er am Wochenende zirka fünfzehn Joints gekiffert, auch Kokain habe er damals regelmässig eingenommen. Um das Geld dazu zu verdienen, habe er gedealt, einmal sei er sogar fast angeschossen worden, weshalb er mit dem Dealen aufgehört habe. Zudem habe er täglich eineinhalb Liter Bier und zwei Liter Wodka mit Redbull getrunken. Gegenwärtig rauche er zusammen mit seiner Ehefrau drei Joints täglich, Alkohol trinke er gelegentlich in geringen Mengen (zwei bis drei Bier). Vor fünf Jahren habe die Polizei bei einem Bekannten von ihm viele Ecstasy-Pillen gefunden. In der Folge sei auch dem Patienten für eineinhalb Jahre der Fahrausweis entzogen worden, danach habe er eine Zeitlang völlig abstinent gelebt. Die vorbehandelnde Psychologin, lic. phil. N.____, habe im telefonischen Gespräch vom 21. Juni 2013 angegeben, dass sie überrascht sei, dass sich der Beschwerdeführer in der Notfall- und Krisenambulanz in [...] gemeldet habe. Er habe am Vortag den Termin vom 21. Juni 2013 abgesagt. Dieser Patient sei seit Jahren in psychiatrischer Behandlung, bei ihr seit einem Jahr mit Terminen einmal die Woche. Es sei eine antisoziale Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden, zudem bestehe eine Störung

durch Cannabinoide, er kiffe bis zehn Joints täglich. Sie habe den Verdacht, dass er mit Dealen zusätzliches Geld verdiene. Ausserdem sei er oft in Schlägereien verwickelt. Die beschriebene Situation mit der Ehefrau sei nichts Neues. Lic. phil. N.____ habe angegeben, dem Beschwerdeführer im Verlaufe der Therapie emotional nicht näher gekommen zu sein. Wenn sie das Gefühl gehabt habe, dies fast erreicht zu haben, habe er die Termine abgesagt. Der Beschwerdeführer beschreibe eine emotionale Instabilität mit aggressiven Ausbrüchen, wobei er nahestehende Personen anschreie und Gegenstände im Haushalt zerstöre. Aufgrund des Erstgespräches könne beurteilt werden, dass beim Patienten am Wahrscheinlichsten eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ vorliege. Der Beschwerdeführer befinde sich bereits seit seinem sechsten Lebensjahr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, unter anderem auch wegen der schweren bipolaren Erkrankung seiner Mutter. Polytoxikomanie in den Jugendjahren, gegenwärtig bestehe fremdanamnestischer Angaben zufolge ein regelmässiger Gebrauch von Alkohol und Cannabinoiden. Keine akute Suizidalität.

6.5 Im orthopädischen Sprechstundenbericht des Spitals M.____ vom 24. März 2014 (IV-Nr. 17) wurde die Nebendiagnose Symptomatische TMT-I-Arthrose rechts bei schwerer Fehlstellung Rück- / Mittel- und Vorfüsse (Pes cavus, Vorfuss adductus) nach Klumpfüssfehlstellung und 9-fachen Operationen im Alter von 0 ■ 10 Jahren gestellt. Es sei vorgesehen, mit dem Patienten bei doch deutlicher Besserung nach Infiltration des TMT-I-Gelenkes (vgl. Bericht vom 29. Januar 2014, IV-Nr. 21, S. 22 f.) bei Bedarf die TMT I-Arthrodeese am rechten Fuss zu planen.

6.6 Am 14. Januar 2015 erfolgte die TMT-Arthrodeese rechts, durchgeführt von Dr. med. I.____, Leitender Arzt, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, Spital M.____ (IV-Nr. 21, S. 8 f. und 14 f.).

6.7 Gemäss Bericht von Dr. med. I.____ vom 4. Mai 2015 (IV-Nr. 21, S. 10 f.) berichtete der Beschwerdeführer bei der Kontrolle drei Monate postoperativ über einen grundsätzlich guten Verlauf mit deutlich weniger Beschwerden als präoperativ. Es sei jetzt aber ein neuer Schmerz über dem anterolateralen OSG beim Abrollen aufgetreten.

6.8 Gemäss Operationsbericht des Spitals M.____ vom 18. Juli 2016 (IV-Nr. 21, S. 5 f.) sei beim Beschwerdeführer eine Diskushernie L3/4 mediolateral links diagnostiziert worden. Am 15. Juli 2016 sei deshalb eine mikrochirurgische Sequestrektomie und Dekompression L3/4 links durchgeführt worden. Der intra- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Die präoperativ beschriebene Symptomatik mit Schwäche im Bein und Einschlafen habe sich postoperativ deutlich gebessert, Sensibilitätsausfälle hätten keine bestanden. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können (Austrittsbericht vom 19. Juli 2016, IV-Nr. 21, S. 3 f.).

E. 6.9

6.9.1 Aufgrund persistierender lumbaler Rückenschmerzen (vgl. Bericht von Dr. med. I.____ vom 31. Oktober 2016, IV-Nr. 55, S. 33 f.) mit gelegentlicher Ausstrahlung ins rechte Bein nach stattgehabter Dekompression L3/L4 erfolgte am 29. November 2016 eine transartikuläre / epidurale Infiltration L4/L5 (IV-Nr. 35, S. 1).

6.9.2 Nachdem auch die Infiltration keine wesentliche Beschwerdebesserung gezeigt hatte (vgl. Sprechstundenbericht für Wirbelsäulenchirurgie vom 5. Januar 2017, Klinik P.____, IV-Nr. 38, S. 3), erfolgte am 6. Februar 2017 eine erneute Operation am Rücken

(Dekompression Spinalkanal L4/L5 durch totale Flavektomie und Rezessotomie beidseits; Operationsbericht vom 7. Februar 2017, IV-Nr. 38, S. 1).

6.10 Dem Bericht von Dr. med. Q.____, Leiter Wirbelsäulenchirurgie, Klinik P.____, vom 30. März 2017 (IV-Nr. 55, S. 187 f.), lässt sich entnehmen, der Beschwerdeführer erscheine sechs Wochen nach Dekompression L4/5 bei funktioneller Spinalkanalstenose zur Verlaufskontrolle. Es zeige sich eine Beschwerderemission in Bezug auf die vorbestehende rechtsbetonte Ischialgie-Symptomatik. Die muskuläre Schmerzsymptomatik im Bereich der HWS / Schultern finde soweit bei strukturell guten Verhältnissen der HWS in der durchgeführten MRI-Diagnostik kein Korrelat. Es werde empfohlen, dies symptomatisch zu behandeln, Physiotherapie zur lokalen Muskellockerung und ggf. Einnahme eines Schmerzmittels bei Bedarf. Es werde empfohlen, keine größeren Manipulationen durchführen zu lassen. Insgesamt erscheine die Schmerzsymptomatik aber sicherlich auch im Rahmen einer Chronifizierung akzentuiert. Daher sollte nun die körperliche Aktivität gesteigert werden. Die Arbeit sollte nun sukzessive wieder aufgenommen und flankierende Wiedereingliederungsmassnahmen durchgeführt werden. Die Behandlung könne an diesem Punkt abgeschlossen werden.

6.11 Dr. med. R.____, Oberärztin, Praxis S.____, hielt in ihrem Bericht vom 12. Februar 2018 (IV-Nr. 61, S. 2 ff.) fest, dass derzeit eine operative Therapie keine wesentliche Beschwerdeverbesserung bringen würde. Auch werde dies vom Patienten derzeit vehement abgelehnt. Eine neurologische Abklärung werde bei unauffälliger Oberflächensensibilität und ohne fassbare Nervenläsion wahrscheinlich keine therapielevanten Aspekte erbringen. Es könnte überlegt werden, im Rahmen des geplanten stationären Aufenthaltes in der Klinik T.____ die Fussbeschwerden in Augenschein zu nehmen und allfällig neuromodulatorisch einen Therapieversuch zu starten. Auch könnte, dass Einverständnis des Patienten vorausgesetzt, eine Neuraltherapie erwogen werden. Zum jetzigen Zeitpunkt sei festzuhalten, dass eine ganztags stehende Tätigkeit in der Zukunft für den Patienten nicht ausführbar sein werde. Leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit kleinen Lasten seien wahrscheinlich denkbar.

6.12 Dem Austrittsbericht der Klinik T.____ vom 23. April 2018 (IV-Nr. 41, S. 1 ff.), in welcher der Beschwerdeführer vom 5. März 2018 bis 16. März 2018 hospitalisiert war, lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Hauptdiagnose:

Nebendiagnosen:

Bei Eintritt habe sich ein 34-jähriger Patient in ordentlichem Allgemeinzustand präsentiert, afebril und kardiopulmonal kompensiert. Klinisch zeige sich eine HWS mit global mittelgradig kontrakter Muskulatur beidseits sowie Triggerpunkten im Bereich des zervikothorakalen Übergangs. Die Beweglichkeit der HWS sei schmerzbedingt bei Rotation um jeweils ca. ein Drittel reduziert gewesen, Inklinatation und Reklination schmerzbedingt auch ungefähr zu einem Drittel eingeschränkt. Im Bereich der LWS zeige sich eine reizfreie Narbe mit paravertebral mittelgradig kontrakter Muskulatur, ohne radikuläre Komponente. Lasègue negativ, Bragard negativ, Füße inspektorisch mit mehrfachem Narbengewebe nach neunfacher Korrekturoperation, zuletzt im Alter von 10 Jahren. Ausgesprochene Tastsensibilität im Bereich der Füße und im Bereich des Narbengewebes. Kraft der oberen und unteren Extremitäten seitengleich unauffällig, keine Anzeichen für neurologische Defizite. Abdomen weich, keine Druckdolenz, Cor und Pulmo auskultatorisch unauffällig.

Klinisch werde am ehesten ein muskuläres, zervikales Schmerzsyndrom gesehen. Bildgebend ergäben sich keine Hinweise für eine Fraktur oder ausgeprägte degenerative Veränderungen der HWS. Laborchemisch ergäben sich keine Hinweise für einen Infekt oder einen entzündlichen Prozess. Physiotherapeutisch habe der Behandlungsschwerpunkt in Stabilisationsübungen des Rumpfes, klassischer Massage und Bindegewebstechniken um die hypertone Muskulatur, insbesondere im Bereich der HWS zu detonisieren, gelegen. Zusätzlich sei an Stabilisationsübungen der HWS und Koordinationsübungen gearbeitet worden. Eine Evaluation der Kollegen der Psychiatrie habe keine Hinweise für ein psychiatrisches Leiden ergeben. Der Patient habe täglich an Entspannungstraining bzw. Psychoedukation der Gruppe teilgenommen und habe begleitende Einzelgespräche mit den Kollegen der Psychologie gehabt, um den Umgang mit den chronischen Schmerzen zu optimieren. Unterstützend sei eine regelmässige Akupunktur-Therapie erfolgt, welche der Patient als hilfreich empfunden habe. Erfreulicherweise hätten im Rahmen des zweiwöchigen Aufenthaltes die Schmerzen des Patienten positiv beeinflusst werden können, bei Eintritt habe der Patient einen Schmerzscore NRS von 7 ■ 8 angegeben, bei Austritt habe dieser noch 6 ■ 7 betragen. Der Patient habe sich motiviert gezeigt, wieder zu arbeiten und möchte zu Beginn mit einem 20 % Arbeitspensum anfangen. Aus medizinischer Sicht sei dies insbesondere auch nach dem stationären Aufenthalt möglich und werde empfohlen.

6.13 Die Beschwerdegegnerin veranlasste beim U.____ [...], eine funktionsorientierte medizinische Abklärung (FOMA), welche dieses am 15. Oktober 2018 erstattete (IV-Nr. 53). Gemäss dem Bericht hätten bei der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit aufgrund der Verstärkung von akuter L5 Reizung links die Tests früh abgebrochen werden müssen. Zusammengefasst bestehe bei dem Versicherten eine strukturell-organische Veränderung beider Füsse mit funktionellen Einschränkungen, des Weiteren eine strukturell-organische Veränderung im Lendenwirbelsäulenbereich aktuell mit einem akuten neurologischen Reizsyndrom. Bei bestehender strukturell-organischer Veränderung der LWS mit aktuell radikulärer Symptomatik sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit medizinisch gegeben. Aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht medizinisch-theoretisch bei der Haupterkrankung der Füsse mit strukturell-organischen Veränderungen sei eine schwere, überwiegend stehend-gehende Tätigkeit, wie die letzte angestammte Tätigkeit als Glasmonteur, dem Versicherten nicht zumutbar. Aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht sei medizinisch-theoretisch bei bestehenden Erkrankungen der LWS und der Füsse eine wechsellagernde Tätigkeit denkbar. Eine Prognose abzugeben sei aktuell schwierig, da der Versicherte im akuten Zustand zur Untersuchung eingetroffen sei. Eine EFL nach Stabilisierung der Situation im Lendenbereich, um die genaue Belastbarkeit festzustellen, sei zu empfehlen.

6.14 Dem Arztbericht von Dr. med. L.____ an die Beschwerdegegnerin vom 27. Oktober 2018 (IV-Nr. 54) lässt sich entnehmen, das Haupthindernis zur Wiedererlangung einer Arbeitsfähigkeit dürfte die psychische Konstellation des Patienten sein. Die Prognose sei ungünstig, nachdem bei den Rehabilitationsversuchen so wenig Fortschritte erzielt worden seien. Dem Patienten habe die Angst vor der weiteren Schädigung seines Körpers durch Arbeit nicht genommen werden können. Chirurgische oder orthopädische Eingriffe sollten möglichst vermieden werden. Psychotherapeutische Eingriffe seien hier recht schwierig, da der Zugang zum Patienten heikel sei und er ausserordentliche Widerstände habe.

Erzwungene Psychotherapie sei in der Regel wirkungslos oder sogar kontraproduktiv. Die (Funktions-) Einschränkungen lägen einerseits in Bereiche des Bewegungsapparates. Hier würde man annehmen, dass der Patient eine leichte körperliche Tätigkeit in einem höheren Pensum sollte ausführen können. Im Rahmen der beruflichen Massnahmen habe sich aber gezeigt, dass der Patient subjektiv nicht im Stande gewesen sei, sein Arbeitspensum über zwei Stunden am Tag zu erhöhen wegen unerträglicher Schmerzen. Er sei aber nicht bereit gewesen, Schmerzmittel einzunehmen, um ein höheres Pensum erledigen zu können, mit der Begründung, dass er kein Schmerzmittel wolle, um seinen Körper mehr belasten zu können, und ihn damit noch weiter zu schädigen. Hier stosse man auf die psychische Einschränkung bei diesem Patienten. In ihrer Persönlichkeit gestörte Patienten hätten eine andere Denkweise und Logik, die für nicht betroffene nicht einsehbar sei. Dies sei vielleicht das Wesentliche und Gemeinsame aller Persönlichkeitsstörungen, seien sie nun in voller Ausprägung vorhanden oder bloss in Form von akzentuierten Persönlichkeitszügen. Er, Dr. med. L.____, denke nicht, dass der Patient simulierte, sondern, dass er tatsächlich anders erlebe.

6.15 Dem Bericht an die Beschwerdegegnerin von Dr. med. I.____ vom 7. November 2018 (IV-Nr. 57, S. 6 ff.) lässt sich entnehmen, dass die Behandlung in seiner Sprechstunde vorläufig abgeschlossen sei. Die letzte Konsultation datiere vom 5. Dezember 2017. Ihm, Dr. med. I.____, sei nicht bekannt, inwiefern die Lumbalgien noch zur Arbeitsunfähigkeit beitragen. Die Hauptarbeitsunfähigkeit scheine die Rückfussproblematik beidseits zu sein. Wie mehrfach in den Sprechstundenberichten erwähnt und auch durch Dr. med. R.____ in [...] (Sprechstundenbericht vom 12. Februar 2018, E. II. 6.11 hiervor; IV-Nr. 61, S. 2 ff.) bestätigt worden sei, erscheine aus medizinischer Sicht eine gehende und stehende Tätigkeit dauerhaft nicht mehr möglich. Hier sei die Prognose zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit für diese Tätigkeiten sehr ungünstig. Die Tätigkeit als Autolackierer sei eine grundsätzlich körperlich strenge Tätigkeit mit gehenden und stehenden Tätigkeiten. Diese sei dauerhaft nicht mehr ausführbar. Eine theoretische, rein sitzende Tätigkeit wäre in der Grössenordnung von 70 ■ 80 % denkbar.

6.16 RAD-Ärztin Dr. med. D.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 14. März 2019 (IV-Nr. 69) fest, wegen der stark abweichenden subjektiven Leistungsminderung im Gegensatz zu den objektiven Befunden (eine wechselbelastende Tätigkeit mit häufigeren sitzenden Anteilen müsste in einem höhergradigen Pensum möglich sein) sowie der nicht ausreichend geklärten psychischen Situation (Persönlichkeitsstörung? Suchtproblematik? Therapeutische Möglichkeiten?) sei eine interdisziplinäre Begutachtung angezeigt.

6.17 Dem Bericht der behandelnden Psychologin M. Sc. V.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, an die Beschwerdegegnerin vom 8. April 2019 (IV-Nr. 73) lassen sich die Diagnosen einer ADHS (ICD-10 F90.0) und einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) entnehmen. Im Vordergrund stehe im Moment eine grosse Stimmungs labilität. Der Versicherte halte die Ungewissheit, wie seine Zukunft weiter gehe, kaum aus. Es entstünden Ängste und Unsicherheiten, welche zu impulsivem Verhalten geführt hätten. Immer wieder berichte der Versicherte von massiven verbalen Konflikten, die häufig in physischer Aggression geendet hätten, indem er sich selber verletze oder etwas kaputt schlage. Der Versicherte berichte immer wieder von Selbstmordgedanken, er könne sich nicht vorstellen, so weiterzuleben. Aufgrund seiner Verantwortung der Familie gegenüber käme es aber nicht zu Handlungen. In der Therapie werde vor allem auf die

depressive Symptomatik wie auf die Impulsivität des Patienten fokussiert. Aus psychischer Sicht sei der Patient momentan sehr labil. Er sei bezüglich der Stimmung in einem depressiven Zustandsbild, er traue sich nichts zu und seine Gedanken seien auf die Schmerzen eingeengt. Er reagiere bei kleinsten Anforderungen sehr impulsiv. In dieser psychischen Verfassung werde er dem Druck des ersten Arbeitsmarktes momentan nicht standhalten.

6.18 Die Beschwerdegegnerin holte bei der Begutachtungsstelle E.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, welches von dieser am 29. August 2019 erstattet wurde (IV-Nr. 78.1 ■ 78.6). Im Gutachten werden folgende Diagnosen genannt:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Aufgrund der Fussdeformitäten bestehe eine Einschränkung bezüglich der Geh- und Stehfähigkeit sowie bezüglich Tätigkeiten in kniender und kauender Position. In Anbetracht der operativen Versorgungen der Lendenwirbelsäule liege eine Einschränkung der Belastbarkeit und Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule bezüglich Bücken, Heben und Tragen von Lasten sowie Verbleiben in stereotyper Körperhaltung vor. Aufgrund des psychischen Leidens sei der Versicherte in seiner psychischen Belastbarkeit und in seiner Durchhaltefähigkeit deutlich eingeschränkt. Hinderlich dazu komme auch bezüglich Arbeitsfähigkeit der aktuelle Cannabiskonsum, welcher als sekundär im Sinne eines untauglichen Selbstbehandlungsversuches des depressiven Leidens verstanden werde. Es bestünden insofern Inkonsistenzen, als die angegebene Schmerzintensität im Fussbereich mit den objektivierbaren Befunden bei der Untersuchung nicht korreliere. Trotz intensiver Beschwerdeangaben hätten sich keine Funktionsstörungen an der Halswirbelsäule und an der linken Schulter feststellen lassen können. Auch die Befunde an den Kniegelenken seien als geringfügig einzustufen. Zudem ergebe sich eine erhebliche Diskrepanz bezüglich der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule im Sitzen und Stehen. Trotz extremer Schmerzangabe an den Füßen benutze der Versicherte keinerlei Fussbettungen oder Schuhzurichtungen. Er zeige zudem eine kräftige Beschwielung der Füße, welche auf durchaus relevante Fussbelastungen schliessen lasse. Diese Inkonsistenzen liessen sich zu einem grossen Teil auf die ausgeprägte Persönlichkeitsstörung in Kombination mit dem depressiven Leiden zurückführen. Somit sei nicht von einem rein bewusstseinsnahen Geschehen auszugehen. Für ein eher bewusstseinsfernes Geschehen spreche auch der Umstand, dass der Versicherte bis zur Sequestrektomie von Juli 2016 stets einer vollschichtigen Erwerbstätigkeit nachgegangen sei. In den angestammten Tätigkeiten als Maler und Glasmonteur bestehe seit Juli 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. In diesem Zusammenhang müsse mit aller Deutlichkeit gesagt werden, dass beide Tätigkeiten wegen der damit verbundenen Hebetätigkeiten sowie der Belastung durch Gehen und Stehen als ungünstig zu beurteilen seien. In einer Tätigkeit ohne repetitives Heben schwerer Lasten und der Möglichkeit, die Körperposition gelegentlich zu wechseln und ohne häufiges Bücken, Knien oder Kauern sowie Besteigen von Leitern, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, dies aus rein psychiatrischen Gründen. Aus somatischer Sicht wäre eine solche Tätigkeit vollschichtig zumutbar.

