

# **SO\_GERICHTE VSBES.2021.71 vom 19. Juli 2021**

SO Obergericht, 2021-07-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2021.71\\_d20210719](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.71_d20210719)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2021.71 du 19 juillet 2021

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2021.71 del 19 luglio 2021

## **Regeste**

Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Juli 2017 bis 31. Oktober 2019 eine ganze Rente und ab 1. November 2019 eine Viertelsrente zu.

2. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 30. April 2021 Beschwerde erheben (A.S. 9 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen:
3. Mit Eingabe vom 2. Juni 2021 (A.S. 24) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf Einreichung einer begründeten Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde.
4. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen.
1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

### **E. 2**

2.1 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). 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).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), 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.

### **E. 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 zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, 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 hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C\_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). 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 352 E. 3a). 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 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.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 ff. E. 3b). So ist einem im Rahmen des Administrativverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe

Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212). 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).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers müsse in der Umschreibung der optimal angepassten Tätigkeit das gutachterlich festgestellte reduzierte Stresserleben in Form eines reduzierten Leistungsdrucks aufgenommen werden. Der RAD stelle sich in seiner Stellungnahme vom 13. Juli 2020 auf den Standpunkt, aus der mangelnden Stressresistenz könne nicht auf einen reduzierten Leistungsdruck geschlossen werden. Im Gutachten sei auf S. 39 eine leicht bis mittelgradige Beeinträchtigung für Belastungssituationen vermerkt, wobei aus den abgefragten Items auf S. 39 genug Möglichkeiten hervorgingen, die mangelnde Stressresistenz durch andere Möglichkeiten (bspw. Aufmerksamkeit, Selbstbewusstsein etc.) zu kompensieren. Diese Ausführungen des RAD fänden jedoch keinen Halt im Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_, bzw. widersprächen den gutachterlichen Feststellungen. Auf S. 39 des Gutachtens sei vermerkt, dass der Beschwerdeführer in Belastungssituationen eine leicht- bis mittelgradige Beeinträchtigung der psychischen Stabilität aufweise. Eine Anmerkung, wonach diese leichte bis mittelgradige Beeinträchtigung durch andere Ressourcen kompensiert werden könne, sei an dieser Stelle dem Gutachten nicht zu entnehmen. Es treffe zwar zu, dass Dr. med. B. \_\_\_\_ in der Würdigung in Ziff. 7.4 festgehalten habe, der Beschwerdeführer verfüge über positive Ressourcen. Indessen sei der Würdigung der positiven und negativen Ressourcen unter Ziff. 7.4 ebenfalls nicht zu entnehmen, dass insbesondere das reduzierte Stresserleben, bzw. die psychische (In)Stabilität in Belastungssituationen (vgl. Ziff. 2. S. 39 des Gutachtens) durch die positiven Ressourcen kompensiert werden könnten. Ebenfalls werde im Gutachten nirgends dargelegt, weshalb die übrigen beeinträchtigten mentalen Funktionen im Anforderungskatalog der optimal angepassten Tätigkeit Berücksichtigung fänden (Konfliktarmut, reduzierte Aufmerksamkeitsfähigkeit, fehlende Leitungsfunktion), während dem das reduzierte Stresserleben durch positive Ressourcen kompensiert werden solle. Für die Umschreibung der optimal angepassten Tätigkeit sei folglich die reduzierte Belastungsfähigkeit die nach Ansicht des Unterzeichneten auch als Anforderung an die Reduktion des Leistungsdrucks umschrieben werden könne, jedenfalls zu berücksichtigen. Der Beschwerdeführer weise folgende relevante Einschränkungen auf: Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit; Notwendigkeit einer Rückzugsmöglichkeit; reduzierte Stressresistenz / reduzierte Belastungsfähigkeit. Ein potentieller Arbeitgeber des Beschwerdeführers habe demnach Nachsicht walten zu lassen, wenn der Beschwerdeführer seine Arbeit nicht immer konzentriert ausüben könne, er habe zu akzeptieren, dass der Beschwerdeführer sich gelegentlich zurückziehe und dabei mutmasslich die aktuelle Tätigkeit unterbreche und er müsse darauf achten, dass der Beschwerdeführer keinen Belastungs- und Stresssituationen ausgeliefert sei. Damit sei evident, dass ein Arbeitgeber, der Verständnis für die Einschränkungen des Beschwerdeführers aufbringe, zwingend eine unterdurchschnittliche Lohnzahlung ausrichte. Unter Berücksichtigung der Einschränkungen und der Anforderungen an die optimal angepasste Tätigkeit, sei dem Beschwerdeführer ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn von 10 % zu gewähren. Ausgehend vom Invalideneinkommen ab dem 17. Juli 2019 von CHF 47'212.00,