6.19 Mit Stellungnahme vom 17. September 2019 (IV-Nr. 80) beurteilte RAD-Ärztin Dr. med. D.____ das psychiatrische Teilgutachten der E.____ als mangelhaft und empfahl eine erneute psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers, die um eine

neuropsychologische Testung zur Abklärung der Aktivität- und Aufmerksamkeitsstörung ergänzt werden sollte.

6.20 Die Beschwerdegegnerin holte bei Dr. phil. G.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, ein neuropsychologisches, und bei Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten ein (Gutachten vom 24. Februar 2020, IV-Nrn. 89 und 90).

6.20.1 Im neuropsychologischen Gutachten vom 24. Februar 2020 (IV-Nr. 89) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Was die Frage nach objektivierbaren kognitiven Defiziten anbelange, so hätten hierzu aktuell keine Aussagen gemacht werden können, da die Aussagekraft der Befunde bei auffälliger Performanzvalidierung eingeschränkt sei. So lägen alle Indikatoren in einem eingesetzten Performanzvalidierungsverfahren deutlich unterhalb des Cut-offs. Dabei hätten diese Auffälligkeiten in der Performanzvalidierung nicht durch eine tatsächliche kognitive Einschränkung erklärt werden können, weil die Leistungen in den eigentlichen Gedächtnismassen verhältnismässig besser ausgefallen seien und somit die Auffälligkeiten im Performanzvalidierungsverfahren nicht erklären könnten (kein sogenanntes **■**Demenzprofil"). Somit müsse von einer mangelnden Anstrengungsbereitschaft bzw. -fähigkeit seitens des Versicherten ausgegangen werden. Entsprechend könne auf die aktuellen neuropsychologischen Testergebnisse nicht abgestellt werden, da von ungünstigen Untersuchungsergebnissen aufgrund eines mangelnden Efforts auszugehen sei. Weiter spreche für die Nicht-Gültigkeit der Befunde, dass es dem Versicherten mit diesen ausgeprägten Einschränkungen nicht gelungen wäre, eine EFZ-Ausbildung zu absolvieren und anschliessend ca. 15 Jahre ohne gröbere Auffälligkeiten zu arbeiten. Zudem wären die mittelschweren Einbussen im Aufmerksamkeitsbereich nicht mit einer gegebenen Fahreignung vereinbar. Auch durch die Schmerzproblematik und eine mögliche depressive Symptomatik könnte das Ausmass der Einschränkungen nicht erklärt werden. Dass die aktuellen Testresultate als ungültig zu werten seien, bedeute jedoch nicht, dass bei dem Versicherten nicht doch gewisse kognitive Einschränkungen möglich wären. So könne nicht ausgeschlossen werden, dass erstens bereits prämorbid bzw. entwicklungsbedingt gewisse Defizite vorlägen. Dafür sprächen der Besuch der Einführungsklasse und die von ihm berichteten eher schwachen Leistungen in der Schule und in der Ausbildung. Leider lägen keine Zeugnisse vor, welche dies bestätigen könnten. Allerdings dürften die Einbussen nicht stark ausgeprägt gewesen sein, da ja anschliessend eine langjährige Berufstätigkeit mit einem 100 %-Pensum möglich gewesen sei. Zweitens sei es auch denkbar, dass es im Rahmen des langjährigen Cannabiskonsums zu kognitiven Einschränkungen gekommen sei. Drittens seien auch kognitive Einbussen im Rahmen einer depressiven Symptomatik möglich. Insgesamt also könne auf die aktuellen Befunde nicht abgestellt werden, wobei leichtere kognitive Einschränkungen allerdings auch nicht hätten ausgeschlossen werden können. Was die Frage nach einem Vorliegen einer Erwachsenen-ADHS betreffe, so sprächen die Aussagen des Versicherten selbst als auch seiner Ehefrau dafür. Beim Versicherten sei die Symptomatik bereits im Kindesalter beobachtet und im Jugendalter diagnostiziert und behandelt worden, wobei als Ursache auch die psychosoziale Belastungssituation gesehen worden sei. Nach der Schule dürfte sich bei dem Versicherten eine gewisse Besserung gezeigt haben, so sei immerhin eine EFZ-Ausbildung und anschliessend eine langjährige Berufstätigkeit mit körperlichen Anforderungen möglich gewesen. Dabei habe der Versicherte jedoch viele Jahre beim Bruder der Ehefrau

gearbeitet, was ihm eventuell einen gewissen Schutz geboten habe. Die Ehefrau bestätige eine aktuelle Symptomatik im Privat- bzw. Beziehungsleben. Dabei sei allerdings zu berücksichtigen, dass die aktuell beklagten Symptome, insbesondere mit Konzentrationsstörungen und reduzierter Impulskontrolle, nicht spezifisch für eine ADHS seien, sondern sie könnten beispielsweise auch im Rahmen einer depressiven Symptomatik auftreten, ebenso könnten die Schmerzen hier eine relevante Rolle spielen, und die Impulskontrolle könne auch bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen beeinträchtigt sein. Somit müsse eine differenzialdiagnostische Diskussion aus psychiatrischer Sicht erfolgen.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führt Dr. phil. G. ___ aus, dies könne aufgrund ungültiger Testbefunde aktuell nicht beantwortet werden, da das tatsächliche Ausmass möglicher kognitiver Defizite nicht klar sei. Grundsätzlich dürften aber rein kognitiv eher nur maximal leichte Einschränkungen vorliegen, so dass aus rein neuropsychologischer Sicht zumindest eine relevante Teilarbeitsfähigkeit bestehen dürfte. Bezüglich der ADHS-Symptomatik werde die Arbeitsfähigkeit im psychiatrischen Hauptgutachten (E. II. 6.20.2 nachfolgend) diskutiert. Dasselbe gelte für die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit.

6.20.2 Dr. med. F. ___ stellte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 24. Februar 2020 (IV-Nr. 90.1) folgende Diagnosen:

Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) mit/bei

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Der Gutachter sei mit dem RAD einig darüber, dass bei dem Versicherten aufgrund der Befundlage die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom nicht nachvollzogen werden könne, zumal sich beispielsweise der gehemmte Antrieb auf Klagen des Versicherten und nicht auf Befunde bzw. Beobachtungen des Untersuchers bezogen hätten. In der Untersuchung habe er, Dr. med. F. ___, einen verunsicherten, angespannten, innerlich unruhigen, ängstlichen und sich wenig zutrauenden Versicherten vorgefunden, welcher psychomotorisch und auch im Gedankengang leicht verlangsamt gewirkt habe, auch vom Antrieb her eine leichte Einschränkung gezeigt habe. Affektiv seien im Sinne einer subdepressiven bis leicht depressiven Stimmungslage keine relevanten Einschränkungen zu verzeichnen gewesen. Auch kognitiv habe der Versicherte (zumindest) im klinischen Interview, keine relevanten Auffälligkeiten gezeigt. Von Seiten der Ängste und Ängstäquivalente seien Wiedereinstiegsängste, Versagensängste, Ängste, die Leistungen nicht zu erbringen, eruierbar gewesen. Zusammenfassend werde von einem depressiven Zustandsbild ausgegangen, welches vom Ausprägungsgrad her als leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.01) zu verorten sei. Auch wenn von Seiten des E. ___ eine mittelgradige depressive Episode psychopathologisch nicht untermauert worden sei, könne nicht ausgeschlossen werden, dass damals eine solche vorgelegen sei, zumal seine Ehefrau telefonisch berichtet habe, dass der Versicherte heute nun vom Depressiven her besser sei. Auch die behandelnde Psychotherapeutin habe zu Beginn der Behandlung von einem deutlich depressiveren Zustandsbild als heute gesprochen. Unter der Annahme, dass bereits früher depressive Episoden vorgelegen seien, sei diagnostisch von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.00) auszugehen. Bezüglich des in den Akten verschiedentlich erwähnten Substanzmittelkonsums sei ein Drogenscreening im Urin durchgeführt worden, welches bis auf kleinere Mengen an Cannabinoiden keine auffälligen

Befunde habe erbringen können. Die nachgewiesenen Cannabinoide seien im Kontext des vom Versicherten berichteten gelegentlichen Rauchens von Hanfzigaretten zu verstehen. So gesehen sei von einem Cannabis-Abusus (ICD-10 F12.1) auszugehen. Weiter sei beim Versicherten angesichts der Anamnese der Alkoholmarker CDT bestimmen worden, welcher einen grenzwertigen Befund gezeigt habe, was auf einen Alkohol-Abusus (ICD-10 F10.1) schliessen lasse. Auch wenn auf Grund des Laborwertes nicht bestätigt werden könne, dass der Versicherte regelmässig grosse Mengen Alkohol zu sich nehme, könne aber doch mit erheblicher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass er mehr konsumiere als ein oder zwei Mal monatlich ein Bier, wie er ausgeführt habe, so dass von einem Dissimulieren ausgegangen werden müsse. Zur einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung berichtet Dr. med. F.____, die Aktenlage, wie auch Schilderungen des Versicherten, liessen auf ein ADHS in der Kinder- und Jugendzeit schliessen. Davon könne ausgegangen werden, zumal er damals auch abgeklärt worden sei. Die Leitsymptome einer ADHS-Erkrankung dürfte der Versicherte aufgrund der Aktenlage, seinen Schilderungen, wie auch den Schilderungen aus der Fremdanamnese (letzter Arbeitgeber und Ehefrau) und teilweise auch aufgrund der Befundlage erfüllen. So gesehen sei aktuell diagnostisch von einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) auszugehen. Dies sei eine rein klinische Beurteilung. Auch wenn sich in der neuropsychologischen Untersuchung bei Dr. phil. G.____ nun die kognitiven Einschränkungen des Versicherten letztlich nicht hätten objektivieren lassen, schliesse dies die klinische Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung nicht aus, was im Übrigen auch dem Gutachten der Neurologin entnommen werden könne. Und wenn sich die neuropsychologischen Befunde infolge mangelhafter Anstrengungsbereitschaft nicht validieren liessen, stelle sich die Frage, ob der Versicherte tatsächliche Beschwerden bzw. Einschränkungen im Sinne einer Verdeutlichung aggravierte. Im Sinne des Wahrscheinlichen sei von einem Aggravationsverhalten auszugehen. Des Weiteren habe der Versicherte quälende und anhaltende Schmerzen im Bereiche beider Füsse, wie auch lumbal, beschrieben. Angesichts der Tatsache, dass doch ein somatisches Korrelat vorliege, könne gemäss dem ICD-10 nicht von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ausgegangen werden. Umgekehrt aber dürften im Kontext einer psychiatrischen Komorbidität durchaus psychische Einflüsse vorliegen, welche das Schmerzerleben ein Stück weit verstärken dürften. Diagnostisch könne eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) festgehalten werden.

Zur Arbeitsfähigkeit führte der psychiatrische Administrativgutachter aus, der Versicherte zeige ein polymorbides psychiatrisches Störungsbild. Von Seiten der beiden Sucht-Störungsbildern seien keine relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Von Seiten der leichten depressiven Störung seien keine relevanten Einschränkungen zu formulieren. Quantitativ sei von Einschränkungen von rund 20 % auszugehen. Im Rahmen seiner aktuellen Tätigkeit zu Hause mit Haushaltsarbeiten inklusive zweimaligem Kochen für sich und seine Frau, der Versorgung auch seines kleinen Sohns, dürfte er denn auch quantitativ sicherlich 80 % tätig und präsent sein. Doch aber beklage sich seine Frau, wenn sie nach Hause komme, über liegen geblieben Arbeiten, ein nicht sauberes Haus usw., womit sie auf qualitative Einschränkungen des Versicherten verweise. Von Seiten der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung seien denn auch qualitative Einschränkungen zu erwarten, welche sich insgesamt im Sinne einer Verlangsamung zeigen dürften. Darauf habe insbesondere sein letzter Arbeitgeber

verwiesen. Wenn der Versicherte beispielsweise eine Affektlabilität zeige, wenn er beispielsweise Anweisungen seines Vorgesetzten früher oder später, nach einer Stunde oder nach drei Stunden, vergesse bzw. nicht mehr abrufen könne, er weiter ein desorganisiertes Verhalten zeige mit Einschränkungen in der Priorisierung, er sich in einem Detail vergesse, wie von seinem letzten Arbeitgeber berichtet worden sei, an diesem Detail haften bleibe usw., seien deutliche quantitative Einschränkungen zu erwarten. Diese nun quantifizieren zu wollen, sei schwierig. Doch könne davon ausgegangen werden, dass der Versicherte unter dem Aspekt der Verlangsamung in etwa doppelt so lange brauchen dürfte als gemeinhin üblich, so gesehen von quantitativen Einschränkungen von rund 50 % ausgegangen werden könne. Zusammenfassend sei für die bisherige Tätigkeit von quantitativen Einschränkungen von 20 % und von qualitativen Einschränkungen von rund 50 % auszugehen. Unter der Annahme, dass sich diese aus somatischen Gründen nicht mehr realisieren lasse, der Versicherte eine andere Tätigkeit etwa im Bürobereich antreten solle, seien die gleichen Einschränkungen zu erwarten. In einer Verweistätigkeit mit der Zumutbarkeit geringer Anforderungen an die Konzentration, an das Gedächtnis, das Priorisieren, die Umstellfähigkeit, an das Tempo und die Interaktionsfähigkeit, wo das Tätigkeitsfeld klar sei und nicht dauernd ändere, dürften die qualitativen Einschränkungen deutlich geringer ausfallen, vielleicht gar wegfallen. Ob die Umsetzung einer solchen Zumutbarkeit auf dem freien Markt realistisch sei, sei zu bezweifeln. In jedem Fall scheine aber wichtig, den Versicherten medikamentös adäquat mit einem Methylphenidat zu behandeln. Ob und inwiefern sich seine Beschwerden verbessern liessen, lasse sich schwer abschätzen, zumal sein Störungsbild von Seiten des ADHS eine gewisse Chronifizierung aufweisen dürfte. Auch scheine, dass er sich nur ungern von seiner aktuellen Tätigkeit zu Hause und in der Betreuung seines Sohnes wegbewegen lassen dürfte, was letztlich die berufliche Eingliederung schmalere, dann aber auch die Umsetzung der Behandlungsoption einschränken könnte.

6.21 RAD-Ärztin Dr. med. D. ___ hielt in ihrer Stellungnahme vom 23. März 2020 (IV-Nr. 93) fest, aus rein psychiatrischer Sicht sei der Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Maler in einem 80%igen Pensum 50 % leistungsfähig, womit gemäss Einschätzung von Dr. med. F. ___ eine 40%ige Arbeitsfähigkeit resultiere. Hier müsse jedoch in gesamtmedizinischer Betrachtung gesagt werden, dass die Tätigkeit als Maler aus somatischer Sicht seit Juli 2016 nicht mehr zumutbar sei. In einer angepassten Tätigkeit ohne repetitives Heben schwerer Lasten und der Möglichkeit, die Körperposition gelegentlich zu wechseln und ohne häufiges Bücken, Knien oder Kauern sowie Besteigen von Leitern, mit geringer Anforderung an die Konzentration, an das Gedächtnis, das Priorisieren, die Umstellfähigkeit, an das Tempo und Interaktionsfähigkeit, bei klar definiertem Tätigkeitsfeld, bestehe lediglich eine 20%ige quantitative Einschränkung. In einer angepassten Tätigkeit sei somit von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Grundsätzlich bestehe aus medizinischer Sicht weiterhin der Anspruch auf Umschulungsmassnahmen. Wegen des gezeigten Aggravationsverhaltens wie auch der erheblichen Diskrepanz der medizinischen Einschätzung und der gezeigten Einsatzmöglichkeit im Rahmen der stattgefundenen beruflichen Massnahmen erscheine die Fortsetzung der beruflichen Massnahmen derzeit nicht zielführend. Um berufliche Massnahmen zielführend durchführen zu können, sei eine Fortsetzung der Psychotherapie zwingend, ebenso sollte die empfohlene medikamentöse Therapie mit Methylphenidat installiert sein und der Versicherte eine Abstinenz von Alkohol und Cannabis nachweisen können.

6.22 In ihrer Stellungnahme vom 24. Juli 2020 (IV-Nr. 100) legte Dr. med. D.____ dar, dass sämtliche Indikatoren in den vorliegenden Gutachten abgebildet seien. Unter Gesamtbetrachtung der Belastungsfaktoren gegenüber den Ressourcen sei die abgeleitete Leistungsfähigkeit von 80 % einer angepassten Tätigkeit nachvollziehbar begründet.

7.1 Dr. med. W.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, führte im allgemeininternistischen E.____-Teilgutachten aus, dass aus allgemeininternistischer Sicht keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden (IV-Nr. 78.3, S. 6). Dagegen ist mit Blick auf die erhobenen Befunde (vgl. IV-Nr. 78.3, S. 5) nichts einzuwenden. Entsprechend sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder in einer etwaigen Verweistätigkeit aus rein allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt.

7.2

7.2.1 Den Einschätzungen des orthopädischen Teilgutachters der Begutachtungsstelle E.____ liegt eine umfangreiche klinische sowie bildgebende Untersuchung (vgl. IV-Nr. 78.4, S. 3 ff.) zugrunde. Auf die klinische und radiologische Befunderhebung folgt eine nachvollziehbare und schlüssige Diagnoseherleitung (IV-Nr. 78.4, S. 7 f.): Dr. med. X.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, führte aus, der Versicherte leide an den Folgen eines kongenitalen Klumpfußes beidseits. Nach Angaben des Versicherten seien an den Füßen mittlerweile elf operative Eingriffe vorgenommen worden. Der letzte Eingriff habe im Sinne einer TMT I-Arthrodesen rechts aufgrund einer symptomatischen Arthrose stattgefunden. Bei der Anamneseschilderung seien extreme Schmerzen (VAS 9 ■ 10) bereits in Ruhe an den Füßen genannt worden. Weder bei der Anamneseschilderung noch bei der Befunderhebung sei es möglich gewesen, eine differenzierte Analyse der Schmerzlokalisationen zu erhalten. Bei der Untersuchung der unteren Extremitäten zeige sich eine beidseitige charakteristische Wadenatrophie, der Rückfuß sei in Valgus gestanden, das Längsgewölbe sei deutlich verstärkt gewesen, der Vorfuß sei in einer Adduktion von 10 ■ 20° gestanden. Die Beschwielung an den Fußsohlen sei kräftig gewesen, einem Hohlfuß entsprechend verteilt. Die Beweglichkeit in den oberen Sprunggelenken sei beidseits eingeschränkt gewesen, rechts deutlicher als links. Das untere Sprunggelenk sei eingesteift gewesen. Bei den Umfangmassen habe sich eine Umfangminderung des linken Oberschenkels im Seitenvergleich bei gleichseitig ausgeprägter verminderter Wadenmuskulatur ergeben. Die Röntgenaufnahmen der Sprunggelenke und Füße hätten einen Zustand nach operativer Korrektur eines Klumpfußes ergeben. An den oberen Sprunggelenken hätten sich keine Auffälligkeiten ergeben, die unteren Sprunggelenke seien nicht sicher einsehbar gewesen. Im Mittelfußbereich hätten bei leichter Cavus- / Adductus-Fehlstellung keine wesentlichen arthrotischen Veränderungen dargestellt. Die Arthrodesen zwischen Calcaneus / Cuboid, Naviculare / MT I erschienen knöchern durchbaut mit liegendem OS-Material. Die Vorfüße seien beidseits weitgehend unauffällig. Es handle sich somit um einen Zustand nach operativer Korrektur an beiden Füßen nach angeborener Klumpfußdeformität mit persistierender leichter Fußfehlform und eingeschränkter Sprunggelenksbeweglichkeit. Die Mittelfußarthrodesen hätten durchbaut gewirkt, wesentliche arthrotische Veränderungen bestünden radiologisch nicht. Die hochgradige und nicht weiter zu differenzierende Schmerzhaftigkeit im gesamten Fußbereich sei jedoch in der geschilderten Form nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Genannt worden seien Kreuzschmerzen, ebenfalls mit extremer Intensität, welche auch belastungsunabhängig vorhanden wären. Durchgeführt worden sei hier zunächst am 15. Juli 2016 eine mikrochirurgische Sequestrektomie und

Dekompression L3/4 links wegen Diskushernie L3/4 und hochgradiger Spinalkanalstenose. Gefolgt worden sei dieser Eingriff durch eine zweite Dekompression L4/5 mittels totaler Flavektomie und Rezessotomie beidseits im Februar 2017. Der Versicherte gebe an, dass durch die Eingriffe die Symptomatik in den Beinen besser geworden sei, die lokale Rückenschmerzsymptomatik jedoch verblieben wäre. Bei der Untersuchung zeige sich im Stehen zunächst eine hochgradige Einschränkung der Beugefähigkeit der LWS (FBA minimal im Stehen 50 cm). Auf der Liege könne jedoch eine volle Hüftflexion bei durchgestreckten Beinen und ein Finger-Zehen-Abstand von 20 cm erreicht werden. Es ergäben sich keine Zeichen einer radikulären Irritation oder radikulären Defizitsymptomatik. Die neu angefertigten Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule in zwei Ebenen hätten keine wesentliche Degeneration der Bandscheibenfächer L3/4 und L4/5 gezeigt, allenfalls angedeutet am lumbosakralen Übergang mit Facettenarthrose. Es liege somit eine Funktionseinschränkung an der Lendenwirbelsäule nach zweifachen operativen Eingriffen ohne adäquates Korrelat vor. Die Funktionsprüfungen der Lendenwirbelsäule hätten inkonsistente Resultate ergeben. Die hohe Schmerzintensität und genannte Funktionseinschränkung hätten somatisch nicht nachvollzogen werden können. Genannt würden konstante Nackenschmerzen, ebenfalls hoher Intensität. Der Versicherte habe sich diesbezüglich vielfacher effektloser Behandlungen unterzogen. Bei der Untersuchung ergebe sich eine völlig freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule ohne Schmerzäusserungen bei den Summationsbewegungen oder bei segmentaler Palpation. Es liege ein Befund eines Kernspintomogramms der HWS vom 6. März 2017 vor, welcher abgesehen von neuroforaminalen Einengungen, einer breitbasigen Diskusprotrusion C5/6 und beginnenden Degenerationen der kleinen Wirbelgelenke keine Auffälligkeit gezeigt habe. Die cervicale Symptomatik sei aus orthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar. Dies entspreche auch dem Bericht der Klinik T.____. Schmerzen seien zudem seitens der linken Schulter angegeben worden mit einer Intensität von VAS 5. Hier habe sich keinerlei pathologischer Befund erheben lassen. Des Weiteren würden Schmerzen an den Kniegelenken, rechtsbetont genannt. Hier zeige sich ein leichtes Patellaspitzenyndrom rechts mehr als links, ohne Hinweise auf relevante Kniebinnenschädigungen oder Funktionsstörungen.

7.2.2 Des Weiteren stellte Dr. med. X.____ namhafte Inkonsistenzen fest (IV-Nr. 78.4, S. 10): Die angegebene hohe Schmerzintensität korreliere nicht mit dem Bewegungsverhalten bei der Untersuchung; es hätten sich trotz intensiver Beschwerdeangaben keinerlei Funktionsstörungen an der Halswirbelsäule und an der linken Schulter feststellen lassen. Auch die Befunde an den Kniegelenken seien als minimal einzustufen; es ergebe sich eine erhebliche Diskrepanz bezüglich der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule im Sitzen und im Stehen (Waddell-Zeichen); trotz der extremen Schmerzangabe an den Füßen seien keinerlei Fussbettungen oder Schuhzurichtungen verwendet worden; die Beschuielung der Füße sei kräftig und lasse durchaus auf relevante Fussbelastungen schliessen.

7.2.3 Gesamthaft überzeugen auch die Ausführungen des orthopädischen Gutachters zur Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 78.4, S. 8 f., 11 ff.): So könnten die Tätigkeiten als Glasinstallateur oder als Lackierer aufgrund der hiermit verbundenen Steh- und Gehbelastung nicht mehr durchgeführt werden. Andererseits könnten leichte Tätigkeiten vollschichtig in wechselnder Körperposition bei überwiegendem Sitzen, ohne häufiges Bücken, Knien oder Kauern, Besteigen von Leitern und Gerüsten durchgeführt werden. Diese Einschätzung gelte in dieser Form spätestens seit Juli 2016.

7.3 In der psychiatrischen Beurteilung (IV-Nr. 78.5, S. 4 ff.) wird schliesslich angegeben, der Beschwerdeführer erweise sich als wach und in allen Qualitäten orientiert. Er zeige eine intakte Wahrnehmung und Auffassung. Klinisch geprüft fänden sich keine Störungen des Gedächtnisses. Auch sei der Explorand in der Lage, der Unterredung mit gleichbleibender Aufmerksamkeit zu folgen. Seine Überlegungen und Äusserungen liessen durchschnittlich intellektuelle Fähigkeiten vermuten. In der Untersuchungssituation verhalte sich der Versicherte sehr höflich und sei gut zugewandt. Bezüglich Psychomotorik hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Zumindest in der Untersuchungssituation hätten sich keine Störungen des Antriebs feststellen lassen. Der Versicherte klagt jedoch über einen gehemmten Antrieb. Die affektive Modulationsfähigkeit sei leidlich erhalten. Der Gedankengang sei in formaler Hinsicht logisch kohärent und in sich geschlossen. In inhaltlicher Hinsicht hätten sich keine Hinweise für Phobien oder ein psychotisches Geschehen gezeigt. Der Versicherte berichte jedoch von Grübelzwängen. Anhaltspunkte für Sinnestäuschungen, Störung des Ich-Erlebens oder abnorme Triebtendenzen hätten sich nicht fassen lassen. Der Versicherte berichte von gelegentlich verbal-aggressiven Affektdurchbrüchen. Die Beschwerdeschilderung erfolge sachlich und entbehre jeglicher Ausgestaltungs- oder Dramatisierungstendenzen. Es fänden sich auch keine Hinweise für bewusste Aggravation oder gar Simulation. In der Hamilton-Depressionsskala (21 Items) habe der Versicherte eine Gesamtpunktzahl von 22 erzielt. Dieser Wert sei mit einer mittelschweren depressiven Episode vereinbar. Diagnostisch sei von einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen auszugehen. Darüber hinaus zeige der Versicherte ein impuls-aggressives Verhalten, welches mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ, in Einklang stehe. Wie die RAD-Ärztin Dr. med. D.____ zurecht kritisiert (IV-Nr. 80), erfolgt in Bezug auf die gestellten Diagnosen einer mittelschweren Depression und einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung keine Diagnoseherleitung und Begründung anhand der Kriterien des ICD-10. Auch zur diagnostizierten Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung erfolgt keine klinische Überprüfung bzw. Durchführung von Testverfahren im Rahmen des Gutachtens. Des Weiteren stellt der psychiatrische E.____-Teilgutachter eine Cannabisabhängigkeit fest, setzt sich aber an keiner Stelle in seinem Gutachten damit auseinander. Dies, obwohl in der Laboruntersuchung ein Cannabiskonsum bestätigt werden konnte (IV-Nr. 78.6), der Beschwerdeführer aber anlässlich der Untersuchung angab, seit 2011 kein Cannabis mehr zu konsumieren (vgl. IV-Nr. 78.5, S. 3). Insgesamt erweist sich die psychiatrische Begutachtung bei der Gutachterstelle E.____ somit als nicht schlüssig begründet. So ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen, wenn sie davon ausgeht, dass der psychiatrische Teil der polydisziplinären Begutachtung sich als nicht beweiswertig erweist.

7.4 Es zeigt sich somit in der Gesamtschau, dass auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden kann, was die somatische Komponente betrifft. Einem solchen Gutachten, das die Beschwerdegegnerin selber im Verwaltungsverfahren in Auftrag gegeben hat, ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche konkreten Indizien sind somatisch gesehen nicht erkennbar. Daran vermag auch der im Rahmen der Verhandlung vom 28. März 2023 eingereichte Bericht von Dr. med. I.____ vom 10. Januar 2022 (Urkunde Nr. 4 des Beschwerdeführers) nichts zu ändern, wonach beim Beschwerdeführer eine Achillessehneninsertionstendinopathie links festgestellt worden sei.

So ist der Bericht von Dr. med. I.____ ca. ein Jahr nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2021 erstellt worden. Es sind in den IV-Akten keine Hinweise ersichtlich, dass eine solche Erkrankung bereits zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung bestanden haben könnte. Hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung sind jedoch konkrete Indizien erkennbar, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen; auf diese kann nicht abgestellt werden. Unter diesen Umständen erweist sich die von der Beschwerdegegnerin gewählte Vorgehensweise, zusätzlich ein psychiatrisches Gutachten einzuholen, inhaltlich als korrekt. Da die psychiatrische Komponente auf die Gesamtbeurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit im polydisziplinären E.____-Gutachten Einfluss hat, kann nicht darauf abgestellt werden. Hingegen kann auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im orthopädischen Gutachten abgestellt werden, wonach der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit seit Juli 2016 nicht mehr arbeitsfähig ist, in einer den Leiden angepassten Tätigkeit aber keine Arbeitsunfähigkeit besteht.

7.5 Zur Klärung des medizinischen Sachverhalts und Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht stellt die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. F.____ und Dr. phil. G.____ ab.

7.5.1 Die neurologische Gutachterin Dr. phil. G.____ legte in ihrer Beurteilung (IV-Nr. 89, S. 14 ff.) dar, sie könne zur Frage nach objektivierbaren kognitiven Befunden keine Aussagen machen, da die Aussagekraft der Befunde bei auffälliger Performanzvalidierung eingeschränkt sei. In diesem Zusammenhang erklärt sie, dass alle Indikatoren in einem eingesetzten Performanzvalidierungsverfahren deutlich unterhalb des Cut-offs gelegen hätten. Dabei hätten diese Auffälligkeiten in der Performanzvalidierung nicht durch eine tatsächliche kognitive Einschränkung erklärt werden können, weil die Leistungen in den eigentlichen Gedächtnismassen verhältnismässig besser ausgefallen seien und somit die Auffälligkeiten im Performanzvalidierungsverfahren nicht erklären könnten (kein sogenanntes ■Demenzprofil"). Somit müsse von einer mangelnden Anstrengungsbereitschaft bzw. -fähigkeit seitens des Versicherten ausgegangen werden. Entsprechend könne auf die aktuellen neuropsychologischen Testergebnisse nicht abgestellt werden, da von ungültigen Untersuchungsergebnissen aufgrund eines mangelnden Efforts auszugehen sei. Weiter spreche für die Nicht-Gültigkeit der Befunde, dass es dem Beschwerdeführer mit diesen ausgeprägten Einschränkungen nicht gelungen wäre, eine EFZ-Ausbildung zu absolvieren und anschliessend ca. 15 Jahre ohne gröbere Auffälligkeiten zu arbeiten. Zudem wären die mittelschweren Einbussen im Aufmerksamkeitsbereich nicht mit einer gegebenen Fahreignung vereinbar. Auch durch die Schmerzproblematik und eine mögliche depressive Symptomatik könne das Ausmass der Einschränkungen nicht erklärt werden. Die Schlussfolgerung der neuropsychologischen Gutachterin, wonach nicht auf die Testergebnisse abgestellt werden kann, ist mit Blick auf das Gesagte nachvollziehbar. Dass die aktuellen Testresultate als ungültig zu werten seien, bedeute gemäss Dr. phil. G.____ jedoch nicht, dass beim Beschwerdeführer nicht doch gewisse kognitive Einschränkungen möglich wären. So könne nicht ausgeschlossen werden, dass erstens bereits prämorbid bzw. entwicklungsbedingt gewisse Defizite vorlägen. Dafür sprächen der Besuch der Einführungsklasse und die von ihm berichteten eher schwachen Leistungen in der Schule und in der Ausbildung. Allerdings dürften die Einbussen nicht stark ausgeprägt gewesen sein, da ja anschliessend eine langjährige Berufstätigkeit mit einem 100%-Pensum möglich gewesen sei. Zweitens sei es auch

denkbar, dass es im Rahmen des langjährigen Cannabiskonsums zu kognitiven Einschränkungen gekommen sei. Drittens seien auch kognitive Einbußen im Rahmen einer depressiven Symptomatik möglich. Insgesamt könne ■ so Dr. phil. G. ___ ■ auf die aktuellen Befunde nicht abgestellt werden, wobei leichtere kognitive Einschränkungen allerdings auch nicht ausgeschlossen werden könnten. Es ist daher nachvollziehbar, wenn die neuropsychologische Gutachterin zum Ergebnis gelangt, dass aufgrund der ungünstigen Testbefunde die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aktuell nicht beantwortet werden könne.

7.5.2 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. ___ vom 24. Februar 2020 erscheint, was die Diagnosestellung in der aktuellen Situation anbelangt, schlüssig und nachvollziehbar. Der psychiatrische Gutachter begründet einleuchtend das Vorliegen einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung mit/bei rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom mit/bei Cannabis-Abusus und Alkohol-Abusus sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aufgrund des erhobenen Psychostatus (IV-Nr. 90.1, S. 41 ff.). Dr. med. F. ___ setzt sich eingehend mit der von der Begutachtungsstelle E. ___ gestellten Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom auseinander (IV-Nr. 90.1, S. 47 f.). Nachvollziehbar führt er aus, dass zurzeit eine leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom zu verorten sei, es aber nicht ausgeschlossen werden könne, dass damals (zum Zeitpunkt der Begutachtung bei der E. ___) eine solche vorgelegen sei, zumal die Ehefrau des Beschwerdeführers berichtet habe, dass der Beschwerdeführer heute nun vom Depressiven besser sei und auch die behandelnde Psychotherapeutin zu Beginn der Behandlung von einem deutlich depressiveren Zustandsbild als heute gesprochen habe. Eingehend setzt sich der psychiatrische Administrativgutachter zudem mit der von der Begutachtungsstelle E. ___ gestellten Diagnosen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung auseinander und führt einleuchtend aus, dass eine solche beim Beschwerdeführer nicht vorliege, weil wichtige Verhaltensweisen bzw. Befunde, welche auf dieses Störungsbild verweisen würden, schlicht fehlten. Wenn die emotional instabile Persönlichkeitsstörung des impulsiven Typs, wie vom E. ___ festgehalten worden sei, im ICD-10 im Wesentlichen als eine emotionale Instabilität und mit einer mangelnden Impulskontrolle umschrieben werde, welche bis hin zu gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten führen könnte, zeige der Versicherte solche Verhaltensweisen schlicht nicht. Vielmehr dürfte er sich unter Druck, bei Konflikten oder in Situationen, wo er sich unzulänglich fühle, ungeduldig, gereizt, angespannt, frustriert und ungehalten präsentieren, was dann auch zu impulsiven und auch selbstverletzenden Entladungen führen könne. Dies werde im Rahmen des ADHS und nicht im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung verstanden (IV-Nr. 90.1, S. 50 f.). Diese Ausführungen sind plausibel. Auch seine Einschätzung, wonach beim Beschwerdeführer aufgrund der leichten depressiven Episode und der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit bestehe, begründet er nachvollziehbar.

Dagegen überzeugt die Begründung der aktuellen Arbeitsfähigkeit im Gutachten vom 24. Februar 2020 (IV-Nr. 90.1, S. 54 f.) nur bedingt: Dr. med. F. ___ führt zur Arbeitsfähigkeit aus, von Seiten der leichten depressiven Störung seien keine relevanten Einschränkungen zu formulieren. Quantitativ sei von Einschränkungen von rund 20 % auszugehen. Von Seiten der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung seien denn auch qualitative Einschränkungen zu erwarten, welche sich insgesamt im Sinne einer Verlangsamung zeigen

dürften. Darauf habe insbesondere sein letzter Arbeitgeber verwiesen. Der Experte hält explizit fest, es sei schwierig, diese zu quantifizieren. Doch könne davon ausgegangen werden, dass der Versicherte unter dem Aspekt der Verlangsamung in etwa doppelt so lange brauchen dürfte als gemeinhin üblich, so gesehen von quantitativen Einschränkungen von rund 50 % ausgegangen werden könne. Zusammenfassend geht er aber davon aus, dass für die bisherige Tätigkeit von quantitativen Einschränkungen von 20 % und von qualitativen Einschränkungen von rund 50 % auszugehen sei. Dr. med. F.____ versteht unter «qualitative Einschränkungen» eine Verlangsamung in der Ausübung der Arbeitstätigkeit, was aber durchaus ein quantitatives Element darstellt, welches mit 50 % zudem sehr stark ins Gewicht fällt. Des Weiteren führt der Experte aus, in einer angepassten Verweistätigkeit dürften die qualitativen Einschränkungen deutlich geringer ausfallen, vielleicht gar wegfallen. Die Ausführungen von Dr. med. F.____ sind nicht klar formuliert. Daraus lässt sich nicht entnehmen, ob die qualitativen Einschränkungen in einer Verweistätigkeit wegfallen oder nicht. Zumindest lässt sich dies aus den Ausführungen des Psychiaters nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit entnehmen.

Auf die Einschätzung von Dr. med. F.____ kann deshalb nicht abgestellt werden. Ausserdem erscheint eine entsprechende Rückfrage an den Gutachter als nicht zielführend, hat der Experte doch ausdrücklich festgehalten, die qualitativen Einschränkungen seien schwierig einzuschätzen.

7.6 Zusammenfassend war der medizinische Sachverhalt und das funktionelle Leistungsvermögen des Beschwerdeführers durch die bei Erlass der Verfügung vom 27. Januar 2021 vorliegenden medizinischen Stellungnahmen nicht hinreichend geklärt. Um diese Abklärungslücke zu füllen, hat das Versicherungsgericht bei Dr. med. H.____ ein psychiatrisches Gutachten eingeholt (vgl. E. I. 5.1 hiervor).

8. Wie dargelegt, weicht das Gericht von einem Gerichtsgutachten, das die allgemeinen Anforderungen erfüllt, nur dann ab, wenn zwingende Gründe für ein Abweichen vorliegen (E. II. 3.4 hiervor).

8.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H.____ vom 4. Juli 2022 (A.S. 52 ■ 68) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht (vgl. E. II. 3.3 hiervor). Es stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher den Beschwerdeführer eingehend untersucht (vgl. A.S. 55 ■ 60) und die Vorakten studiert hat (vgl. A.S. 52 ■ 55). Die Aussagen des Experten sind in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar (vgl. A.S.60 ff. mit der ausführlichen fachärztlichen Beurteilung). Der Gerichtsgutachter stellt folgende Diagnosen (A.S. 65):

8.2 Der Gutachter würdigt die Aktenlage und die Aussagen des Beschwerdeführers eingehend und begründet ausführlich und nachvollziehbar ■ jeweils im Abgleich der erhobenen Befunde mit den jeweiligen Kriterien nach ICD-10 ■ die von ihm gestellten Diagnosen.