abzüglich des leidensbedingten Abzugs von 10 %, resultiere ein neues Invalideneinkommen von CHF 42'491.00. Im Abgleich mit dem Valideneinkommen von CHF 84'722.00 ergebe sich dadurch ein Invaliditätsgrad von 50 %. Der Beschwerdeführer habe demnach Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Sodann werde im Gutachten vom 28. Oktober 2019 unter Ziff. 8.2 festgehalten, die maximale Präsenz in einer optimal angepassten Tätigkeit beschränke sich auf fünf Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche. Der Beschwerdeführer habe im Einwand vom 10. Juni 2020 darauf hingewiesen, dass ausgehend von 41.7 Wochenstunden ein Arbeitspensum von fünf Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche einer Erwerbstätigkeit von 60 % entspreche. In der gutachterlichen Stellungnahme vom 5. August 2020 habe Dr. med. B. \_\_\_ festgehalten, gemäss Arbeitgeberfragebogen der E. \_\_\_ GmbH vom 14. April 2016 sei die Arbeitszeit mit acht Stunden pro Tag, bzw. 40 Stunden pro Woche, angegeben gewesen. Ausgehend von einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden ergebe ein 70%-Arbeitspensum eine Arbeitszeit von 5.6 Stunden pro Tag, ein 60%-Arbeitspensum eine tägliche Arbeitszeit von 4.8 Stunden. Um von gleichartigen Vergleichseinkommen auszugehen, nehme die Beschwerdegegnerin jeweils eine Anpassung an den Nominallohnindex vor. Zur Bestimmung des Invalideneinkommens stütze sich die Beschwerdegegnerin praxisgemäss auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik, wobei die statistisch auf 40 Stunden pro Woche ausgewiesenen Durchschnittseinkommen auf 41.7 Wochenstunden hochgerechnet würden. In casu sei die Beschwerdegegnerin für die Berechnung des Invalideneinkommens von einem durchschnittlich erzielbaren Lohn von CHF 5'340 x 12 Monate ausgegangen, habe diesen Lohn auf 41.7 Wochenstunden hochgerechnet und habe eine Anpassung an den Nominallohnindex vorgenommen. Das Invalideneinkommen des Beschwerdeführers solle demnach 70 % des verwendeten Durchschnittseinkommens gemäss LSE entsprechen. Demnach sei festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Invalideneinkommens von einem durchschnittlichen Einkommen bei 41,7 Stunden für eine 100%-Erwerbstätigkeit ausgegangen sei. Eine wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden entspreche einer täglichen Arbeitszeit von 8.34 Stunden, bzw. 8 Stunden und 20 Minuten. In der gutachterlichen Stellungnahme vom 5. August 2020 halte Dr. med. B. \_\_\_ fest, für die Bestimmung des dem Beschwerdeführers zumutbaren Einkommens sei von der Wochenarbeitszeit der letzten Anstellung auszugehen. Dies sei unzutreffend. Die Beschwerdegegnerin berechne das Invalideneinkommen anhand einer Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden. Die gutachterlich festgestellte maximale Arbeitsfähigkeit von fünf Stunden pro Woche müsse folglich ins Verhältnis zu den für die Erzielung des Invalideneinkommens vorausgesetzten Wochen, bzw. Tagesarbeitszeit gesetzt werden, woraus bei einer Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden und einer maximalen Arbeitsfähigkeit von fünf Stunden pro Tag ein Arbeitspensum von 60 % resultiere. Selbst wenn jedoch wie in der gutachterlichen Stellungnahme plädiert werde, lediglich von 40 Wochenstunden ausgegangen würde ■ wobei in der Konsequenz eine Aufrechnung des Invalideneinkommens auf 41.7 Wochenstunden zu unterbleiben hätte ■ entspreche ein Einsatz von fünf Stunden pro Tag einem Arbeitspensum von 62 %. Das Invalideneinkommen des Beschwerdeführers sei folglich anhand einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 60 % zu berechnen. Des Weiteren werde im neuropsychologischen Teilgutachten vom 26. Oktober 2019 eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung diagnostiziert. Zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit verweise sie auf die Leitlinien von Frei(Frei A, Balzer C, Gysi F, Leros J, Plohmann A, Steiger G, Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Störung sowie Zuordnungen

zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit. Zeitschrift für Neuropsychologie 2016, 27 [2], 107 ■ 119) zu den Kriterien zur Bestimmung des Schweregrads einer neuropsychologischen Störung sowie Zuordnung zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit (Beschwerdebeilage 7). Gemäss der Tabelle auf der Seite 111 dieser Leitlinien sei bei leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störungen als orientierender Richtwert bezüglich der Arbeitsunfähigkeit von einem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 30 bis 50 % auszugehen. Weder Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. D.\_\_\_\_ in ihrem Teilgutachten vom 26. Oktober 2019 noch Dr. med. B.\_\_\_\_ im psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 28. Oktober 2019 begründeten näher, weshalb die beim Beschwerdeführer vorliegende leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung eine Arbeitsfähigkeit am obersten Rand der Bandbreite der Leitlinien von Frei et al. ermöglichen solle. Entgegen der unvollständig begründeten Einschätzung betreffend eine 70%-Arbeitsfähigkeit gemäss den neuropsychologischen Leitlinien, sei der psychiatrische Gutachter auf die mehrfach bestätigte maximale Arbeitsfähigkeit von fünf Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche zu behaften. Diese Einschätzung entspreche denn auch am ehesten den Schilderungen und Feststellungen von Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. D.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer konsistent und ohne Aggravation (vgl. Ziff. 3.3.2 und 7.3 Teilgutachten) angebe, dass er nach einem halben Tag Arbeit erschöpft, ausgelaugt und nicht mehr konzentriert sei.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, man habe abgeklärt und festgestellt, dass der Beschwerdeführer seit 1. Januar 2016 (Beginn der einjährigen Wartezeit) bei der Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Haustechniker erheblich eingeschränkt sei. Die bisherige wie jede andere Tätigkeit sei ihm seither nicht mehr zumutbar gewesen. Ab 17. Juli 2019, Zeitpunkt der psychiatrischen Verlaufsbeurteilung, sei davon auszugehen, dass die bisherige Tätigkeit wieder im Rahmen von 50 % zumutbar sei, eine angepasste Verweistätigkeit sogar im Rahmen von 70 %. Die IV-Berechnung erfolge somit auf der Basis von einer 70%igen Zumutbarkeit in einer Verweistätigkeit. Somit werde ab 17. Juli 2019, nach 3 Monaten, die ganze Rente gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV reduziert. Ab 1. November 2019 werde auf eine Viertel-IV-Rente reduziert, für den Zeitraum 1. Januar 2017 ■ 31. Oktober 2019 werde eine ganze IV-Rente ausgerichtet. Sodann habe der Regionale ärztliche Dienst (RAD) am 13. Juli 2020 Stellung zum Einwand des Beschwerdeführers genommen, wonach das im Gutachten erwähnte reduzierte Stresserleben als negative Ressource bei der Umschreibung der optimal angepassten Tätigkeit nicht berücksichtigt worden sei. Der RAD habe hierzu festgehalten, dass aus medizinischer Sicht bei einer mangelnden Stressresistenz nicht automatisch ein reduzierter Leistungsdruck anzunehmen sei. Dem Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2019 sei denn auf Seite 39 auch zu entnehmen, dass bei Belastungssituationen nur eine leicht- bis mittelgradige Beeinträchtigung bestehe. Aufgrund der zusätzlich abgebildeten Items sei ersichtlich, dass der Beschwerdeführer über genügend andere Möglichkeiten verfüge, diese Stressresistenz zu kompensieren (z.B. Aufmerksamkeit, Selbstbewusstsein etc.). Dort seien die Funktionen nur leichtgradig bis gar nicht eingeschränkt. Somit sei dieser Einwand nicht nachvollziehbar. Bezüglich der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Anpassung des möglichen Arbeitspensums aufgrund einer Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden sei auf die Stellungnahme des Gutachters Dr. B.\_\_\_\_ vom 5. August 2020 zu verweisen. Beim Valideneinkommen sei auf das zuletzt effektiv erwirtschaftete Einkommen abgestellt worden. Aus diesem Grund mache es durchaus Sinn, auf die darin angegebene Wochenarbeitszeit abzustellen. Weiter bemängle der Beschwerdeführer, dass noch abzuklären sei, wie sich die «kognitiven Defizite im Ausmass einer leichten bis

mittelgradigen neuropsychologischen Störung sowie die mittelschweren Einbussen der Aufmerksamkeit» auf die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit auswirkten. Die neuropsychologischen Auswirkungen seien im Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ aber bereits gewürdigt worden. Seien sie doch in der Diagnoseliste auf Seite 45 auch als relevante Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt worden. Somit seien diese Einschränkungen in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit eingeflossen und in der Arbeitsfähigkeit von 70 % für eine angepasste Tätigkeit berücksichtigt worden. Dies werde von Dr. med. B.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 5. August 2020 auch entsprechend bestätigt. Schliesslich sei zum Einwand, es sei ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen Folgendes festzuhalten: Das Alter stelle keinen Abzugsgrund dar, wenn wie vorliegend als Verweistätigkeit Hilfsarbeiten im gesamten privaten Sektor ins Auge gefasst würden, zumal Hilfsarbeiten auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt würden. Betreffend die Absenz vom Arbeitsmarkt sei festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer bereits seit Juli 2019 wieder eine Arbeitsfähigkeit zumutbar gewesen sei. Somit könne nicht von einer langandauernden Absenz vom Arbeitsmarkt ausgegangen werden, welche sich lohnsenkend auswirken könnte. Ausserdem seien bei Beschäftigungen im Kompetenzniveau 1 weder eine lange Einarbeitungszeit noch Berufspraxis erforderlich. Aus diesem Grund bestehe kein Anspruch auf einen leidensbedingten Abzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_887/2008 vom 24. Juni 2009 E. 5.4).

5. Streitig ist somit, ob die Beschwerdegegnerin die ganze Rente des Beschwerdeführers per 1. November 2019 zu Recht auf eine Viertelrente herabgesetzt hat.

5.1 Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Bericht vom 14. April 2016 (IV-Nr. 23) folgende Diagnosen:

Der Beschwerdeführer habe neu eine Behandlung beim Referenten begonnen. Es hätten bisher zwei Sitzungen/Untersuchungen stattgefunden (7. April und 14. April 2016). Seit Anfang 2016 sei er durch den Hausarzt krankgeschrieben aus psychischen Gründen. Eine ebenfalls bestehende Alkoholproblematik habe er unter Unterstützung durch die Therapieinstitution G.\_\_\_\_ wieder unter Kontrolle bringen können, er sei seit Anfang 2016 abstinent. Eine Rückkehr an den Arbeitsplatz erscheine wegen des gestörten Verhältnisses zum Arbeitgeber nicht mehr möglich. Der Beschwerdeführer benötige deshalb Unterstützung für eine Neuorientierung und eine Reintegration in den Arbeitsmarkt. Trotz der depressiven Symptomatik sei ihm ein Teilzeitpensum z.B. im Rahmen eines Arbeitstrainings zumutbar, respektive würde beitragen zu einer Stabilisierung der aktuellen psychischen Krise.