8.2.1 Die in den Vorakten teilweise postulierte Persönlichkeitsstörung wird von Dr. med. H.____ in nachvollziehbarer Weise verneint (A.S. 63 f.). So bedürfe es dafür eines tief verwurzelten anhaltenden Verhaltensmusters mit starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen. Es bestehe eine deutliche Abweichung im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu andern. Das Verhaltensmuster sei meistens stabil und beziehe sich auf vielfältige Bereiche vom Verhalten und psychischen

Funktionen, gehe einher mit persönlichen Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit. Beim Exploranden bestünden tatsächlich gewisse Verhaltensauffälligkeiten, die sich vor allem durch die aggressiven und impulsiv anmutenden Durchbrüche manifestierten. Der Explorand meinte allerdings, dass er gelernt habe, in den letzten Jahren einen besseren Umgang damit zu finden und ruhiger geworden sei. Es bestehe allerdings noch eine Tendenz, eine innere Spannung aufzubauen, die er versuche, mit Selbstverletzungen oder Cannabiskonsum anzugehen. Er sei in der Lage, eine mehrjährige Beziehung zu führen. Er gebe an, seit dem 17. Lebensjahr die Beziehung zur Ehefrau zu führen, wobei es zu Beginn zu zweimaligen Trennungen gekommen sei. Es sei anzunehmen, dass die Ehefrau ihm gegenüber eine Toleranz aufweise, denn nach den Beschreibungen des Exploranden erleide er immer wieder Durchbrüche, die von ihr dann toleriert worden seien. Er sei zudem auch in der Lage, einige soziale Kontakte dauerhaft zu pflegen, ohne dass es diesbezüglich zu massiven Auffälligkeiten komme. Dies decke sich daher nicht ohne Weiteres mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, es wäre diesbezüglich von einer viel grösseren Inkonsistenz und inadäquatem Verhalten zu rechnen. Zudem dürfte sicher die ADHS-Problematik eine gewisse Rolle spielen, wobei sich eine ADHS-Problematik nicht primär mit Verhaltensauffälligkeiten im zwischenmenschlichen Bereich manifestiere. Es zeigten sich eine deutliche Unaufmerksamkeit, ein Mangel an Ausdauer, vor allem bei kognitivem Einsatz und eine Tendenz, Tätigkeiten zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen, eine Desorganisiertheit, eine mangelhaft regulierte und überschüssige Aktivität. Derartige Auffälligkeiten seien zwar vom Exploranden beschrieben worden, hätten sich aber nicht mit den Anspannungszuständen und teilweise aggressiven Durchbrüchen gedeckt, die oft im zwischenmenschlichen Bereich entstünden, weswegen der Untersucher der Meinung sei, dass es sich um persönlichkeitspezifische Verhaltensweisen handle, die im Rahmen einer akzentuierten Persönlichkeitsstruktur interpretiert werden müssten. Es könne daher nicht die Meinung von Dr. med. F.____ übernommen werden, der auch derartige Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen der ADHS-Problematik interpretiere. Nachvollziehbar bestehe allerdings nicht das Ausmass, wie es bei einer Persönlichkeitsstörung erwartet werden könne.

8.2.2 Bezüglich der ADHS-Problematik verweist der gerichtlich bestellte Gutachter auf die neuropsychologische Abklärung (IV-Nr. 89; E. II. 7.5.1 hiervor), auch auf die weiteren Angaben in den Unterlagen. Es würden Auffälligkeiten seit der frühen Kindheit erwähnt, die am ehesten durch diese Problematik begründet werden könnten. Auch die heutigen Angaben des Exploranden hätten sich mit einer Störung, welche durch die ADHS-Problematik erklärt werden könnte, gedeckt. Es schienen aktuell eher kognitive Defizite aufzutreten, wobei diese in der Untersuchung nicht aufgefallen seien. Eindeutige hyperkinetische Symptome seien zurzeit nicht evaluierbar. Diese Ausführungen sind plausibel und überzeugend. Sie lassen sich auch mit den Vorakten vereinbaren. Eine ADHS-Störung wäre medikamentös gut behandelbar, doch weigere sich der Explorand, eine entsprechende Behandlung durchzuführen, da er sich zu stark verändert erlebt haben solle. Es seien auch keine medikamentöse Alternativen versucht worden. Die von ihm angegebene Begründung, dass er sich durch den medikamentösen Einfluss nicht noch mehr schädigen wolle, könne nicht gefolgt werden. Es müsse bedacht werden, dass der Explorand einige Zeit zumindest tendenziell übermässig Alkohol konsumiert habe, auch regelmässig Cannabis, was er heute noch tue, was auf Dauer schädlicher sein dürfte als eine medikamentöse Behandlung mit geeigneten Massnahmen. Es stünden heute verschiedene Medikamente zur Verfügung, auch könne die Dosis entsprechend angepasst werden.

8.2.3 Zur depressiven Störung führt Dr. med. H. ___ aus (A.S. 64), eine solche begründe sich durch dauerhaft gedrückte Stimmung mit Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebes und erhöhter Ermüdbarkeit. Es handle sich dabei um die Kardinalsymptome. Beim Exploranden träten Stimmungswechsel auf, die allerdings rasch und situationsabhängig auftreten könnten. Es bestehe nicht eine dauerhaft gedrückte Stimmung ohne äussere Einflüsse. Es könne auch nicht ein dauerhafter Interessenverlust oder dauerhafte Freudlosigkeit bestätigt werden. Der Explorand sei in der Lage, einigen Interessen nachzugehen, kümmere sich um sein Kind, könne sich mit ihm freuen, verfolge auch die Nachrichten, schaue sich TV-Serien an, habe Freude, wenn er sich mit der Familie oder Freunden treffe. Eine Verminderung des Antriebes oder erhöhte Ermüdbarkeit werde von ihm nicht bestätigt. In diesem Sinn könne einzig angenommen werden, dass der Explorand wiederholt unter Verstimmungszuständen leide, die in Kombination mit der ADHS-Problematik und der labilen Persönlichkeitskonstellation interpretiert werden könnten. Eine eigenständige depressive Störung lasse sich daher nicht nachweisen, doch zeitweise depressive Verstimmungen mit Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, des Gefühls der Wertlosigkeit, pessimistischer Haltung und Appetitstörungen sowie Sterbegegenden. Diese Ausführungen sind plausibel und überzeugend. Ihnen kann auch unter Berücksichtigung der anderslautenden Einschätzung des Administrativgutachters Dr. med. F. ___, der eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom diagnostiziert hatte (vgl. E. II. 7.5.2 hiervor), Beweiskraft beigemessen werden.

8.2.4 Zum Cannabis- und Alkohol-Abusus führt der der gerichtlich bestellte Gutachter aus, beim Exploranden bestehe ein dauerhafter Konsum von Cannabis. Er meine, dass er nicht übermässig viel konsumiere, allenfalls dreimal wöchentlich, um eine Spannung abzubauen und zur Ruhe zu kommen. Der Cannabis-Konsum persistiere nachgewiesenermassen schon seit mehreren Jahren, es sei ihm bisher nicht gelungen, diesen Konsum zu stoppen. Einzig vom Hausarzt werde berichtet, dass der Beschwerdeführer einmal versucht habe auf Cannabis zu verzichten, dabei vermehrt Schmerzen verspürt habe. Als Grund gebe der Explorand für den Konsum allerdings an, dass er eher eine Entspannung zu erreichen versuche und weniger einen Effekt auf die Schmerzen erziele. Es scheine auch ein Alkoholkonsum zu bestehen, wobei unklar sei, inwieweit es sich um einen überhöhten oder massiven Konsum handle. Auch dieser Konsum dürfte mit grosser Wahrscheinlichkeit eine entspannende Wirkung aufweisen. Ein Konsum von weiteren Drogen finde nicht statt.

8.2.5 Bezüglich der Schmerzproblematik führt Dr. med. H. ___ aus, diese könne aus somatischer Sicht zum Grossteil weitgehend nachvollzogen werden, wobei eine Überlagerung durch den psychischen labilen Zustand anzunehmen sei, weswegen die Diagnose einer Schmerzstörung in Betracht zu ziehen sei. Da die körperlichen Beeinträchtigungen begründbar seien, sei durch diese mögliche Schmerzstörung nicht noch ein zusätzlicher Einfluss anzunehmen (A.S. 65).

8.3

8.3.1 In Bezug auf die Arbeits(un)fähigkeit in der angestammten Tätigkeit gelangt der Gutachter sodann zum Schluss, dem Exploranden sei es zuzumuten, Lackierungen von Glasplatten durchzuführen (A.S. 67). Aufgrund der erhöhten Ablenkbarkeit und verminderten Belastbarkeit sei davon auszugehen, dass der Explorand verlangsamt sein dürfte und vermehrt Pausen benötige. Es sei ihm eine ganztägige Arbeit möglich, wobei von einer Leistungseinschränkung von 20 % auszugehen sei.

8.3.2 Zur Arbeitsfähigkeit in adaptierter Fähigkeit führt Dr. med. H. ___ aus, der Explorand sei nicht in der Lage, Verantwortung zu übernehmen. Er könne nicht komplexe Tätigkeiten durchführen, die Arbeit müsse klar vorgegeben sein, er könne sich nicht wiederholt wechselnden Bedingungen anpassen, er sollte auch nicht unter Zeitdruck arbeiten müssen. Eine derartige Tätigkeit könne er ganztags durchführen, es wäre allerdings auch mit einer leistungsmässigen Einschränkung zu rechnen, wie sie in der bisherigen Tätigkeit als Glaslackierer ebenfalls bestanden habe, wobei bei optimalen Bedingungen eine 20%ige Leistungseinschränkung anzunehmen sei.

8.3.3 Zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit führt der Gutachter aus, wie in der Beurteilung dargelegt worden sei, träten beim Exploranden affektive Verstimmungszustände auf, die von verschiedenen Umständen abhingen. Grundsätzlich könne allerdings nicht von einem stark wechselhaften Verlauf ausgegangen werden. Es persistiere die ADHS-Problematik, welche ungünstig beeinflusst werde durch die labile Persönlichkeitsstruktur. Mittlerweile gelinge es dem Exploranden besser mit den labilen Zuständen umzugehen, was sich aber nicht relevant auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Die Veränderungen seien noch zu gering und zu wenig stabil, als dadurch eine wesentliche Veränderung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne.

8.4 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

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

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

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

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

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

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

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

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

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

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 8.2 hiervor) verwiesen werden. Zudem führt der Gutachter aus, bezüglich Ausprägung der Diagnosen spielten die persönlichkeitspezifischen Faktoren und die ADHS-Problematik eine wesentliche Rolle, da sie ungünstig miteinander interferierten. Dem Exploranden sei es offenbar gut möglich, seinen Alltag zu gestalten, teilweise in reduziertem Ausmass, indem er Haushaltfunktionen vernachlässige, doch sei er in der Lage, sich um sein Kind zu kümmern, Einkäufe zu tätigen, einige Reinigungsarbeiten durchzuführen, sich um den Hund zu kümmern, er pflege auch soziale Kontakte. Er gerate teilweise in Spannungszustände, wo er sich dann zurückziehen müsse. Die Auffälligkeiten hätten nicht zu einem dauerhaften sozialen Rückzug oder Unfähigkeit geführt, sich am allgemeinen Leben zu beteiligen. Es sei demnach von einer leichten bis höchstens mittelschweren Beeinträchtigung auszugehen. Eine schwere Beeinträchtigung liege nicht vor, denn dann wäre eine viel stärkere Beeinträchtigung im Alltag zu erwarten und der Explorand wäre nicht mehr in der Lage, sich genügend um seine Belange zu kümmern (A.S. 65).

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führt der Gutachter aus, es würden dauernde ambulante psychotherapeutische Behandlungsmassnahmen durchgeführt, auch eine antidepressive medikamentöse Therapie. Der Explorand verfolge die Therapiemassnahmen motiviert. Es bestehe ein Leidensdruck, ansonsten würde er die Therapie nicht über Jahre verfolgen. Eine Einschränkung ergebe sich insofern, als er sich weigere, die ADHS-Problematik medikamentös zu behandeln, obwohl in der Vergangenheit gute Erfolge hätten erzielt werden können. Andererseits konsumiere er Alkohol und Cannabis, was sich möglicherweise gesundheitsschädigend auswirken könnte. Es bestehe diesbezüglich eine Inkonsistenz. Es gelinge ihm gemäss seinen Angaben, heute besser mit seinen Spannungszuständen und aggressiven Durchbrüchen umzugehen, die nicht mehr ein derart auffallendes Ausmass annähmen wie in jüngeren Jahren. Dies decke sich auch mit den Angaben in den Unterlagen, wo eine teilweise Beruhigung oder Stabilisierung erwähnt werde, allerdings nicht konsequent. Vor allem im beziehungsmässigen Bereich schienen noch teilweise Durchbrüche aufzutreten. Demnach kann weder von einer Behandlungs- noch von einer Eingliederungsresistenz ausgegangen werden.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Im Gutachten wird als Komorbidität der Alkohol- und Cannabis-Konsum aufgefasst, doch bestehe gemäss Dr.

med. H. ___ nicht ein derart hoher Konsum, als sich daraus klar sekundäre Folgen gezeigt hätten, welche den Exploranden im Alltag beeinträchtigen würden. Es hätten sich auch keine körperlichen Auffälligkeiten gezeigt, kognitiv wirke er diesbezüglich ebenfalls nicht beeinträchtigt. Weiter spielten die persönlichkeitspezifischen Faktoren und die ADHS-Problematik eine wesentliche Rolle, da sie ungünstig miteinander interferierten. Die Auffälligkeiten hätten aber nicht zu einem dauerhaften sozialen Rückzug oder der Unfähigkeit geführt, sich am allgemeinen Leben zu beteiligen. Es bestehe eine Schmerzproblematik, die aus somatischer Sicht zum Grossteil weitgehend nachvollzogen werden könne, wobei eine Überlagerung durch den psychischen labilen Zustand anzunehmen sei, weswegen die Diagnose einer Schmerzstörung in Betracht zu ziehen sei. Da die körperlichen Beeinträchtigungen begründbar seien, sei durch diese mögliche Schmerzstörung nicht noch ein zusätzlicher Einfluss anzunehmen.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Dazu verweist der Gutachter auf seine vorherigen Ausführungen zur Persönlichkeit des Beschwerdeführers (E. II. 8.2.1 hiervor). Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne nicht begründet werden, doch bestehe eine labile Persönlichkeitskonstellation, die sich durch schwierige Anamnese begründe, es hätten sich auch teilweise Verhaltensauffälligkeiten gezeigt. Der Explorand sei zeitweise nicht genügend in der Lage, seine Affekte zu steuern, vor allem im privaten Bereich, auch scheine die Impulskontrolle zumindest in der Vergangenheit gestört gewesen zu sein, indem er Gegenstände zerstört habe. Er leide teilweise auch unter Antriebsschwierigkeiten und fühle sich blockiert. Es ist demnach beim Beschwerdeführer sowohl von günstigen als auch teilweise ungünstigen Persönlichkeitsstrukturen auszugehen, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung ins Gewicht fielen.

Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Hierzu führt der Gutachter aus, der Explorand sei offenbar gut in der Lage, soziale Kontakte zu pflegen, er fühle sich auch wohl mit Bekannten. Es bestehe ein enger Kontakt zu den Schwiegereltern und zu seinen eigenen Eltern, es finde auch eine gute Unterstützung durch die Umgebung statt. Eine Konstanz zeige sich in der Beziehung zu seiner Ehefrau. Diese Beziehung pflege er seit dem 17. Lebensjahr. Der Explorand weise zwar auf teilweise partnerschaftliche Schwierigkeiten hin aufgrund seines Verhaltens, doch scheine die Partnerschaft stabil zu bestehen. Demnach enthält der soziale Lebenskontext des Versicherten mobilisierbare Ressourcen.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Gemäss dem psychiatrischen Gerichtsgutachter fühle sich der Explorand aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Hauptsächlich gebe er körperliche Beschwerden an, wobei diesbezüglich aus somatischer Sicht bereits Stellung bezogen worden sei. Eine körperlich adaptierte Tätigkeit sollte möglich sein. Dies zeige sich auch im Tagesablauf, wo er offensichtlich in der Lage sei, sich um den Sohn zu kümmern, auch einige Alltagsaufgaben

erledigen könne, keine Pausen einlege. Er sei auch in der Lage, seine Freizeit zu gestalten und sich zu aktivieren, es bestünden auch soziale Kontakte. Es könne demnach keine wesentliche Beeinträchtigung im Aktivitätsbereich festgestellt werden. Es bestehe demnach eine Inkonsistenz bezüglich seiner subjektiven Angaben, aufgrund derer eine viel grössere Beeinträchtigung zu erwarten wäre, die nicht mit den Tagesablauf übereinstimme und auch mit den Untersuchungsergebnissen nicht zu belegen seien. Eine konsistente Einschränkung des Aktivitätsniveaus ist daher eher zu verneinen.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Hierzu führt Dr. med. H. ___ aus, es bestehe ein Leidensdruck, der Explorand führe konsequente psychotherapeutische Massnahmen durch, wobei vorgeschlagene medikamentöse Massnahmen nur teilweise befolgt würden, insbesondere die ADHS-Problematik nicht genügend angegangen werde. Auch werde keine konsequente Abstinenz von Drogen- oder Alkoholkonsum durchgeführt. Andererseits könne diskutiert werden, inwieweit ein konsequenter Verzicht auf Suchtmittel überhaupt notwendig sei. Es sei allerdings schwierig abzuschätzen, wieviel der Explorand tatsächlich konsumiere. In der Vergangenheit scheine zumindest ein teilweiser Überkonsum von Alkohol bestanden zu haben, was sich auch laborchemisch nachweisen lasse. Ein behandlungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck kann somit bejaht werden.

8.5 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H. ___ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 gibt. Eine Gesamtwürdigung der Indikatoren ergibt, dass die ressourcenbildenden Faktoren deutlich überwiegen, womit die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit (einfach strukturierte und klar vorgegebene Tätigkeit ohne Übernahme von Verantwortung und ohne Zeitdruck, bei welcher sich der Beschwerdeführer nicht wiederholt wechselnden Bedingungen anpassen muss) auch im Lichte der neuen Rechtsprechung überzeugt.

8.6 Zu prüfen bleibt, ob die vom Vertreter des Beschwerdeführers im Rahmen der Verhandlung vom 28. März 2023 dagegen vorgebrachten Einwendungen etwas an dieser Einschätzung zu ändern vermögen:

8.6.1 Der Beschwerdeführer rügt, dem Gerichtsgutachter hätten bei der Beurteilung wesentliche Akten aus der Kindheit des Beschwerdeführers gefehlt. Der Beschwerdeführer sei in seiner Kindheit mehrere Jahre in psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. Y. ___ gestanden. Auch sei die ADHS-Problematik viel früher diagnostiziert und mit Ritalin behandelt worden als von Dr. med. H. ___ in seinem Gutachten vom 4. Juli 2022 festgehalten. Dem Bericht von Dr. med. K. ___ vom 25. Juli 2000 (E. II. 6.1 hiervor; IV-Nr. 2, S. 3 f.) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer wegen depressiver Entwicklung, Selbstwertproblematik und wegen unkontrollierbaren aggressiven Impulsen sowie schulischen Leistungs- und Verhaltensstörungen mehrere Jahre beim Kinder- und Jugendpsychiater Dr. med. Y. ___ in Behandlung gestanden sei. Trotz dieser engmaschigen Behandlung hätten gemäss Dr. med. K. ___ keine Behandlungserfolge erzielt werden

können. So sei der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Anmeldung bei ihm «therapiemüde» gewesen. Erst mit der von Dr. med. K. ___ initiierten Ritalin-Behandlung und der gleichzeitig vereinbarten grobmaschigen psychotherapeutischen Kontakte hätten insofern Erfolge erzielt werden können, als dass sich die schulischen Verhaltensstörungen weitgehend zurückgebildet hätten und es dem Beschwerdeführer gelungen sei, eine Lehrstelle als Maler zu finden. Es ist somit nicht davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer im Kindesalter resp. vor dem 16. Lebensjahr Ritalin verschrieben wurde. Eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens sei gemäss Dr. med. K. ___ zum damaligen Zeitpunkt noch nicht erkannt worden. Auch ist nicht ersichtlich, welche weiterführenden Erkenntnisse durch den Beizug der medizinischen Akten aus der Kindheit des Beschwerdeführers zu erwarten sind, zumal sämtliche psychiatrischen Behandlungen vor derjenigen bei Dr. med. K. ___ offensichtlich keinen grossen Nutzen gezeigt hatten. Es ist deshalb von einem Beizug der medizinischen Akten aus der Kindheit des Beschwerdeführers abzusehen.