5.2 Im Austrittsbericht der H.\_\_\_\_ vom 2. März 2017 (IV-Nr. 53), wo der Beschwerdeführer vom 23. Januar bis 4. März 2017 stationär hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt:

Die Tagesstruktur in der Klinik habe der Beschwerdeführer als sehr hilfreich empfunden und habe das Sportprogramm sehr geschätzt. Wieder sportlich aktiver zu sein, sich wohler zu fühlen im eigenen Körper, sei eines seiner Therapieziele gewesen. Er habe sehr motiviert und aktiv am gesamten Klinikprogramm teilgenommen und es sei ihm gelungen, eine gute Grundfitness aufzubauen. Auch von den anderen Behandlungsangeboten habe er profitiert, habe sich öffnen und Inhalte für sich nutzen können. Er verlasse die Klinik mit einer subjektiv empfundenen und auch objektiv beobachtbaren Stimmungsaufhellung. Trotzdem

werde eine ambulante Psychotherapie, zur weiteren Stabilisierung und Aufrechterhaltung des Behandlungserfolgs, als dringend indiziert erachtet.

5.3 Mit Bericht vom 26. Mai 2017 (IV-Nr. 57) diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_ eine Alkoholabhängigkeit, zuletzt Substanzgebrauch (F10.24) sowie eine depressive Episode, gegenwärtig leichtgradig und attestierte dem Beschwerdeführer vom 7. April 2016 bis 30. Juni 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die stationäre Behandlung in der H.\_\_\_\_ habe zu einer bis dato (mit Ausnahme einer vorübergehenden Verschlechterung nach Austritt) anhaltenden Verbesserung der depressiven Symptomatik geführt, die Alkoholabstinenz habe der Beschwerdeführer jedoch nicht aufrechterhalten können. Er sei aber wieder zuversichtlicher und motivierter, seine gesundheitliche und mittelfristig auch berufliche Situation zu verbessern. Seit dem 16. Mai 2017 habe der Beschwerdeführer über den Hausarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, [...], einen Valium-unterstützten Alkoholabbau und -entzug begonnen.

5.4 Im psychiatrischen Gutachten vom 30. Oktober 2017 (IV-Nr. 71) stellte Dr. med. B.\_\_\_\_ folgende Diagnosen:

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Im objektiven psychopathologischen Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien anlässlich der Untersuchung am 27. September 2017 falle eine phasenweise gedrückte, dysphorische Stimmung auf, der Versicherte sei im formalen Gedankengang verlangsamt und wenig beweglich, es zeigten sich Störungen der Konzentration und der Aufmerksamkeit. Antrieb und die Psychomotorik seien vermindert, der Versicherte sei vermindert schwingungsfähig und habe über ein reduziertes Gesamtspektrum der Emotionen verfügt. Es seien keine krankheitswertigen inhaltlichen Denkstörungen keine strukturellen Ich-Störungen feststellbar gewesen. Hinweise für Wahn oder Sinnestäuschungen in Form von Halluzinationen oder illusionären Verkennungen hätten nicht bestanden. Der Versicherte habe während der Exploration eine reduzierte Variation an emotionalen Qualitäten gezeigt. Der Versicherte sei auch bei kritischen Themen steuerbar gewesen. Der Antrieb und das psychomotorische Verhalten seien reduziert gewesen. Gestik und Mimik seien angemessen und unterstrichen die Stimmung affektsynthym. Spontanität und Eigeninitiative seien reduziert gewesen. Die soziale Teilnahme sei im privaten Bereich nicht eingeschränkt. Anhand der heutigen Untersuchung ergäben sich keine Hinweise auf entsprechende psychosoziale Probleme von besonderem Schweregrad. Die Exploration des Tagesprofils weise auf ein reduziertes Alltagsaktivitätsniveau hin. Bei den Haushaltsarbeiten fühle sich der Versicherte nicht eingeschränkt. Analog der Parameter der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an das Mini-ICF-APP bestünden mittel- bis hochgradige Störungen der Aktivität und Partizipation. Zusammenfassend sei der im Rahmen der psychiatrischen Exploration und Untersuchung erhobene psychopathologische Befund analog AMDP am ehesten auf eine organische (sekundäre) affektive Störung und nicht primär auf eine unipolare depressive Episode, wie mehrfach in der Versicherungsakte durch die Behandler diagnostiziert, zurückzuführen. Mit Verweis auf die diagnostischen Leitlinien und die definierten Ausschlusskriterien bei einer diagnostizierten affektiven Störung (unipolare depressive Episode), handle es sich bei dem Versicherten um eine sekundäre organische psychische Störung, hervorgerufen durch extracerebrale Erkrankungen, die zu Hirnfunktionsstörungen führten (Alkohol, Cannabinoide,

Benzodiazepine). Organische psychische Störungen könnten nahezu jedes psychiatrische Krankheitsbild vortäuschen. Die spezifische Symptomatik helfe bei der Ursachenforschung also oft nicht weiter. Mit Verweis auf die Exploration (Angaben des Versicherten) werde an der in den Vorakten diagnostizierten depressiven Episode erheblich gezweifelt.

Bekannterweise gehörten Alkohol- und substanzmittelassoziierte Störungen (ASUD) zur häufigsten Komorbidität bei affektiven Störungsbildern und hätten einen signifikanten negativen Einfluss auf deren Verlauf und Prognose. Da aufgrund des fortgeführten Substanzgebrauchs ■ gegenwärtig Cannabinoide zu dem fachärztlich verordneten Diazepam zur Alkoholentwöhnung ■ zwischen einer unipolaren depressiven Episode, zumindest dem Grad, und einer organisch induzierten affektiven Störung nicht differenziert werden könne, werde dringend eine stationäre Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung empfohlen. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens liege beim Versicherten nicht vor. Von einem Scheitern der ambulanten oder stationären Therapie könne nicht gesprochen werden. In der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Projektmitarbeiter im Aussendienst sei beim Versicherten spätestens seit dem Rückfall im Dezember 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Eine angepasste Tätigkeit mit klar strukturierten Aufgaben, ohne Tätigkeiten, die eine Daueraufmerksamkeit und Dauerkonzentration erforderten oder ein hohes Mass an Kreativität voraussetzten, ohne Übernahme von Leitungsfunktionen und Überwachungsaufgaben, ohne aktive Teilnahme im Strassenverkehr und Bedienung von gefährlichen, frei rotierenden Maschinen, wäre dem Versicherten in einem 50%igen Arbeitspensum ab sofort möglich.

5.5 In der Stellungnahme vom 31. Oktober 2017 (IV-Nr. 73) führt Dr. med. F. \_\_\_ aus, die vom Gutachter gestellte Diagnose einer organischen affektiven Störung aufgrund der aktuellen Behandlung mit Diazepam, Konsum von Cannabis und zuvor Alkohol sei aus einer reinen Querschnittsoptik bezogen auf die momentane Situation nachvollziehbar. Im Längsschnitt fänden sich jedoch Hinweise, die deutlich für das Vorliegen einer eigenständigen depressiven Störung sprächen: So zeigten sich schon Ende September 2016 wieder ausgeprägtere depressive Symptome, also zu einem Zeitpunkt, bei dem der Beschwerdeführer seit über neun Monaten alkoholabstinent und die Behandlung mit Valium seit vier Monaten abgeschlossen gewesen sei, zudem anamnestisch auch kein THC-Konsum vorgelegen habe. Der Beschwerdeführer habe über Schwermut, fehlenden Antrieb und ein Gefühl von Sinnlosigkeit berichtet. Diese depressive Episode habe ca. einen Monat angehalten, habe sich dann vorübergehend leicht gebessert, wohl auch in Zusammenhang mit einer aussichtsreichen Bewerbung und privaten Klärungen in Zusammenhang mit der unbefriedigenden WG-Situation mit seiner früheren Partnerin. Anfang Dezember 2016, der Beschwerdeführer habe keine äussere Struktur mehr und keine Stelle in Aussicht gehabt, sei es dann aber zu einem schweren depressiven Einbruch mit Antriebsverlust und Suizidgedanken gekommen. Mitte Dezember 2017 sei ein Rückfall in den Alkoholkonsum gefolgt. Die depressive Episode sei somit klar dem Substanzkonsum vorausgegangen und nicht umgekehrt. Nicht zu bestreiten sei sicherlich, dass die aktuell noch bestehende Diazepam-Medikation sowie der gelegentliche THC-Konsum, Alkohol trinke er (fast) keinen mehr, für die Genesung bezüglich der immer noch anhaltenden depressiven Episode nicht förderlich seien resp. einen zusätzlichen depressogenen Einfluss haben könnten. Die vom Gutachter beschriebene angepasste Tätigkeit entspreche den Anforderungen einer geschützten Arbeitsstelle. Aufgrund der aktuell noch sehr hohen Diazepam-Dosis (45 mg/Tag) sowie der depressiven Symptomatik mit entsprechenden

erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen bestehe aktuell im freien Arbeitsmarkt aus Sicht des Referenten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit.

5.6 Im Bericht der Klinik J.\_\_\_\_ vom 30. April 2018 (IV-Nr. 80) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen bei Eintritt in die Klinik J.\_\_\_\_ am 07.12.2017:

Der Beschwerdeführer sei vom 7. Dezember 2017 bis 3. Januar 2018 zum qualifizierten Alkohol- und Benzodiazepinentzug auf der Entzugs- und Abklärungsstation der Klinik J.\_\_\_\_ gewesen. Vom 3. Januar 2018 bis 27. März 2018 sei er in der stationären Entwöhnungstherapie zur Behandlung der Depression sowie Festigung der Abstinenz gewesen. Der Beschwerdeführer habe bei Eintritt in die Klinik J.\_\_\_\_ am 7. Dezember 2017 unter einer mittelgradig depressiven Symptomatik in Form von ausgeprägter Traurigkeit, innerer Unruhe, Zukunftsängsten und affektiver Labilität gelitten. Zudem habe er unter Gedankenkreisen und Konzentrationsschwierigkeiten gelitten. Vor Eintritt in die Klinik habe er ein gesteigertes Trinkverhalten (> 200mg Ethanol täglich) sowie die missbräuchliche Einnahme von bis zu 60mg Valium täglich gezeigt. Bei Austritt aus der Klinik J.\_\_\_\_ am 27. März 2018 habe er sich mit weitgehend remittierter depressiver Symptomatik gezeigt. Eine geringfügig affektive Instabilität sowie zeitweises Grübeln und Ängste in Bezug auf die berufliche Zukunft seien nach wie vor feststellbar gewesen. Er habe die Abstinenz während des gesamten stationären Aufenthalts aufrechterhalten können. Der Beschwerdeführer sei zum Zeitpunkt des Klinikaustrittes am 27. März 2018 bei weitgehend remittierter depressiver Symptomatik aber noch mangelnder Belastbarkeit, welche sich in einer affektiven Instabilität in Bezug auf äussere Ereignisse und Ängsten bezüglich der Zukunft zeige, bis zum 5. April 2018 zu 100 % arbeitsunfähig.