8.6.2 Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, Dr. med. H. ___ habe die diagnostizierte Schmerzstörung nicht rechtsgenügend abgeklärt. Dazu ist festzuhalten, dass sich der Gerichtsgutachter in seinem Gutachten mit der Schmerzstörung auseinandergesetzt hat. Konkret führte er aus, im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F. ___ vom 24. Februar 2020 sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren angenommen worden, auch wenn ein Grossteil der Beschwerden aus somatischer Sicht begründet werden könne (A.S. 63). Weiter fügte er an, eine Überlagerung durch den psychisch labilen Zustand sei anzunehmen, weswegen die Diagnose einer Schmerzstörung in Betracht zu ziehen sei. Da die körperlichen Beeinträchtigungen begründbar seien, sei durch diese mögliche Schmerzstörung nicht noch ein zusätzlicher Einfluss anzunehmen (A.S. 65). Gegen diese Annahme ist nichts einzuwenden. Die Schmerzproblematik wird vom orthopädischen E. ___-Gutachter Dr. med. X. ___ hinreichend gewürdigt und findet in seiner Diagnosestellung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit Eingang (vgl. IV-Nr. 78.4, S. 7 ff.). Aus den Akten ergeben sich aber auch Hinweise für ein Aggravationsverhalten. So stellte sich Dr. med. F. ___ aufgrund der neuropsychologischen Befunde (vgl. E. II. 7.5.1 hiervor) in seinem psychiatrischen Gutachten die Frage, ob der Versicherte Beschwerden bzw. Einschränkungen im Sinne einer Verdeutlichung aggraviere. Es sei im Sinne des Wahrscheinlichen von einem Aggravationsverhalten auszugehen. Auch Dr. med. X. ___ stellte in Bezug auf die Schmerzproblematik bei der orthopädischen Untersuchung namhafte Inkonsistenzen fest (E. II. 7.2.2 hiervor): Die angegebene hohe Schmerzintensität korreliere nicht mit dem Bewegungsverhalten bei der Untersuchung; es hätten sich trotz intensiver Beschwerdeangaben keinerlei Funktionsstörungen an der Halswirbelsäule und an der linken Schulter feststellen lassen. Auch die Befunde an den Kniegelenken seien als minimal einzustufen; es ergebe sich eine erhebliche Diskrepanz bezüglich der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule im Sitzen und im Stehen (Waddell-Zeichen); trotz der extremen Schmerzangabe an den Füessen seien keinerlei Fussbettungen oder Schuhzurichtungen verwendet worden; die Beschwiellung der Füsse sei kräftig und lasse durchaus auf relevante Fussbelastungen schliessen. Aufgrund eindeutiger Hinweise für ein Aggravationsverhalten besteht vorliegend kein Anlass, von der schlüssigen Beurteilung von Dr. med. H. ___ abzuweichen.

8.6.3 Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, der Gerichtsgutachter habe sich nur ungenügend mit der Suchtproblematik auseinandergesetzt. So belegten die eingereichten

Laborbefunde vom 17. Juni 2022 (Urkunden Nr. 5 und 6 des Beschwerdeführers), dass der Beschwerdeführer entgegen den Ausführungen im Gerichtsgutachten kein Cannabis oder andere Drogen konsumiere. Der Vertreter des Beschwerdeführers beantragt deshalb den Beizug der Tonaufnahmen der Begutachtung von Dr. med. H.____. Der Umstand, dass die Laborbefunde dem Gerichtsgutachter nicht vorlagen, schmälert nicht den Beweiswert seines Gutachtens, zumal der Sachverhalt bis zum Erlass der Verfügung vom 27. Januar 2021 zu beurteilen ist. Es ist zudem nicht erkennbar, welche weiterführenden Erkenntnisse durch den Beizug der Tonaufnahmen der Begutachtung zu erwarten sind, da allfällige anderslautende Angaben zum aktuellen Konsumverhalten keine Relevanz für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation zum Verfügungszeitpunkt haben. Somit ist von einem Beizug der Tonaufnahmen abzusehen.

8.6.4 Weiter bemängelt der Beschwerdeführer, Dr. med. H.____ habe die vom Beschwerdeführer genannten Selbstverletzungen sowie die auftretende Traurigkeit, wenn er an seine Kindheit zurückdenke resp. an sein Kind denke, im Gutachten vom 4. Juli 2022 nicht hinreichend gewürdigt. Es seien auch in diesem Zusammenhang die Tonaufnahmen beizuziehen. Davon ist vorliegend abzusehen. Dr. med. H.____ hat die Angaben des Beschwerdeführers zu den Selbstverletzungen und zur auftretenden Traurigkeit in seinem Gutachten mehrfach erwähnt und in die Beurteilung der medizinischen Situation miteinbezogen (siehe dazu insbesondere die Ausführungen unter E. II. 8.2.1 und 8.2.3 hiervor; A.S. 63 f.). Dr. med. H.____ legte nachvollziehbar dar, dass der Beschwerdeführer unter Verstimmungszuständen leide, die in Kombination mit der ADHS-Problematik und der labilen Persönlichkeitskonstellation interpretiert werden könnten. Eine eigenständige depressive Störung lasse ich aber nicht nachweisen, hingegen leide der Beschwerdeführer zeitweise unter depressiven Verstimmungen mit Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, des Gefühls der Wertlosigkeit, pessimistischer Haltung und Appetitstörungen sowie Sterbegeanken. Bei den Anspannungszuständen, die oft im zwischenmenschlichen Bereich entständen und welche der Beschwerdeführer mit Selbstverletzungen oder Cannabiskonsum anzugehen versuche, handle es sich um persönlichkeitspezifische Verhaltensweisen, die im Rahmen einer akzentuierten Persönlichkeitsstruktur interpretiert werden müssten (A.S. 63 f.). Die Einwände des Beschwerdeführers zielen somit ins Leere.

8.6.5 Schliesslich bringt der Beschwerdeführer vor, im Gerichtsgutachten fehle eine Mini-ICF-App. Ein Gutachten verliert nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an allfällige Qualitätsrichtlinien anlehnt (Urteil des Bundesgerichts 9C_273/2018 E. 5.4). Der medizinischen Fachperson kommt bei der Wahl der Methode zur Erstellung des Gutachtens grosses Ermessen zu. Auch liegt es ihrem Ermessen, ob sie psychologische Test durchführen will. Massgebend ist vielmehr, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist. Dem testmässigen Erfassen der Psychopathologien im Rahmen der psychiatrischen Exploration kann generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend ist. Aus diesem Grund ist es dem Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. H.____ nicht abträglich, dass keine Mini-ICF-APP durchgeführt wurde.

9. Zusammenfassend kann demnach auf das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. H.____ vom 4. Juli 2022 sowie auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden, was die somatische Komponente betrifft. So ist der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Glaslackierer und

Glasmonteur ab Juli 2016 voll arbeitsunfähig. In einer adaptierten Tätigkeit ist dem Beschwerdeführer eine 80%ige Arbeitstätigkeit zumutbar.

10. Nachfolgend ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

10.1 Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (s. dazu E. II. 2.3 hiervor). Soweit die fraglichen Einkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, s. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30; Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.1). Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224), hier also das Jahr 2017. Validen- und Invalideneinkommen sind dabei auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (BGE 129 V 222 E. 4.2 S. 224).

Bei der Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte und nicht, was sie bestenfalls erzielen könnte (BGE 131 V 51 E. 5.1 S. 53). Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom ■ wenn nötig der Teuerung und der Einkommensentwicklung angepassten ■ letzten Verdienst auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Urteil des Bundesgerichts 9C_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.4.1).

Geht die versicherte Person keiner Erwerbstätigkeit mehr nach, sind für das Invalideneinkommen die statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) heranzuziehen (s. BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.3). Abgestellt wird dabei regelmässig auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), bezogen auf den gesamten privaten Sektor (Urteil des Bundesgerichts 9C_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.3.1).

10.2 Einzugehen ist zunächst auf das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach er als Frühinvalidierter gelte und daher beim Valideneinkommen nach Art. 26 Abs. 1 IVV vorzugehen sei (vgl. E. II. 4.2 hiervor). Im vorliegenden Fall war es dem seit seiner Geburt an Klumpfüssen und ADHS leidenden Beschwerdeführer möglich, eine berufliche Ausbildung als Maler zu absolvieren. Er verfügt somit über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Dies steht einer Qualifikation als Frühinvalidierter gemäss Art. 26 Abs. 1 IVV allerdings nicht unter allen Umständen entgegen: Nach der Rechtsprechung sind Frühinvalidierte Versicherte, die seit ihrer Kindheit einen Gesundheitsschaden aufweisen und deshalb keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben konnten. Dazu gehören auch Versicherte, welche zwar eine Berufsausbildung beginnen und allenfalls abschliessen, zu Beginn der Ausbildung jedoch bereits invalid sind und mit dieser Ausbildung nicht dieselben Verdienstmöglichkeiten realisieren können wie eine nichtbehinderte Person mit derselben Ausbildung (Urteil des Bundesgerichts 9C_611/2014 vom 19. Februar 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf Ziffer 3035 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung des Bundesamtes für Sozialversicherungen [KSIH]).

Entscheidend ist in dieser Konstellation, ob die versicherte Person die absolvierte Ausbildung auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt «ummünzen» kann oder ob ihr dies behinderungsbedingt verunmöglicht ist (zitiertes Urteil des Bundesgerichts 9C_611/2014 vom 19. Februar 2015 E. 4.3 am Ende).

Gemäss dem Bericht von Dr. med. K. ___ vom 25. Juli 2000 (IV-Nr. 2, S. 3 f.) hätten sich die schulischen Leistungen des Beschwerdeführers nach erfolgter Ritalin-Behandlung gebessert und es sei ihm gelungen, eine Lehrstelle als Maler zu finden. Nach abgeschlossener Ausbildung arbeitete er über mehrere Jahre auf diesem Beruf. So gab er an, nach dem Schulabschluss vom 16. bis zum 19. Lebensjahr mit Erfolg eine Lehre als Maler durchlaufen zu haben. Vom 19. bis 26. Lebensjahr habe er im erlernten Beruf gearbeitet. Danach sei er bis Juli 2016 als Scheibenmonteur tätig gewesen (IV-Nr. 78.5, S. 2). Dem IK-Auszug lässt sich ebenfalls entnehmen, dass der Beschwerdeführer über mehrere Jahre ein reguläres Einkommen erzielen konnte (IV-Nr. 64). Folglich was es ihm möglich, auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuss zu fassen, berufliche Kenntnisse zu erwerben und jeweils eine längerdauernde Anstellung finden und zu halten. Insgesamt fällt daher ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ■ eine Anwendung von Art. 26 Abs. 1 IVV ausser Betracht.

10.3 Das in der Verfügung vom 27. Januar 2021 errechnete Valideneinkommen von CHF 67'797.00 stützt sich auf die Angaben des Arbeitgebers (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 23. Oktober 2016, IV-Nr. 33) mit Aufrechnung der Nominallohnentwicklung. Es lässt sich nicht beanstanden und ist auch unbestritten geblieben.

10.4 Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 80 % auszuüben, er aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der LSE festgesetzt werden. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Entscheid auf LSE 2016, TA1_tirage_skill Level, Medianlohn für Männer im Total, Kompetenzniveau 1, ab. Gemäss LSE 2016, TA1_tirage_skill_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'340.00 auszugehen (LSE 2016 TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr 2017 hochzurechnen und an den Nominallohnindex für das Jahr 2017 anzupassen (CHF 5'340.00 x 12 = CHF 64'080.00 / 40 x 41.7 : 104.1 [2016] x 104.6 [2017]). Damit ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 80 % ein Invalideneinkommen von CHF 53'699.00 (80 % von CHF 67'124.00).

10.5

10.5.1 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der

Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

10.5.2 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid vom 27. Januar 2021 überhaupt keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich aus den genannten Gründen ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht demnach mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang).

10.5.3 Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 36 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug. Auch die vielen Dienstjahre beim immer gleichen Arbeitgeber und der damit verbundene Umstand, dass in einem neuen Betrieb angefangen werden muss, sind im entsprechenden Anforderungsniveau nicht relevant (Urteil des Bundesgerichts 9C_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.3.2). Der Tabellenlohn im hier angewendeten Kompetenzniveau 1 erfasst eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine aufgrund der Tatsache, dass nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten möglich sind, kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2). Beim Beschwerdeführer liegen gemäss Zumutbarkeitsprofil weitere Einschränkungen vor ■ die Arbeit sollte aus somatischer Sicht leicht und wechselbelastend sein bei überwiegendem Sitzen unter Ausschluss aller Arbeiten verbunden mit häufigem Bücken, Knien oder Kauern, Besteigen von Leitern und Gerüsten. Aus psychiatrischer Sicht sollte die Arbeit keine komplexen Tätigkeiten beinhalten und klar vorgegeben sein. Zudem kann sich der Beschwerdeführer nicht wiederholt wechselnden Bedingungen anpassen und er sollte nicht unter Zeitdruck arbeiten müssen■, weshalb ein Abzug von 10 % geboten scheint.

10.6 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 67'797.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 48'329.00 (CHF 53'699.00 abzüglich des leidensbedingten Abzugs von 10 %) ein IV-Grad von (aufgerundet) 29 %, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet.

11. Im Weiteren ist auf den Antrag des Beschwerdeführers einzugehen, es seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren.

11.1 Berufliche Eingliederungsmassnahmen setzen die subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen, so entfällt ein Anspruch auf solche Massnahmen, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt werden muss (s. Urteile des Bundesgerichts 8C_682/2018 vom 7. Februar 2019 E. 7.1 und 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3). Ein fehlender Eingliederungswille muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 8C_611/2018 vom 7. Januar 2019 E. 6.2).

11.2 Angesichts des Invaliditätsgrades von 29 % hat der Beschwerdeführer grundsätzlich Anspruch auf berufliche Massnahmen. Dr. med. H. ___ kam jedoch in seiner Beurteilung

zum Schluss, dass berufliche Massnahmen zwar grundsätzlich sinnvoll seien, wenn die versicherte Person auch motiviert sei, sich aktiv daran zu beteiligen. Beim Beschwerdeführer könne allerdings die Motivation dazu nicht gesehen werden. Die Vergangenheit habe klar aufgezeigt, dass er sich nicht in der Lage fühle, mehr als zwei Stunden täglich eine einfache Tätigkeit zu verrichten (A.S. 68). Tatsächlich lassen die vom Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter gemachten Äusserungen auf eine nach wie vor bestehende Krankheits- und Invalidenüberzeugung schliessen: Der Beschwerdeführer äusserte während der gutachterlichen Untersuchung, er wolle vielleicht einmal versuchen, stundenweise kleinere Arbeiten, z.B. Rasenmähen durchzuführen, doch denke er nicht, dass er in der Lage sei, in der freien Wirtschaft dem Druck standzuhalten. Irgendwie habe er es in der Vergangenheit geschafft, das Ganze auf die Seite zu schieben und die Leistung zu erbringen, heute gehe es nicht mehr (A.S. 59). Die im Rahmen der Begutachtung von ihm gemachten Angaben lassen nicht darauf schliessen, dass berufliche Massnahmen im vorliegenden Fall sinnvoll oder zweckmässig sein könnten. Vielmehr steht dem Beschwerdeführer seine subjektive Krankheitsüberzeugung im Wege. Dafür spricht auch das Ergebnis des Belastbarkeitstrainings in der B.____. Gemäss Schlussbericht vom 4. Oktober 2018 (IV-Nr. 52) konnte der Beschwerdeführer aufgrund starker Schmerzbelastung sein Pensum von zwei Stunden pro Tag nicht erhöhen, weswegen er die Zielvorgaben nicht erfüllen konnte. Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer derzeit an der subjektiven Eingliederungsbereitschaft fehlt, weshalb der Antrag auf Durchführung beruflicher Massnahmen abzuweisen ist.

12. Zusammenfassend ist somit die angefochtene Verfügung 27. Januar 2021 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

13.

13.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht grundsätzlich kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Dagegen ist der im Beschwerdeverfahren geheilten Verletzung des rechtlichen Gehörs (vgl. E. II. 5 hiervor) durch Zusprache einer reduzierten Parteientschädigung Rechnung zu tragen, soweit dem Beschwerdeführer dadurch zusätzliche Kosten entstanden sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_68/2012 vom 30. März 2012 E. 3.1 mit Hinweisen). Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer die Beschwerde auch ohne die Gehörsverletzung erhoben hätte. Für den im Zusammenhang mit der gerügten Gehörsverletzung in der Beschwerdeschrift getätigten Aufwand sind dem Beschwerdeführer aber pauschal CHF 300.00 zu vergüten. Ergänzend ist anzufügen, dass der Umstand, dass ein Gerichtsgutachten eingeholt wurde, für sich allein noch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung begründet (Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts 8C_513/2012 vom 17. September 2012 E. 4.1 und 4.2, bestätigt in 8C_194/2016 vom 14. Juni 2016 E. 4.2 und 8C_293/2016 vom 11. Juli 2016 E. 5).

13.2 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. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer Verfahrenskosten von CHF 1■000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

13.3 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens von Dr. med. H.____ vom 4. Juli 2022 von CHF 4'500.00 zu tragen.

Demnach wird erkannt:

2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung von CHF 300.00 zu bezahlen.

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

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Gerichtskasse die Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. med. H.____ von CHF 4'500.00 zu erstatten.

5. Je eine Kopie des eingereichten Berichts von Dr. med. I.____ vom 10. Januar 2022 (Urkunde Nr. 4), der Laborbefunde vom 17. Juni 2022 (Urkunden Nr. 5 und 6), sowie der Kostennote des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 28. März 2023 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

6. Der Auszug aus dem Verhandlungsprotokoll vom 28. März 2023 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

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

Lazar

E. 7

Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung auf die beiden von ihr eingeholten Gutachten ab, weshalb der Beweiswert derselben zu prüfen ist. Dazu ist einleitend zu sagen, dass beide Gutachten in Kenntnis der gesamten Akten, nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers und unter Berücksichtigung der von ihm geklagten Beschwerden, sowie von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachpersonen erstellt wurden. Insofern erfüllen sie die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

E. 7.1

Dr. med. W.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, führte im allgemeininternistischen E.____-Teilgutachten aus, dass aus allgemeininternistischer Sicht keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden (IV-Nr. 78.3, S. 6).

Dagegen ist mit Blick auf die erhobenen Befunde (vgl. IV-Nr. 78.3, S. 5) nichts einzuwenden. Entsprechend sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder in einer etwaigen Verweistätigkeit aus rein allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt.