5.7 Im Kurzaustrittsbericht der Klinik J.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2018 (IV-Nr. 86) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Der Beschwerdeführer sei am 25. Juni 2018 erneut zu einem Alkoholentzug auf der Entzugs- und Abklärungsabteilung eingetreten. Sein Ziel sei ein Entzug von Alkohol und die Stabilisierung, damit er am 17. Juli 2018 wie bereits vorgängig abgemacht, direkt in die Klinik K.\_\_\_\_ übertreten könne. Der medikamentengestützte Alkoholentzug habe sich diesmal bei fehlendem zusätzlichem Benzodiazepinkonsum vor Eintritt und unter gelegentlicher Verabreichung von Truxal wegen innerer Unruhe problemlos gestaltet. Die anfänglich aufgetretene depressive Verstimmung habe sich gegen Austritt normalisiert und die Depression könne als remittiert bezeichnet werden.

5.8 Im Austrittsbericht der Klinik K.\_\_\_\_ vom 4. Oktober 2018 (IV-Nr. 87), wo der Beschwerdeführer vom 17. Juli bis 12. September 2018 stationär hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt:

Beim Beschwerdeführer bestünden mehrere Suchtdiagnosen, wobei diese Abhängigkeiten in Zusammenhang mit einer rezidivierenden Depression stünden. Alkohol habe ihm zur Beruhigung besonders in zwischenmenschlichen Konflikten gedient und um seiner Depression zumindest kurzfristig zu entfliehen. Die Abhängigkeit von Benzodiazepinen sei entstanden, als er versucht habe, diese statt Alkohol zur Beruhigung einzusetzen. Er leide seit Jahren unter einer rezidivierenden Depressiven Störung, dabei fühle er sich oft machtlos ausgeliefert, berichte über Interessen- und Freudlosigkeit sowie Antriebslosigkeit. Dies gehe einher mit sozialem Rückzug, den er auch hier in der Klinik mehrheitlich suche.

Der Beschwerdeführer habe insgesamt nur mässig von der Therapie profitieren können, da er sich nach fünf Wochen zu einem Übertritt in eine andere Institution entschieden habe und es ihm anschliessen schwergefallen sei, sich auf diverse Gefässe einzulassen. Um festgefahrene Muster und Verhaltensweisen zu verändern, werde er noch mehr Zeit benötigen. Der Beschwerdeführer habe einen Übertritt in eine andere suchtspezifische Institution gewünscht, wobei ihm das Angebot der Klinik C.\_\_\_\_ sehr entsprochen habe.

5.9 Im Austrittsbericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 30. November 2018 (IV-Nr. 91), wo der Beschwerdeführer vom 13. September bis 30. November 2018 hospitalisiert war, wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei zum ersten Aufenthalt in die Klinik C.\_\_\_\_ zur Stabilisierung nach bereits vorgängig erfolgtem Alkoholentzug in der Klinik K.\_\_\_\_ gekommen. Er habe sich recht gut in die Patientengruppe integrieren können und habe zuverlässig am multimodalen Therapieprogramm teilgenommen. Während des Aufenthalts habe sich gezeigt, dass er Schwierigkeiten gehabt habe, sich an die klinikinternen Regeln zu halten bzw. eine Sonderbehandlung für sich erhofft habe. Nach einer testpsychologischen Untersuchung (SKID) und einem eingehenden psychiatrischen Gespräch seien die Diagnosen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt worden. Der Beschwerdeführer trete plangemäss am 30. November nach bewusster Ausschöpfung der in der Klinik C.\_\_\_\_ maximalen Therapiedauer in die bestehenden Verhältnisse nach Hause aus. Er habe sich während der Hospitalisation mit der Wahl neuer Freizeitaktivitäten auseinandergesetzt und verschiedene Optionen hinsichtlich Tagesstruktur geprüft.

5.10 Im Bericht vom 11. April 2019 (IV-Nr. 99) führte Dr. med. F.\_\_\_\_ aus, aktuell bestehe nur noch die depressive Störung im Sinne einer reduzierten Belastbarkeit respektive erhöhten Ermüdbarkeit. Die Arbeitsfähigkeit sei aktuell nur noch in leichtgradigem Ausmass eingeschränkt. Seit den absolvierten stationären Hospitalisationen habe sich der Beschwerdeführer bezüglich Konsum psychotroper Substanzen sehr stabil halten und bis anhin vollständig sowohl auf Alkohol wie auch auf Benzodiazepine und THC verzichten können. Auch das psychische Zustandsbild sei ausgeglichen geblieben, bei aber noch reduzierter Belastbarkeit mit erhöhtem Bedarf für Regeneration.

5.11 Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 26. Oktober 2019 (IV-Nr. 105, S. 76) diagnostizierte die Gutachterin, Dr. sc. hum. Dipl. Psych. D.\_\_\_\_, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung mit/bei mittelschweren Einbussen bei der Aufmerksamkeit. Der Beschwerdeführer habe den Symptomvalidierungstest mit unauffälligen Werten absolviert. Es habe kein aggravierendes Verhalten beobachtet werden können. Sein allgemeines Arbeitstempo sei schnell gewesen. Seine Handlungs- und Impulskontrolle während der sehr strukturierten Testsituation sei unauffällig gewesen. Sein Vermögen zum logischen Denken und Schlussfolgern bei einem sprachfreien Test habe mit einem IQ von 102 im durchschnittlichen Bereich gelegen. Sein verbales Gedächtnis, sein visuelles Gedächtnis hätten im Durchschnitt gelegen, sein Arbeitsgedächtnis habe minimal unter dem Durchschnitt gelegen. Dieses Ergebnis habe keinen eigenen Krankheitswert. Seine Aufmerksamkeitsfunktionen seien weit unterdurchschnittlich gewesen. Bei der direkten Reaktionszeit, bei der geteilten und bei der selektiven Aufmerksamkeit, hätten die Ergebnisse im weit unterdurchschnittlichen Bereich gelegen. Seine exekutiven Funktionen seien gut gewesen. Das Erfassen einer komplexen Figur sei strukturiert gewesen, das Ergebnis sei korrekt gewesen. Seine kognitive Flexibilität und Umstellfähigkeit sowie seine Wortflüssigkeit seien durchschnittlich

gewesen. Diese Ergebnisse seien als leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung zu werten. Das zumutbare Arbeitspensum in der bisherigen Tätigkeit als Projektmitarbeiter im Aussendienst sei aus neuropsychologischer Sicht nach den Kriterien von Frei (Frei et al., 2016) um 50 % eingeschränkt. In einer angepassten Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht nach den Kriterien von Frei (Frei et al., 2016) um 30 % eingeschränkt.

5.12 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 28. Oktober 2019 (IV-Nr. 105, S. 1) stellte Dr. med. B.\_\_\_\_ folgende Diagnosen:

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Unter Einschluss der Resultate aus der neuropsychologischen Begutachtung kam Dr. med. B.\_\_\_\_ zum Schluss, in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Projektmitarbeiter im Aussendienst sei der Versicherte zu 50 % arbeitsfähig. Bei einem konfliktarmen Arbeitgeber, mit der Möglichkeit, sich zurückzuziehen, ohne Tätigkeiten, die ein hohes Mass an Daueraufmerksamkeit und Dauerkonzentration oder ein hohes Mass an Kreativität voraussetzten sowie ohne Übernahme von Leitungsfunktionen und Überwachungsarbeiten sei der Versicherte zu 70 % arbeitsfähig. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit hielt der Guter fest, seit Beginn der Erkrankung im Januar 2016 bis zum Zeitpunkt der aktuellen Abklärung beim Referenten sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Ab dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung sei der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 50 % und in einer angepassten Tätigkeit 70 % arbeitsfähig. Bezüglich der Notwendigkeit beruflicher Massnahmen führte der Gutachter schliesslich aus, bis auf eine Unterstützung bei Bewerbungen, gegebenenfalls ein Job-Coaching, seien keine weiteren beruflichen Massnahmen erforderlich und überwiegend wahrscheinlich aufgrund der Selbstlimitierung nicht Erfolg versprechend.

5.13 Dr. med. F.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 14. November 2019 (IV-Nr. 107, S. 3) fest, bezüglich der diagnostischen Einschätzung im Gutachten bestehe weiterhin eine Divergenz. Diese Divergenz erscheine aber nicht relevant in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Was diese angehe, könne der Referent dem Gutachter weitgehend folgen. Mit der Einschränkung, dass eine 70%ige Tätigkeit, auch in einem angepassten Rahmen, den Beschwerdeführer aktuell wohl noch überfordern würde. Aus Sicht des Referenten benötige der Beschwerdeführer weitere Unterstützung durch berufliche Massnahmen, um ein 70%iges Pensum mittelfristig nachhaltig bewältigen zu können. Entschieden zu widersprechen sei hingegen der Behauptung des Gutachters, weitere berufliche Massnahmen seien nicht erforderlich und aufgrund einer Selbstlimitierung nicht erfolversprechend (S. 65). Bereits im ersten Gutachten vom 13. Oktober 2017 habe Dr. B.\_\_\_\_ von einer fehlenden Motivation des Beschwerdeführers für berufliche Massnahmen besprochen. Dies sei schon damals nicht korrekt gewesen und sei auch aktuell für den Referenten nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer habe alle bisherigen beruflichen Unterstützungen, sei es über die IV, sei es über die [...], engagiert wahrgenommen. Gegenüber dem Referenten äussere er sich konsistent, dass er sich aktuell zu 50 % arbeitsfähig im freien Arbeitsmarkt halte. Der Beschwerdeführer habe dem Referenten gegenüber auch festgehalten, dass er dem Gutachter nie gesagt habe, er sei nur zu 50 % im geschützten Rahmen arbeitsfähig. Zusammenfassend könne deshalb gesagt werden, dass berufliche Massnahmen im Sinne eines Arbeitseinsatzes, neben einem Coaching, weiterhin

angezeigt und sehr wohl erfolgsversprechend seien.

5.14 Mit Stellungnahme vom 13. Juli 2020 (IV-Nr. 120) führte Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, RAD, zu den Einwänden des Beschwerdeführers aus, dass bei einer mangelnden Stressresistenz automatisch ein reduzierter Leistungsdruck folge, könne medizinisch nicht begründet werden. Zudem gebe der Psychiater auf S. 39 an, dass bei Belastungssituationen nur eine «leicht-mittelgradige Beeinträchtigung» erfolge. Ebenfalls zeige der Versicherungsnehmer in den abgefragten Items auf S. 39 genug Möglichkeiten, diese Stressresistenz durch andere Möglichkeiten (bspw. Aufmerksamkeit, Selbstbewusstsein) etc. zu kompensieren. Hier seien die Funktionen nur leichtgradig eingeschränkt. Die Gedächtnisfunktion, Denk und höhere kognitive Funktion (S. 40) seien zudem nicht eingeschränkt (s. auch Mini ICF APP Auswertung S. 41). Aus medizinischer Sicht sei der Einwand des Rechtsvertreters bei genauer Gutachtensdurchsicht somit nicht nachvollziehbar. Sodann seien die neuropsychologischen Auswirkungen im psychiatrischen Gutachten und der Konsensbesprechung bereits gewürdigt: S. 42 und s. die vorstehenden Ausführungen, wonach die Defizite auch kompensiert werden könnten. Die kognitiven Einbussen seien zudem auf S. 45 als relevante Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gewürdigt worden, so dass der Einwand des Rechtsvertreters diesbezüglich aus RAD-Sicht nicht nachvollzogen werden könne.