E. 7.2

7.2.1 Den Einschätzungen des orthopädischen Teilgutachters der Begutachtungsstelle E.____ liegt eine umfangreiche klinische sowie bildgebende Untersuchung (vgl. IV-Nr. 78.4, S. 3 ff.) zugrunde. Auf die klinische und radiologische Befunderhebung folgt eine nachvollziehbare und schlüssige Diagnoseherleitung (IV-Nr. 78.4, S. 7 f.): Dr. med. X.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, führte aus, der Versicherte leide an den Folgen eines kongenitalen Klumpfußes beidseits. Nach Angaben des Versicherten seien an den Füßen mittlerweile elf operative Eingriffe vorgenommen worden. Der letzte Eingriff habe im Sinne einer TMT I-Arthrodesen rechts aufgrund einer symptomatischen Arthrose stattgefunden. Bei der Anamneseschilderung seien extreme Schmerzen (VAS 9 – 10) bereits in Ruhe an den Füßen genannt worden. Weder bei der Anamneseschilderung noch bei der Befunderhebung sei es möglich gewesen, eine differenzierte Analyse der Schmerzlokalisationen zu erhalten. Bei der Untersuchung der unteren Extremitäten zeige sich eine beidseitige charakteristische Wadenatrophie, der Rückfuß sei in Valgus gestanden, das Längsgewölbe sei deutlich verstärkt gewesen, der Vorfuß sei in einer Adduktion von 10 – 20° gestanden. Die Beschwielung an den Fußsohlen sei kräftig gewesen, einem Hohlfuß entsprechend verteilt. Die Beweglichkeit in den oberen Sprunggelenken sei beidseits eingeschränkt gewesen, rechts deutlicher als links. Das untere Sprunggelenk sei eingesteift gewesen. Bei den Umfangmassen habe sich eine Umfangminderung des linken Oberschenkels im Seitenvergleich bei gleichseitig ausgeprägter verminderter Wadenmuskulatur ergeben. Die Röntgenaufnahmen der Sprunggelenke und Füße hätten einen Zustand nach operativer Korrektur eines Klumpfußes ergeben. An den oberen Sprunggelenken hätten sich keine Auffälligkeiten ergeben, die unteren Sprunggelenke seien nicht sicher einsehbar gewesen. Im Mittelfußbereich hätten bei leichter Cavus- / Adductus-Fehlstellung keine wesentlichen arthrotischen Veränderungen dargestellt. Die Arthrodesen zwischen Calcaneus / Cuboid, Naviculare / MT I erschienen knöchern durchbaut mit liegendem OS-Material. Die Vorfüße seien beidseits weitgehend unauffällig. Es handle sich somit um einen Zustand nach operativer Korrektur an beiden Füßen nach angeborener Klumpfußdeformität mit persistierender leichter Fußfehlform und eingeschränkter Sprunggelenkbeweglichkeit. Die Mittelfußarthrodesen hätten durchbaut gewirkt, wesentliche arthrotische Veränderungen bestünden radiologisch nicht. Die hochgradige und nicht weiter zu differenzierende Schmerzhaftigkeit im gesamten Fußbereich sei jedoch in der geschilderten Form nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Genannt worden seien Kreuzschmerzen, ebenfalls mit extremer Intensität, welche auch belastungsunabhängig vorhanden wären. Durchgeführt worden sei hier zunächst am 15. Juli 2016 eine mikrochirurgische Sequestrektomie und Dekompression L3/4 links wegen Diskushernie L3/4 und hochgradiger Spinalkanalstenose. Gefolgt worden sei dieser Eingriff durch eine zweite Dekompression L4/5 mittels totaler Flavektomie und Rezessotomie beidseits im Februar 2017. Der Versicherte gebe an, dass durch die Eingriffe die Symptomatik in den Beinen besser geworden sei, die lokale Rückenschmerzsymptomatik jedoch verblieben wäre. Bei der Untersuchung zeige sich im Stehen zunächst eine hochgradige Einschränkung der Beugefähigkeit der LWS (FBA minimal im Stehen 50 cm). Auf der Liege könne jedoch eine volle Hüftflexion bei durchgestreckten Beinen und ein Finger-Zehen-Abstand von 20 cm erreicht werden. Es

ergäben sich keine Zeichen einer radikulären Irritation oder radikulären Defizitsymptomatik. Die neu angefertigten Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule in zwei Ebenen hätten keine wesentliche Degeneration der Bandscheibenfächer L3/4 und L4/5 gezeigt, allenfalls angedeutet am lumbosakralen Übergang mit Facettenarthrose. Es liege somit eine Funktionseinschränkung an der Lendenwirbelsäule nach zweifachen operativen Eingriffen ohne adäquates Korrelat vor. Die Funktionsprüfungen der Lendenwirbelsäule hätten inkonsistente Resultate ergeben. Die hohe Schmerzintensität und genannte Funktionseinschränkung hätten somatisch nicht nachvollzogen werden können. Genannt würden konstante Nackenschmerzen, ebenfalls hoher Intensität. Der Versicherte habe sich diesbezüglich vielfacher effektloser Behandlungen unterzogen. Bei der Untersuchung ergebe sich eine völlig freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule ohne Schmerzäusserungen bei den Summationsbewegungen oder bei segmentaler Palpation. Es liege ein Befund eines Kernspintomogramms der HWS vom 6. März 2017 vor, welcher abgesehen von neuroforaminalen Einengungen, einer breitbasigen Diskusprotrusion C5/6 und beginnenden Degenerationen der kleinen Wirbelgelenke keine Auffälligkeit gezeigt habe. Die cervicale Symptomatik sei aus orthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar. Dies entspreche auch dem Bericht der Klinik T.____. Schmerzen seien zudem seitens der linken Schulter angegeben worden mit einer Intensität von VAS 5. Hier habe sich keinerlei pathologischer Befund erheben lassen. Des Weiteren würden Schmerzen an den Kniegelenken, rechtsbetont genannt. Hier zeige sich ein leichtes Patellaspitzenyndrom rechts mehr als links, ohne Hinweise auf relevante Kniebinnenschädigungen oder Funktionsstörungen. 7.2.2 Des Weiteren stellte Dr. med. X.____ namhafte Inkonsistenzen fest (IV-Nr. 78.4, S. 10): Die angegebene hohe Schmerzintensität korreliere nicht mit dem Bewegungsverhalten bei der Untersuchung; es hätten sich trotz intensiver Beschwerdeangaben keinerlei Funktionsstörungen an der Halswirbelsäule und an der linken Schulter feststellen lassen. Auch die Befunde an den Kniegelenken seien als minimal einzustufen; es ergebe sich eine erhebliche Diskrepanz bezüglich der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule im Sitzen und im Stehen (Waddell-Zeichen); trotz der extremen Schmerzangabe an den Füßen seien keinerlei Fussbettungen oder Schuhzurichtungen verwendet worden; die Beschwiellung der Füße sei kräftig und lasse durchaus auf relevante Fussbelastungen schliessen. 7.2.3 Gesamthaft überzeugen auch die Ausführungen des orthopädischen Gutachters zur Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 78.4, S. 8 f., 11 ff.): So könnten die Tätigkeiten als Glasinstallateur oder als Lackierer aufgrund der hiermit verbundenen Steh- und Gehbelastung nicht mehr durchgeführt werden. Andererseits könnten leichte Tätigkeiten vollschichtig in wechselnder Körperposition bei überwiegendem Sitzen, ohne häufiges Bücken, Knien oder Kauern, Besteigen von Leitern und Gerüsten durchgeführt werden. Diese Einschätzung gelte in dieser Form spätestens seit Juli 2016.

E. 7.3

In der psychiatrischen Beurteilung (IV-Nr. 78.5, S. 4 ff.) wird schliesslich angegeben, der Beschwerdeführer erweise sich als wach und in allen Qualitäten orientiert. Er zeige eine intakte Wahrnehmung und Auffassung. Klinisch geprüft fänden sich keine Störungen des Gedächtnisses. Auch sei der Explorand in der Lage, der Unterredung mit gleichbleibender Aufmerksamkeit zu folgen. Seine Überlegungen und Äusserungen liessen durchschnittlich intellektuelle Fähigkeiten vermuten. In der Untersuchungssituation verhalte sich der Versicherte sehr höflich und sei gut zugewandt. Bezüglich Psychomotorik hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Zumindes in der Untersuchungssituation hätten sich keine Störungen des Antriebs feststellen lassen. Der Versicherte klage jedoch über einen

gehemmten Antrieb. Die affektive Modulationsfähigkeit sei leidlich erhalten. Der Gedankengang sei in formaler Hinsicht logisch kohärent und in sich geschlossen. In inhaltlicher Hinsicht hätten sich keine Hinweise für Phobien oder ein psychotisches Geschehen gezeigt. Der Versicherte berichte jedoch von Grübelzwängen. Anhaltspunkte für Sinnestäuschungen, Störung des Ich-Erlebens oder abnorme Triebtendenzen hätten sich nicht fassen lassen. Der Versicherte berichte von gelegentlich verbal-aggressiven Affektdurchbrüchen. Die Beschwerdeschilderung erfolge sachlich und entbehre jeglicher Ausgestaltungs- oder Dramatisierungstendenzen. Es fänden sich auch keine Hinweise für bewusste Aggravation oder gar Simulation. In der Hamilton-Depressionsskala (21 Items) habe der Versicherte eine Gesamtpunktzahl von 22 erzielt. Dieser Wert sei mit einer mittelschweren depressiven Episode vereinbar. Diagnostisch sei von einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen auszugehen. Darüber hinaus zeige der Versicherte ein impuls-aggressives Verhalten, welches mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ, in Einklang stehe. Wie die RAD-Ärztin Dr. med. D. ___ zurecht kritisiert (IV-Nr. 80), erfolgt in Bezug auf die gestellten Diagnosen einer mittelschweren Depression und einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung keine Diagnoseherleitung und Begründung anhand der Kriterien des ICD-10. Auch zur diagnostizierten Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung erfolgt keine klinische Überprüfung bzw. Durchführung von Testverfahren im Rahmen des Gutachtens. Des Weiteren stellt der psychiatrische E. ___-Teilgutachter eine Cannabisabhängigkeit fest, setzt sich aber an keiner Stelle in seinem Gutachten damit auseinander. Dies, obwohl in der Laboruntersuchung ein Cannabiskonsum bestätigt werden konnte (IV-Nr. 78.6), der Beschwerdeführer aber anlässlich der Untersuchung angab, seit 2011 kein Cannabis mehr zu konsumieren (vgl. IV-Nr. 78.5, S. 3). Insgesamt erweist sich die psychiatrische Begutachtung bei der Gutachterstelle E. ___ somit als nicht schlüssig begründet. So ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen, wenn sie davon ausgeht, dass der psychiatrische Teil der polydisziplinären Begutachtung sich als nicht beweismäßig erweist. 7.4 Es zeigt sich somit in der Gesamtschau, dass auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden kann, was die somatische Komponente betrifft. Einem solchen Gutachten, das die Beschwerdegegnerin selber im Verwaltungsverfahren in Auftrag gegeben hat, ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche konkreten Indizien sind somatisch gesehen nicht erkennbar. Daran vermag auch der im Rahmen der Verhandlung vom 28. März 2023 eingereichte Bericht von Dr. med. I. ___ vom 10. Januar 2022 (Urkunde Nr. 4 des Beschwerdeführers) nichts zu ändern, wonach beim Beschwerdeführer eine Achillessehneninsertionstendinopathie links festgestellt worden sei. So ist der Bericht von Dr. med. I. ___ ca. ein Jahr nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2021 erstellt worden. Es sind in den IV-Akten keine Hinweise ersichtlich, dass eine solche Erkrankung bereits zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung bestanden haben könnte. Hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung sind jedoch konkrete Indizien erkennbar, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen; auf diese kann nicht abgestellt werden. Unter diesen Umständen erweist sich die von der Beschwerdegegnerin gewählte Vorgehensweise, zusätzlich ein psychiatrisches Gutachten einzuholen, inhaltlich als korrekt. Da die psychiatrische Komponente auf die Gesamtbeurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit im polydisziplinären E. ___-Gutachten Einfluss hat, kann nicht darauf

abgestellt werden. Hingegen kann auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im orthopädischen Gutachten abgestellt werden, wonach der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit seit Juli 2016 nicht mehr arbeitsfähig ist, in einer den Leiden angepassten Tätigkeit aber keine Arbeitsunfähigkeit besteht. 7.5 Zur Klärung des medizinischen Sachverhalts und Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht stellt die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. F.____ und Dr. phil. G.____ ab.

7.5.1 Die neurologische Gutachterin Dr. phil. G.____ legte in ihrer Beurteilung (IV-Nr. 89, S. 14 ff.) dar, sie könne zur Frage nach objektivierbaren kognitiven Befunden keine Aussagen machen, da die Aussagekraft der Befunde bei auffälliger Performanzvalidierung eingeschränkt sei. In diesem Zusammenhang erklärt sie, dass alle Indikatoren in einem eingesetzten Performanzvalidierungsverfahren deutlich unterhalb des Cut-offs gelegen hätten. Dabei hätten diese Auffälligkeiten in der Performanzvalidierung nicht durch eine tatsächliche kognitive Einschränkung erklärt werden können, weil die Leistungen in den eigentlichen Gedächtnismassen verhältnismässig besser ausgefallen seien und somit die Auffälligkeiten im Performanzvalidierungsverfahren nicht erklären könnten (kein sogenanntes „Demenzprofil“). Somit müsse von einer mangelnden Anstrengungsbereitschaft bzw. -fähigkeit seitens des Versicherten ausgegangen werden. Entsprechend könne auf die aktuellen neuropsychologischen Testergebnisse nicht abgestellt werden, da von ungültigen Untersuchungsergebnissen aufgrund eines mangelnden Efforts auszugehen sei. Weiter spreche für die Nicht-Gültigkeit der Befunde, dass es dem Beschwerdeführer mit diesen ausgeprägten Einschränkungen nicht gelungen wäre, eine EFZ-Ausbildung zu absolvieren und anschliessend ca. 15 Jahre ohne gröbere Auffälligkeiten zu arbeiten. Zudem wären die mittelschweren Einbussen im Aufmerksamkeitsbereich nicht mit einer gegebenen Fahreignung vereinbar. Auch durch die Schmerzproblematik und eine mögliche depressive Symptomatik könne das Ausmass der Einschränkungen nicht erklärt werden. Die Schlussfolgerung der neuropsychologischen Gutachterin, wonach nicht auf die Testergebnisse abgestellt werden kann, ist mit Blick auf das Gesagte nachvollziehbar. Dass die aktuellen Testresultate als ungültig zu werten seien, bedeute gemäss Dr. phil. G.____ jedoch nicht, dass beim Beschwerdeführer nicht doch gewisse kognitive Einschränkungen möglich wären. So könne nicht ausgeschlossen werden, dass erstens bereits prämorbid bzw. entwicklungsbedingt gewisse Defizite vorlägen. Dafür sprächen der Besuch der Einführungsphase und die von ihm berichteten eher schwachen Leistungen in der Schule und in der Ausbildung. Allerdings dürften die Einbussen nicht stark ausgeprägt gewesen sein, da ja anschliessend eine langjährige Berufstätigkeit mit einem 100%-Pensum möglich gewesen sei. Zweitens sei es auch denkbar, dass es im Rahmen des langjährigen Cannabiskonsums zu kognitiven Einschränkungen gekommen sei. Drittens seien auch kognitive Einbussen im Rahmen einer depressiven Symptomatik möglich. Insgesamt könne – so Dr. phil. G.____ – auf die aktuellen Befunde nicht abgestellt werden, wobei leichtere kognitive Einschränkungen allerdings auch nicht ausgeschlossen werden könnten. Es ist daher nachvollziehbar, wenn die neuropsychologische Gutachterin zum Ergebnis gelangt, dass aufgrund der ungültigen Testbefunde die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aktuell nicht beantwortet werden könne.

7.5.2 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.____ vom 24. Februar 2020 erscheint, was die Diagnosestellung in der aktuellen Situation anbelangt, schlüssig und nachvollziehbar. Der psychiatrische Gutachter begründet einleuchtend das Vorliegen einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung mit/bei rezidivierender depressiver

Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom mit/bei Cannabis-Abusus und Alkohol-Abusus sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aufgrund des erhobenen Psychostatus (IV-Nr. 90.1, S. 41 ff.). Dr. med. F.____ setzt sich eingehend mit der von der Begutachtungsstelle E.____ gestellten Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom auseinander (IV-Nr. 90.1, S. 47 f.). Nachvollziehbar führt er aus, dass zurzeit eine leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom zu verorten sei, es aber nicht ausgeschlossen werden könne, dass damals (zum Zeitpunkt der Begutachtung bei der E.____) eine solche vorgelegen sei, zumal die Ehefrau des Beschwerdeführers berichtet habe, dass der Beschwerdeführer heute nun vom Depressiven besser sei und auch die behandelnde Psychotherapeutin zu Beginn der Behandlung von einem deutlich depressiveren Zustandsbild als heute gesprochen habe. Eingehend setzt sich der psychiatrische Administrativgutachter zudem mit der von der Begutachtungsstelle E.____ gestellten Diagnosen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung auseinander und führt einleuchtend aus, dass eine solche beim Beschwerdeführer nicht vorliege, weil wichtige Verhaltensweisen bzw. Befunde, welche auf dieses Störungsbild verweisen würden, schlicht fehlten. Wenn die emotional instabile Persönlichkeitsstörung des impulsiven Typs, wie vom E.____ festgehalten worden sei, im ICD-10 im Wesentlichen als eine emotionale Instabilität und mit einer mangelnden Impulskontrolle umschrieben werde, welche bis hin zu gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten führen könnte, zeige der Versicherte solche Verhaltensweisen schlicht nicht. Vielmehr dürfte er sich unter Druck, bei Konflikten oder in Situationen, wo er sich unzulänglich fühle, ungeduldig, gereizt, angespannt, frustriert und ungehalten präsentieren, was dann auch zu impulsiven und auch selbstverletzenden Entladungen führen könne. Dies werde im Rahmen des ADHS und nicht im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung verstanden (IV-Nr. 90.1, S. 50 f.). Diese Ausführungen sind plausibel. Auch seine Einschätzung, wonach beim Beschwerdeführer aufgrund der leichten depressiven Episode und der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit bestehe, begründet er nachvollziehbar. Dagegen überzeugt die Begründung der aktuellen Arbeitsfähigkeit im Gutachten vom 24. Februar 2020 (IV-Nr. 90.1, S. 54 f.) nur bedingt: Dr. med. F.____ führt zur Arbeitsfähigkeit aus, von Seiten der leichten depressiven Störung seien keine relevanten Einschränkungen zu formulieren. Quantitativ sei von Einschränkungen von rund 20 % auszugehen. Von Seiten der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung seien denn auch qualitative Einschränkungen zu erwarten, welche sich insgesamt im Sinne einer Verlangsamung zeigen dürften. Darauf habe insbesondere sein letzter Arbeitgeber verwiesen. Der Experte hält explizit fest, es sei schwierig, diese zu quantifizieren. Doch könne davon ausgegangen werden, dass der Versicherte unter dem Aspekt der Verlangsamung in etwa doppelt so lange brauchen dürfte als gemeinhin üblich, so gesehen von quantitativen Einschränkungen von rund 50 % ausgegangen werden könne. Zusammenfassend geht er aber davon aus, dass für die bisherige Tätigkeit von quantitativen Einschränkungen von 20 % und von qualitativen Einschränkungen von rund 50 % auszugehen sei. Dr. med. F.____ versteht unter «qualitative Einschränkungen» eine Verlangsamung in der Ausübung der Arbeitstätigkeit, was aber durchaus ein quantitatives Element darstellt, welches mit 50 % zudem sehr stark ins Gewicht fällt. Des Weiteren führt der Experte aus, in einer angepassten Verweistätigkeit dürften die qualitativen Einschränkungen deutlich geringer ausfallen, vielleicht gar wegfallen. Die Ausführungen von Dr. med. F.____ sind nicht klar formuliert. Daraus lässt sich nicht entnehmen, ob die qualitativen Einschränkungen in einer Verweistätigkeit

wegfallen oder nicht. Zumindest lässt sich dies aus den Ausführungen des Psychiaters nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit entnehmen. Auf die Einschätzung von Dr. med. F.____ kann deshalb nicht abgestellt werden. Ausserdem erscheint eine entsprechende Rückfrage an den Gutachter als nicht zielführend, hat der Experte doch ausdrücklich festgehalten, die qualitativen Einschränkungen seien schwierig einzuschätzen. 7.6 Zusammenfassend war der medizinische Sachverhalt und das funktionelle Leistungsvermögen des Beschwerdeführers durch die bei Erlass der Verfügung vom 27. Januar 2021 vorliegenden medizinischen Stellungnahmen nicht hinreichend geklärt. Um diese Abklärungslücke zu füllen, hat das Versicherungsgericht bei Dr. med. H.____ ein psychiatrisches Gutachten eingeholt (vgl. E. I. 5.1 hiervor). 8. Wie dargelegt, weicht das Gericht von einem Gerichtsgutachten, das die allgemeinen Anforderungen erfüllt, nur dann ab, wenn zwingende Gründe für ein Abweichen vorliegen (E. II. 3.4 hiervor). 8.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H.____ vom 4. Juli 2022 (A.S. 52 – 68) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht (vgl. E. II. 3.3 hiervor). Es stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher den Beschwerdeführer eingehend untersucht (vgl. A.S. 55 – 60) und die Vorakten studiert hat (vgl. A.S. 52 – 55). Die Aussagen des Experten sind in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar (vgl. A.S.60 ff. mit der ausführlichen fachärztlichen Beurteilung). Der Gerichtsgutachter stellt folgende Diagnosen (A.S. 65): - Akzentuierte emotional instabile und unreife Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - ADHS (ICD-10 F90.0) - Sekundäre depressive Verstimmungen, leichten bis mittelgradigen Ausmasses, nicht einer eigenständigen depressiven Störung entsprechend (ICD-10 F38.8) - Cannabis-Dauerkonsum (ICD-10 F12.1) - Alkoholkonsum (ICD-10 F10.1) - V. a. Schmerzstörung mit psychischen und körperlichen Faktoren (F45.41) 8.2 Der Gutachter würdigt die Aktenlage und die Aussagen des Beschwerdeführers eingehend und begründet ausführlich und nachvollziehbar – jeweils im Abgleich der erhobenen Befunde mit den jeweiligen Kriterien nach ICD-10 – die von ihm gestellten Diagnosen. 8.2.1 Die in den Vorakten teilweise postulierte Persönlichkeitsstörung wird von Dr. med. H.____ in nachvollziehbarer Weise verneint (A.S. 63 f.). So bedürfe es dafür eines tief verwurzelten anhaltenden Verhaltensmusters mit starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen. Es bestehe eine deutliche Abweichung im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu andern. Das Verhaltensmuster sei meistens stabil und beziehe sich auf vielfältige Bereiche vom Verhalten und psychischen Funktionen, gehe einher mit persönlichen Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit. Beim Exploranden bestünden tatsächlich gewisse Verhaltensauffälligkeiten, die sich vor allem durch die aggressiven und impulsiv anmutenden Durchbrüche manifestierten. Der Explorand meine allerdings, dass er gelernt habe, in den letzten Jahren einen besseren Umgang damit zu finden und ruhiger geworden sei. Es bestehe allerdings noch eine Tendenz, eine innere Spannung aufzubauen, die er versuche, mit Selbstverletzungen oder Cannabiskonsum anzugehen. Er sei in der Lage, eine mehrjährige Beziehung zu führen. Er gebe an, seit dem 17. Lebensjahr die Beziehung zur Ehefrau zu führen, wobei es zu Beginn zu zweimaligen Trennungen gekommen sei. Es sei anzunehmen, dass die Ehefrau ihm gegenüber eine Toleranz aufweise, denn nach den Beschreibungen des Exploranden erleide er immer wieder Durchbrüche, die von ihr dann toleriert worden seien. Er sei zudem auch in der Lage, einige soziale Kontakte dauerhaft zu pflegen, ohne dass es diesbezüglich zu massiven Auffälligkeiten komme. Dies decke sich daher nicht ohne Weiteres mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, es wäre diesbezüglich von einer viel grösseren

Inkonsistenz und inadäquatem Verhalten zu rechnen. Zudem dürfte sicher die ADHS-Problematik eine gewisse Rolle spielen, wobei sich eine ADHS-Problematik nicht primär mit Verhaltensauffälligkeiten im zwischenmenschlichen Bereich manifestiere. Es zeigten sich eine deutliche Unaufmerksamkeit, ein Mangel an Ausdauer, vor allem bei kognitivem Einsatz und eine Tendenz, Tätigkeiten zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen, eine Desorganisiertheit, eine mangelhaft regulierte und überschüssige Aktivität. Derartige Auffälligkeiten seien zwar vom Exploranden beschrieben worden, hätten sich aber nicht mit den Anspannungszuständen und teilweise aggressiven Durchbrüchen gedeckt, die oft im zwischenmenschlichen Bereich entstünden, weswegen der Untersucher der Meinung sei, dass es sich um persönlichkeitspezifische Verhaltensweisen handle, die im Rahmen einer akzentuierten Persönlichkeitsstruktur interpretiert werden müssten. Es könne daher nicht die Meinung von Dr. med. F. ___ übernommen werden, der auch derartige Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen der ADHS-Problematik interpretiere. Nachvollziehbar bestehe allerdings nicht das Ausmass, wie es bei einer Persönlichkeitsstörung erwartet werden könne.

8.2.2 Bezüglich der ADHS-Problematik verweist der gerichtlich bestellte Gutachter auf die neuropsychologische Abklärung (IV-Nr. 89; E. II. 7.5.1 hiervor), auch auf die weiteren Angaben in den Unterlagen. Es würden Auffälligkeiten seit der frühen Kindheit erwähnt, die am ehesten durch diese Problematik begründet werden könnten. Auch die heutigen Angaben des Exploranden hätten sich mit einer Störung, welche durch die ADHS-Problematik erklärt werden könnte, gedeckt. Es schienen aktuell eher kognitive Defizite aufzutreten, wobei diese in der Untersuchung nicht aufgefallen seien. Eindeutige hyperkinetische Symptome seien zurzeit nicht evaluierbar. Diese Ausführungen sind plausibel und überzeugend. Sie lassen sich auch mit den Vorakten vereinbaren. Eine ADHS-Störung wäre medikamentös gut behandelbar, doch weigere sich der Explorand, eine entsprechende Behandlung durchzuführen, da er sich zu stark verändert erlebt haben sollte. Es seien auch keine medikamentöse Alternativen versucht worden. Die von ihm angegebene Begründung, dass er sich durch den medikamentösen Einfluss nicht noch mehr schädigen wolle, könne nicht gefolgt werden. Es müsse bedacht werden, dass der Explorand einige Zeit zumindest tendenziell übermässig Alkohol konsumiert habe, auch regelmässig Cannabis, was er heute noch tue, was auf Dauer schädlicher sein dürfte als eine medikamentöse Behandlung mit geeigneten Massnahmen. Es stünden heute verschiedene Medikamente zur Verfügung, auch könne die Dosis entsprechend angepasst werden.

8.2.3 Zur depressiven Störung führt Dr. med. H. ___ aus (A.S. 64), eine solche begründe sich durch dauerhaft gedrückte Stimmung mit Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebes und erhöhter Ermüdbarkeit. Es handle sich dabei um die Kardinalsymptome. Beim Exploranden träten Stimmungswechsel auf, die allerdings rasch und situationsabhängig auftreten könnten. Es bestehe nicht eine dauerhaft gedrückte Stimmung ohne äussere Einflüsse. Es könne auch nicht ein dauerhafter Interessenverlust oder dauerhafte Freudlosigkeit bestätigt werden. Der Explorand sei in der Lage, einigen Interessen nachzugehen, kümmere sich um sein Kind, könne sich mit ihm freuen, verfolge auch die Nachrichten, schaue sich TV-Serien an, habe Freude, wenn er sich mit der Familie oder Freunden treffe. Eine Verminderung des Antriebes oder erhöhte Ermüdbarkeit werde von ihm nicht bestätigt. In diesem Sinn könne einzig angenommen werden, dass der Explorand wiederholt unter Verstimmungszuständen leide, die in Kombination mit der ADHS-Problematik und der labilen Persönlichkeitskonstellation interpretiert werden könnten. Eine eigenständige depressive Störung lasse sich daher nicht nachweisen, doch zeitweise depressive Verstimmungen mit Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, des

Gefühls der Wertlosigkeit, pessimistischer Haltung und Appetitstörungen sowie Sterbebedanken. Diese Ausführungen sind plausibel und überzeugend. Ihnen kann auch unter Berücksichtigung der anderslautenden Einschätzung des Administrativgutachters Dr. med. F.____, der eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom diagnostiziert hatte (vgl. E. II. 7.5.2 hiervor), Beweiskraft beigemessen werden.

8.2.4 Zum Cannabis- und Alkohol-Abusus führt der gerichtlich bestellte Gutachter aus, beim Exploranden bestehe ein dauerhafter Konsum von Cannabis. Er meine, dass er nicht übermässig viel konsumiere, allenfalls dreimal wöchentlich, um eine Spannung abzubauen und zur Ruhe zu kommen. Der Cannabis-Konsum persistiere nachgewiesenermassen schon seit mehreren Jahren, es sei ihm bisher nicht gelungen, diesen Konsum zu stoppen. Einzig vom Hausarzt werde berichtet, dass der Beschwerdeführer einmal versucht habe auf Cannabis zu verzichten, dabei vermehrt Schmerzen verspürt habe. Als Grund gebe der Explorand für den Konsum allerdings an, dass er eher eine Entspannung zu erreichen versuche und weniger einen Effekt auf die Schmerzen erziele. Es scheine auch ein Alkoholkonsum zu bestehen, wobei unklar sei, inwieweit es sich um einen überhöhten oder massiven Konsum handle. Auch dieser Konsum dürfte mit grosser Wahrscheinlichkeit eine entspannende Wirkung aufweisen. Ein Konsum von weiteren Drogen finde nicht statt.

8.2.5 Bezüglich der Schmerzproblematik führt Dr. med. H.____ aus, diese könne aus somatischer Sicht zum Grossteil weitgehend nachvollzogen werden, wobei eine Überlagerung durch den psychischen labilen Zustand anzunehmen sei, weswegen die Diagnose einer Schmerzstörung in Betracht zu ziehen sei. Da die körperlichen Beeinträchtigungen begründbar seien, sei durch diese mögliche Schmerzstörung nicht noch ein zusätzlicher Einfluss anzunehmen (A.S. 65).

8.3 8.3.1 In Bezug auf die Arbeits(un)fähigkeit in der angestammten Tätigkeit gelangt der Gutachter sodann zum Schluss, dem Exploranden sei es zuzumuten, Lackierungen von Glasplatten durchzuführen (A.S. 67). Aufgrund der erhöhten Ablenkbarkeit und verminderten Belastbarkeit sei davon auszugehen, dass der Explorand verlangsamt sein dürfte und vermehrt Pausen benötige. Es sei ihm eine ganztägige Arbeit möglich, wobei von einer Leistungseinschränkung von 20 % auszugehen sei.

8.3.2 Zur Arbeitsfähigkeit in adaptierter Fähigkeit führt Dr. med. H.____ aus, der Explorand sei nicht in der Lage, Verantwortung zu übernehmen. Er könne nicht komplexe Tätigkeiten durchführen, die Arbeit müsse klar vorgegeben sein, er könne sich nicht wiederholt wechselnden Bedingungen anpassen, er sollte auch nicht unter Zeitdruck arbeiten müssen. Eine derartige Tätigkeit könne er ganztags durchführen, es wäre allerdings auch mit einer leistungsmässigen Einschränkung zu rechnen, wie sie in der bisherigen Tätigkeit als Glaslackierer ebenfalls bestanden habe, wobei bei optimalen Bedingungen eine 20%ige Leistungseinschränkung anzunehmen sei.

8.3.3 Zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit führt der Gutachter aus, wie in der Beurteilung dargelegt worden sei, träten beim Exploranden affektive Verstimmungszustände auf, die von verschiedenen Umständen abhingen. Grundsätzlich könne allerdings nicht von einem stark wechselhaften Verlauf ausgegangen werden. Es persistiere die ADHS-Problematik, welche ungünstig beeinflusst werde durch die labile Persönlichkeitsstruktur. Mittlerweile gelinge es dem Exploranden besser mit den labilen Zuständen umzugehen, was sich aber nicht relevant auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Die Veränderungen seien noch zu gering und zu wenig stabil, als dadurch eine wesentliche Veränderung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne.

8.4 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu

unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraaster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 8.2 hiervor) verwiesen werden. Zudem führt der Gutachter aus, bezüglich Ausprägung der Diagnosen spielten die persönlichkeitspezifischen Faktoren und die ADHS-Problematik eine wesentliche Rolle, da sie ungünstig miteinander interferierten. Dem Exploranden sei es offenbar gut möglich, seinen Alltag zu gestalten, teilweise in reduziertem Ausmass, indem er Haushaltfunktionen vernachlässige, doch sei er in der Lage, sich um sein Kind zu kümmern, Einkäufe zu tätigen, einige Reinigungsarbeiten durchzuführen, sich um den Hund zu kümmern, er pflege auch soziale Kontakte. Er gerate teilweise in Spannungszustände, wo er sich dann zurückziehen müsse. Die Auffälligkeiten hätten nicht zu einem dauerhaften sozialen Rückzug oder Unfähigkeit geführt, sich am allgemeinen Leben zu beteiligen. Es sei demnach von einer leichten bis höchstens mittelschweren Beeinträchtigung auszugehen. Eine schwere Beeinträchtigung liege nicht vor, denn dann wäre eine viel stärkere Beeinträchtigung im Alltag zu erwarten und der Explorand wäre nicht mehr in der Lage, sich genügend um seine Belange zu kümmern (A.S. 65). Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führt der Gutachter aus, es würden dauernde ambulante psychotherapeutische Behandlungsmassnahmen durchgeführt, auch eine antidepressive medikamentöse Therapie. Der Explorand verfolge die Therapiemassnahmen motiviert. Es bestehe ein Leidensdruck, ansonsten würde er die Therapie nicht über Jahre verfolgen. Eine Einschränkung ergebe sich insofern, als er sich weigere, die ADHS-Problematik medikamentös zu behandeln, obwohl in der Vergangenheit gute Erfolge hätten erzielt werden können. Andererseits konsumiere er Alkohol und Cannabis, was sich möglicherweise gesundheitsschädigend auswirken könnte. Es bestehe diesbezüglich eine Inkonsistenz. Es gelinge ihm gemäss

seinen Angaben, heute besser mit seinen Spannungszuständen und aggressiven Durchbrüchen umzugehen, die nicht mehr ein derart auffallendes Ausmass annähmen wie in jüngeren Jahren. Dies decke sich auch mit den Angaben in den Unterlagen, wo eine teilweise Beruhigung oder Stabilisierung erwähnt werde, allerdings nicht konsequent. Vor allem im beziehungs-mässigen Bereich schienen noch teilweise Durchbrüche aufzutreten. Demnach kann weder von einer Behandlungs- noch von einer Eingliederungsresistenz ausgegangen werden. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Im Gutachten wird als Komorbidität der Alkohol- und Cannabis-Konsum aufgefasst, doch bestehe gemäss Dr. med. H. ___ nicht ein derart hoher Konsum, als sich daraus klar sekundäre Folgen gezeigt hätten, welche den Exploranden im Alltag beeinträchtigen würden. Es hätten sich auch keine körperlichen Auffälligkeiten gezeigt, kognitiv wirke er diesbezüglich ebenfalls nicht beeinträchtigt. Weiter spielten die persönlichkeits-spezifischen Faktoren und die ADHS-Problematik eine wesentliche Rolle, da sie ungünstig miteinander interferierten. Die Auffälligkeiten hätten aber nicht zu einem dauerhaften sozialen Rückzug oder der Unfähigkeit geführt, sich am allgemeinen Leben zu beteiligen. Es bestehe eine Schmerzproblematik, die aus somatischer Sicht zum Grossteil weitgehend nachvollzogen werden könne, wobei eine Überlagerung durch den psychischen labilen Zustand anzunehmen sei, weswegen die Diagnose einer Schmerzstörung in Betracht zu ziehen sei. Da die körperlichen Beeinträchtigungen begründbar seien, sei durch diese mögliche Schmerzstörung nicht noch ein zusätzlicher Einfluss anzunehmen. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Dazu verweist der Gutachter auf seine vorherigen Ausführungen zur Persönlichkeit des Beschwerdeführers (E. II. 8.2.1 hiervor). Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne nicht begründet werden, doch bestehe eine labile Persönlichkeitskonstellation, die sich durch schwierige Anamnese begründe, es hätten sich auch teilweise Verhaltensauffälligkeiten gezeigt. Der Explorand sei zeitweise nicht genügend in der Lage, seine Affekte zu steuern, vor allem im privaten Bereich, auch scheine die Impulskontrolle zumindest in der Vergangenheit gestört gewesen zu sein, indem er Gegenstände zerstört habe. Er leide teilweise auch unter Antriebsschwierigkeiten und fühle sich blockiert. Es ist demnach beim Beschwerdeführer sowohl von günstigen als auch teilweise ungünstigen Persönlichkeitsstrukturen auszugehen, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung ins Gewicht fielen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Hierzu führt der Gutachter aus, der Explorand sei offenbar gut in der Lage, soziale Kontakte zu pflegen, er fühle sich auch wohl mit Bekannten. Es bestehe ein enger Kontakt zu den Schwiegereltern und zu seinen eigenen Eltern, es finde auch eine gute

Unterstützung durch die Umgebung statt. Eine Konstanz zeige sich in der Beziehung zu seiner Ehefrau. Diese Beziehung pflege er seit dem 17. Lebensjahr. Der Explorand weise zwar auf teilweise partnerschaftliche Schwierigkeiten hin aufgrund seines Verhaltens, doch scheine die Partnerschaft stabil zu bestehen. Demnach enthält der soziale Lebenskontext des Versicherten mobilisierbare Ressourcen. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Gemäss dem psychiatrischen Gerichtsgutachter fühle sich der Explorand aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Hauptsächlich gebe er körperliche Beschwerden an, wobei diesbezüglich aus somatischer Sicht bereits Stellung bezogen worden sei. Eine körperlich adaptierte Tätigkeit sollte möglich sein. Dies zeige sich auch im Tagesablauf, wo er offensichtlich in der Lage sei, sich um den Sohn zu kümmern, auch einige Alltagsaufgaben erledigen könne, keine Pausen einlege. Er sei auch in der Lage, seine Freizeit zu gestalten und sich zu aktivieren, es bestünden auch soziale Kontakte. Es könne demnach keine wesentliche Beeinträchtigung im Aktivitätsbereich festgestellt werden. Es bestehe demnach eine Inkonsistenz bezüglich seiner subjektiven Angaben, aufgrund derer eine viel grössere Beeinträchtigung zu erwarten wäre, die nicht mit den Tagesablauf übereinstimme und auch mit den Untersuchungsergebnissen nicht zu belegen seien. Eine konsistente Einschränkung des Aktivitätenniveaus ist daher eher zu verneinen. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Hierzu führt Dr. med. H. ___ aus, es bestehe ein Leidensdruck, der Explorand führe konsequente psychotherapeutische Massnahmen durch, wobei vorgeschlagene medikamentöse Massnahmen nur teilweise befolgt würden, insbesondere die ADHS-Problematik nicht genügend angegangen werde. Auch werde keine konsequente Abstinenz von Drogen- oder Alkoholkonsum durchgeführt. Andererseits könne diskutiert werden, inwieweit ein konsequenter Verzicht auf Suchtmittel überhaupt notwendig sei. Es sei allerdings schwierig abzuschätzen, wieviel der Explorand tatsächlich konsumiere. In der Vergangenheit scheine zumindest ein teilweiser Überkonsum von Alkohol bestanden zu haben, was sich auch laborchemisch nachweisen lasse. Ein behandlungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck kann somit bejaht werden. 8.5 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H. ___ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 gibt. Eine Gesamtwürdigung der Indikatoren ergibt, dass die ressourcenbildenden Faktoren deutlich überwiegen, womit die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit (einfach strukturierte und klar vorgegebene Tätigkeit ohne Übernahme von Verantwortung und ohne Zeitdruck, bei welcher sich der Beschwerdeführer nicht wiederholt wechselnden Bedingungen anpassen muss) auch im Lichte der neuen Rechtsprechung überzeugt. 8.6 Zu prüfen bleibt, ob die vom Vertreter des Beschwerdeführers im Rahmen der Verhandlung vom 28. März 2023

dagegen vorgebrachten Einwendungen etwas an dieser Einschätzung zu ändern vermögen:

8.6.1 Der Beschwerdeführer rügt, dem Gerichtsgutachter hätten bei der Beurteilung wesentliche Akten aus der Kindheit des Beschwerdeführers gefehlt. Der Beschwerdeführer sei in seiner Kindheit mehrere Jahre in psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. Y.____ gestanden. Auch sei die ADHS-Problematik viel früher diagnostiziert und mit Ritalin behandelt worden als von Dr. med. H.____ in seinem Gutachten vom 4. Juli 2022 festgehalten. Dem Bericht von Dr. med. K.____ vom 25. Juli 2000 (E. II. 6.1 hiervor; IV-Nr. 2, S. 3 f.) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer wegen depressiver Entwicklung, Selbstwertproblematik und wegen unkontrollierbaren aggressiven Impulsen sowie schulischen Leistungs- und Verhaltensstörungen mehrere Jahre beim Kinder- und Jugendpsychiater Dr. med. Y.____ in Behandlung gestanden sei. Trotz dieser engmaschigen Behandlung hätten gemäss Dr. med. K.____ keine Behandlungserfolge erzielt werden können. So sei der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Anmeldung bei ihm «therapiemüde» gewesen. Erst mit der von Dr. med. K.____ initiierten Ritalin-Behandlung und der gleichzeitig vereinbarten grobmaschigen psychotherapeutischen Kontakte hätten insofern Erfolge erzielt werden können, als dass sich die schulischen Verhaltensstörungen weitgehend zurückgebildet hätten und es dem Beschwerdeführer gelungen sei, eine Lehrstelle als Maler zu finden. Es ist somit nicht davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer im Kindesalter resp. vor dem 16. Lebensjahr Ritalin verschrieben wurde. Eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens sei gemäss Dr. med. K.____ zum damaligen Zeitpunkt noch nicht erkannt worden. Auch ist nicht ersichtlich, welche weiterführenden Erkenntnisse durch den Beizug der medizinischen Akten aus der Kindheit des Beschwerdeführers zu erwarten sind, zumal sämtliche psychiatrischen Behandlungen vor derjenigen bei Dr. med. K.____ offensichtlich keinen grossen Nutzen gezeigt hatten. Es ist deshalb von einem Beizug der medizinischen Akten aus der Kindheit des Beschwerdeführers abzusehen.

8.6.2 Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, Dr. med. H.____ habe die diagnostizierte Schmerzstörung nicht rechtsgenügend abgeklärt. Dazu ist festzuhalten, dass sich der Gerichtsgutachter in seinem Gutachten mit der Schmerzstörung auseinandergesetzt hat. Konkret führte er aus, im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F.____ vom 24. Februar 2020 sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren angenommen worden, auch wenn ein Grossteil der Beschwerden aus somatischer Sicht begründet werden könne (A.S. 63). Weiter fügte er an, eine Überlagerung durch den psychisch labilen Zustand sei anzunehmen, weswegen die Diagnose einer Schmerzstörung in Betracht zu ziehen sei. Da die körperlichen Beeinträchtigungen begründbar seien, sei durch diese mögliche Schmerzstörung nicht noch ein zusätzlicher Einfluss anzunehmen (A.S. 65). Gegen diese Annahme ist nichts einzuwenden. Die Schmerzproblematik wird vom orthopädischen E.____-Gutachter Dr. med. X.____ hinreichend gewürdigt und findet in seiner Diagnosestellung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit Eingang (vgl. IV-Nr. 78.4, S. 7 ff.). Aus den Akten ergeben sich aber auch Hinweise für ein Aggravationsverhalten. So stellte sich Dr. med. F.____ aufgrund der neuropsychologischen Befunde (vgl. E. II. 7.5.1 hiervor) in seinem psychiatrischen Gutachten die Frage, ob der Versicherte Beschwerden bzw. Einschränkungen im Sinne einer Verdeutlichung aggraviere. Es sei im Sinne des Wahrscheinlichen von einem Aggravationsverhalten auszugehen. Auch Dr. med. X.____ stellte in Bezug auf die Schmerzproblematik bei der orthopädischen Untersuchung namhafte Inkonsistenzen fest (E. II. 7.2.2 hiervor): Die angegebene hohe Schmerzintensität korreliere nicht mit dem Bewegungsverhalten bei der Untersuchung; es hätten sich trotz intensiver

Beschwerdeangaben keinerlei Funktionsstörungen an der Halswirbelsäule und an der linken Schulter feststellen lassen. Auch die Befunde an den Kniegelenken seien als minimal einzustufen; es ergebe sich eine erhebliche Diskrepanz bezüglich der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule im Sitzen und im Stehen (Waddell-Zeichen); trotz der extremen Schmerzangabe an den Füßen seien keinerlei Fussbettungen oder Schuhzurichtungen verwendet worden; die Beschwielen der Füße sei kräftig und lasse durchaus auf relevante Fussbelastungen schliessen. Aufgrund eindeutiger Hinweise für ein Aggravationsverhalten besteht vorliegend kein Anlass, von der schlüssigen Beurteilung von Dr. med. H.____ abzuweichen.

8.6.3 Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, der Gerichtsgutachter habe sich nur ungenügend mit der Suchtproblematik auseinandergesetzt. So belegten die eingereichten Laborbefunde vom 17. Juni 2022 (Urkunden Nr. 5 und 6 des Beschwerdeführers), dass der Beschwerdeführer entgegen den Ausführungen im Gerichtsgutachten kein Cannabis oder andere Drogen konsumiere. Der Vertreter des Beschwerdeführers beantragt deshalb den Beizug der Tonaufnahmen der Begutachtung von Dr. med. H.____. Der Umstand, dass die Laborbefunde dem Gerichtsgutachter nicht vorlagen, schmälert nicht den Beweiswert seines Gutachtens, zumal der Sachverhalt bis zum Erlass der Verfügung vom 27. Januar 2021 zu beurteilen ist. Es ist zudem nicht erkennbar, welche weiterführenden Erkenntnisse durch den Beizug der Tonaufnahmen der Begutachtung zu erwarten sind, da allfällige anderslautende Angaben zum aktuellen Konsumverhalten keine Relevanz für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation zum Verfügungszeitpunkt haben. Somit ist von einem Beizug der Tonaufnahmen abzusehen.

8.6.4 Weiter bemängelt der Beschwerdeführer, Dr. med. H.____ habe die vom Beschwerdeführer genannten Selbstverletzungen sowie die auftretende Traurigkeit, wenn er an seine Kindheit zurückdenke resp. an sein Kind denke, im Gutachten vom 4. Juli 2022 nicht hinreichend gewürdigt. Es seien auch in diesem Zusammenhang die Tonaufnahmen beizuziehen. Davon ist vorliegend abzusehen. Dr. med. H.____ hat die Angaben des Beschwerdeführers zu den Selbstverletzungen und zur auftretenden Traurigkeit in seinem Gutachten mehrfach erwähnt und in die Beurteilung der medizinischen Situation miteinbezogen (siehe dazu insbesondere die Ausführungen unter E. II. 8.2.1 und 8.2.3 hiervor; A.S. 63 f.). Dr. med. H.____ legte nachvollziehbar dar, dass der Beschwerdeführer unter Verstimmungszuständen leide, die in Kombination mit der ADHS-Problematik und der labilen Persönlichkeitskonstellation interpretiert werden könnten. Eine eigenständige depressive Störung lasse ich aber nicht nachweisen, hingegen leide der Beschwerdeführer zeitweise unter depressiven Verstimmungen mit Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, des Gefühls der Wertlosigkeit, pessimistischer Haltung und Appetitstörungen sowie Sterbebedanken. Bei den Anspannungszuständen, die oft im zwischenmenschlichen Bereich entstünden und welche der Beschwerdeführer mit Selbstverletzungen oder Cannabiskonsum anzugehen versuche, handle es sich um persönlichkeitspezifische Verhaltensweisen, die im Rahmen einer akzentuierten Persönlichkeitsstruktur interpretiert werden müssten (A.S. 63 f.). Die Einwände des Beschwerdeführers zielen somit ins Leere.

8.6.5 Schliesslich bringt der Beschwerdeführer vor, im Gerichtsgutachten fehle eine Mini-ICF-App. Ein Gutachten verliert nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an allfällige Qualitätsrichtlinien anlehnt (Urteil des Bundesgerichts 9C_273/2018 E. 5.4). Der medizinischen Fachperson kommt bei der Wahl der Methode zur Erstellung des Gutachtens grosses Ermessen zu. Auch liegt es ihrem Ermessen, ob sie psychologische Test durchführen will. Massgebend ist vielmehr, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist. Dem testmässigen Erfassen der

Psychopathologien im Rahmen der psychiatrischen Exploration kann generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend ist. Aus diesem Grund ist es dem Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. H. ___ nicht abträglich, dass keine Mini-ICF-APP durchgeführt wurde. 9.

Zusammenfassend kann demnach auf das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. H. ___ vom 4. Juli 2022 sowie auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden, was die somatische Komponente betrifft. So ist der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Glaslackierer und Glasmonteur ab Juli 2016 voll arbeitsunfähig. In einer adaptierten Tätigkeit ist dem Beschwerdeführer eine 80%ige Arbeitstätigkeit zumutbar. 10. Nachfolgend ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. 10.1 Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (s. dazu E. II. 2.3 hiervor). Soweit die fraglichen Einkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, s. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30; Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.1). Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224), hier also das Jahr 2017. Validen- und Invalideneinkommen sind dabei auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (BGE 129 V 222 E. 4.2 S. 224). Bei der Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte und nicht, was sie bestenfalls erzielen könnte (BGE 131 V 51 E. 5.1 S. 53). Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom – wenn nötig der Teuerung und der Einkommensentwicklung angepassten – letzten Verdienst auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Urteil des Bundesgerichts 9C_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.4.1). Geht die versicherte Person keiner Erwerbstätigkeit mehr nach, sind für das Invalideneinkommen die statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) heranzuziehen (s. BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.3). Abgestellt wird dabei regelmässig auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), bezogen auf den gesamten privaten Sektor (Urteil des Bundesgerichts 9C_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.3.1). 10.2 Einzugehen ist zunächst auf das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach er als Frühinvalider gelte und daher beim Valideneinkommen nach Art. 26 Abs. 1 IVV vorzugehen sei (vgl. E. II. 4.2 hiervor). Im vorliegenden Fall war es dem seit seiner Geburt an Klumpfüssen und ADHS leidenden Beschwerdeführer möglich, eine berufliche Ausbildung als Maler zu absolvieren. Er verfügt somit über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Dies steht einer Qualifikation als Frühinvalider gemäss Art. 26 Abs. 1 IVV allerdings nicht unter allen Umständen entgegen: Nach der Rechtsprechung sind Frühinvalide Versicherte, die seit ihrer Kindheit einen Gesundheitsschaden aufweisen und deshalb keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben konnten. Dazu gehören auch Versicherte, welche zwar eine Berufsausbildung beginnen und allenfalls abschliessen, zu Beginn der Ausbildung jedoch

bereits invalid sind und mit dieser Ausbildung nicht dieselben Verdienstmöglichkeiten realisieren können wie eine nichtbehinderte Person mit derselben Ausbildung (Urteil des Bundesgerichts 9C_611/2014 vom 19. Februar 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf Ziffer 3035 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung des Bundesamtes für Sozialversicherungen [KSIH]). Entscheidend ist in dieser Konstellation, ob die versicherte Person die absolvierte Ausbildung auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt «ummünzen» kann oder ob ihr dies behinderungsbedingt verunmöglicht ist (zitiertes Urteil des Bundesgerichts 9C_611/2014 vom 19. Februar 2015 E. 4.3 am Ende). Gemäss dem Bericht von Dr. med. K. ___ vom 25. Juli 2000 (IV-Nr. 2, S. 3 f.) hätten sich die schulischen Leistungen des Beschwerdeführers nach erfolgter Ritalin-Behandlung gebessert und es sei ihm gelungen, eine Lehrstelle als Maler zu finden. Nach abgeschlossener Ausbildung arbeitete er über mehrere Jahre auf diesem Beruf. So gab er an, nach dem Schulabschluss vom 16. bis zum 19. Lebensjahr mit Erfolg eine Lehre als Maler durchlaufen zu haben. Vom 19. bis 26. Lebensjahr habe er im erlernten Beruf gearbeitet. Danach sei er bis Juli 2016 als Scheibenmonteur tätig gewesen (IV-Nr. 78.5, S. 2). Dem IK-Auszug lässt sich ebenfalls entnehmen, dass der Beschwerdeführer über mehrere Jahre ein reguläres Einkommen erzielen konnte (IV-Nr. 64). Folglich was es ihm möglich, auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuss zu fassen, berufliche Kenntnisse zu erwerben und jeweils eine längerdauernde Anstellung finden und zu halten. Insgesamt fällt daher – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – eine Anwendung von Art. 26 Abs. 1 IVV ausser Betracht.

10.3 Das in der Verfügung vom 27. Januar 2021 errechnete Valideneinkommen von CHF 67'797.00 stützt sich auf die Angaben des Arbeitgebers (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 23. Oktober 2016, IV-Nr. 33) mit Aufrechnung der Nominallohnentwicklung. Es lässt sich nicht beanstanden und ist auch unbestritten geblieben.

10.4 Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 80 % auszuüben, er aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der LSE festgesetzt werden. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Entscheid auf LSE 2016, TA1_tirage_skill Level, Medianlohn für Männer im Total, Kompetenzniveau 1, ab. Gemäss LSE 2016, TA1_tirage_skill_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'340.00 auszugehen (LSE 2016 TA1_tirage_skill_level, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr 2017 hochzurechnen und an den Nominallohnindex für das Jahr 2017 anzupassen ($CHF\ 5'340.00 \times 12 = CHF\ 64'080.00 / 40 \times 41.7 : 104.1 [2016] \times 104.6 [2017]$). Damit ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 80 % ein Invalideneinkommen von CHF 53'699.00 (80 % von CHF 67'124.00).

10.5 10.5.1 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE

126 V 75 E. 5b/bb – cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

10.5.2 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid vom 27. Januar 2021 überhaupt keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich aus den genannten Gründen ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht demnach mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang).

10.5.3 Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 36 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug. Auch die vielen Dienstjahre beim immer gleichen Arbeitgeber und der damit verbundene Umstand, dass in einem neuen Betrieb angefangen werden muss, sind im entsprechenden Anforderungsniveau nicht relevant (Urteil des Bundesgerichts 9C_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.3.2). Der Tabellenlohn im hier angewendeten Kompetenzniveau 1 erfasst eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine aufgrund der Tatsache, dass nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten möglich sind, kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2). Beim Beschwerdeführer liegen gemäss Zumutbarkeitsprofil weitere Einschränkungen vor – die Arbeit sollte aus somatischer Sicht leicht und wechselbelastend sein bei überwiegendem Sitzen unter Ausschluss aller Arbeiten verbunden mit häufigem Bücken, Knien oder Kauern, Besteigen von Leitern und Gerüsten. Aus psychiatrischer Sicht sollte die Arbeit keine komplexen Tätigkeiten beinhalten und klar vorgegeben sein. Zudem kann sich der Beschwerdeführer nicht wiederholt wechselnden Bedingungen anpassen und er sollte nicht unter Zeitdruck arbeiten müssen –, weshalb ein Abzug von 10 % geboten scheint.

10.6 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 67'797.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 48'329.00 (CHF 53'699.00 abzüglich des leidensbedingten Abzugs von 10 %) ein IV-Grad von (aufgerundet) 29 %, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet.

11. Im Weiteren ist auf den Antrag des Beschwerdeführers einzugehen, es seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren.

11.1 Berufliche Eingliederungsmassnahmen setzen die subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen, so entfällt ein Anspruch auf solche Massnahmen, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt werden muss (s. Urteile des Bundesgerichts 8C_682/2018 vom 7. Februar 2019 E. 7.1 und 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3). Ein fehlender Eingliederungswille muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 8C_611/2018 vom 7. Januar 2019 E. 6.2).

11.2 Angesichts des Invaliditätsgrades von 29 % hat der Beschwerdeführer grundsätzlich Anspruch auf berufliche Massnahmen. Dr. med. H. _____ kam jedoch in seiner Beurteilung zum Schluss, dass berufliche Massnahmen zwar grundsätzlich sinnvoll seien, wenn die versicherte Person auch motiviert sei, sich aktiv daran zu beteiligen. Beim Beschwerdeführer könne allerdings die Motivation dazu nicht gesehen werden. Die Vergangenheit habe klar aufgezeigt, dass er sich nicht in der Lage fühle, mehr als zwei Stunden täglich eine einfache Tätigkeit zu verrichten (A.S. 68). Tatsächlich lassen die vom Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter gemachten

Äusserungen auf eine nach wie vor bestehende Krankheits- und Invalidenüberzeugung schliessen: Der Beschwerdeführer äusserte während der gutachterlichen Untersuchung, er wolle vielleicht einmal versuchen, stundenweise kleinere Arbeiten, z.B. Rasenmähen durchzuführen, doch denke er nicht, dass er in der Lage sei, in der freien Wirtschaft dem Druck standzuhalten. Irgendwie habe er es in der Vergangenheit geschafft, das Ganze auf die Seite zu schieben und die Leistung zu erbringen, heute gehe es nicht mehr (A.S. 59). Die im Rahmen der Begutachtung von ihm gemachten Angaben lassen nicht darauf schliessen, dass berufliche Massnahmen im vorliegenden Fall sinnvoll oder zweckmässig sein könnten. Vielmehr steht dem Beschwerdeführer seine subjektive Krankheitsüberzeugung im Wege. Dafür spricht auch das Ergebnis des Belastbarkeitstrainings in der B.____. Gemäss Schlussbericht vom 4. Oktober 2018 (IV-Nr. 52) konnte der Beschwerdeführer aufgrund starker Schmerzbelastung sein Pensum von zwei Stunden pro Tag nicht erhöhen, weswegen er die Zielvorgaben nicht erfüllen konnte. Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer derzeit an der subjektiven Eingliederungsbereitschaft fehlt, weshalb der Antrag auf Durchführung beruflicher Massnahmen abzuweisen ist. 12. Zusammenfassend ist somit die angefochtene Verfügung 27. Januar 2021 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 13. 13.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht grundsätzlich kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Dagegen ist der im Beschwerdeverfahren geheilten Verletzung des rechtlichen Gehörs (vgl. E. II. 5 hiervor) durch Zusprache einer reduzierten Parteientschädigung Rechnung zu tragen, soweit dem Beschwerdeführer dadurch zusätzliche Kosten entstanden sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_68/2012 vom 30. März 2012 E. 3.1 mit Hinweisen). Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer die Beschwerde auch ohne die Gehörsverletzung erhoben hätte. Für den im Zusammenhang mit der gerügten Gehörsverletzung in der Beschwerdeschrift getätigten Aufwand sind dem Beschwerdeführer aber pauschal CHF 300.00 zu vergüten. Ergänzend ist anzufügen, dass der Umstand, dass ein Gerichtsgutachten eingeholt wurde, für sich allein noch keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung begründet (Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts 8C_513/2012 vom 17. September 2012 E. 4.1 und 4.2, bestätigt in 8C_194/2016 vom 14. Juni 2016 E. 4.2 und 8C_293/2016 vom 11. Juli 2016 E. 5). 13.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind. 13.3 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens von Dr. med. H.____ vom 4. Juli 2022 von CHF 4'500.00 zu tragen.

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