5.15 In seiner Stellungnahme vom 5. August 2020 (IV-Nr. 122) hielt der psychiatrische Gutachter, Dr. med. B.\_\_\_\_, fest, die Behauptung von Dr. med. F.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer dem Gutachter nie gesagt habe, er sei nur zu 50 % im geschützten Rahmen arbeitsfähig werde strikt zurückgewiesen. Der Versicherte habe beim Referenten während der Exploration angegeben (Seite 24): Das 50%ige Arbeitspensum an einem geschützten Arbeitsplatz sei das Maximale, was er aus seiner Sicht momentan leisten könne. Auch in der Selbsteinschätzung habe er sich wie folgt geäußert: Er schätze sich momentan als zu 50 % arbeitsfähig ein, allerdings ohne Leistung und ohne Druck. An dieser Stelle werde darauf hingewiesen, dass das Diktat in Anwesenheit des Versicherten erfolgt sei, womit er sich einverstanden erklärt habe. Das Diktat liege vor und könne jederzeit zu Beweiszwecken herangezogen werden. Sodann sei es nicht nachvollziehbar, weshalb der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in seinem Schreiben vom 10. Juni 2020 von einer wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden ausgehe. So werde im Arbeitgeberfragebogen der bisherigen Arbeitgeberin, der E.\_\_\_\_ GmbH, die Arbeitszeit mit acht Stunden pro Tag bzw. 40 Stunden pro Woche angegeben. Darüber hinausgehende Angaben zum Arbeitspensum fänden sich nicht. Insofern sei bei einem 100%igen Arbeitspensum von einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden ausgegangen und die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ab dem Zeitpunkt der Begutachtung beim Referenten mit vier Stunden am Tag an fünf Tagen pro Woche bei vollem Rendement, entsprechend einem 50%igen Arbeitspensum, beurteilt worden. In einer angepassten Tätigkeit ergebe sich ein zumutbares Pensum von 70 %, entsprechend 5.6 Stunden pro Tag, ausgehend von einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden. Schliesslich sei festzuhalten, dass die unabhängig von Frau Dr. D.\_\_\_\_ in ihrem neuropsychologischen Gutachten beurteilte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, ausgehend von einem 100%igen Arbeitspensum, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von 50 % und in einer optimal angepassten Tätigkeit um 30 % nicht mit der durch den Referenten auf psychiatrischem Fachgebiet beurteilten Arbeitsunfähigkeit addiert worden sei.

6. Die Beschwerdegegnerin stellt in Ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das neuropsychologische Gutachten von Dr. sc. hum. Dipl. Psych. D.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2019 sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2019 ab, weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist. Die Gutachten werden den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Sie stammen von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Zudem sind die Aussagen der Experten in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar, wie nachfolgend darzulegen ist.

6.1 Im neuropsychologischen Gutachten führte die Gutachterin verschiedene Testverfahren durch, welche folgende Resultate ergaben: Der Beschwerdeführer hat den Symptomvalidierungstest mit unauffälligen Werten absolviert. Es habe kein aggravierendes Verhalten beobachtet werden können. Allgemeine Intelligenz: Der Beschwerdeführer absolvierte einen sprachfreien Intelligenztest, der das logische, analytische Schlussfolgern prüft. Er habe einen Prozentrang von 55 erreicht, was einem IQ von 102 entspricht. Dieses Ergebnis liege im durchschnittlichen Bereich. Lernen und Gedächtnis: Die Überprüfung der Lern- und Gedächtnisfunktionen hätten unterschiedliche Befunde in den verschiedenen Modalitäten ergeben. Zwei komplexe Geschichten habe er nach einmaliger Präsentation mit durchschnittlich vielen Details (PR42) wiedergeben können, die Hauptideen seien erkannt worden. Bei einer Wiedergabe nach 30 Minuten sei die Behaltensleistung ebenfalls im Durchschnitt gewesen (PR16). Sein visuelles Gedächtnis beim Erinnern einer komplexen Figur habe im Durchschnitt gelegen (PR57). Zahlenreihen habe er sich gut merken können (PR53). Sein Arbeitsgedächtnis habe minimal unter dem Durchschnitt gelegen (PR13). Sprache: Seine sprachlichen Funktionen seien unauffällig gewesen. Seine Fähigkeit zu lesen und zu rechnen sei bei der kursorischen Prüfung unauffällig gewesen. Attentionale Funktionen: In den computergestützten Prüfungen der attentionalen Funktionen hätten sich unterdurchschnittliche Aufmerksamkeitsleistungen gefunden. Seine Reaktionszeiten im Test Alertness zur gerichteten Aufmerksamkeit bei den Bedingungen ohne und mit Warnton hätten weit unter dem Durchschnitt gelegen (PR1, PR1), seine phasische Alertness sei ebenfalls unterdurchschnittlich gewesen (PR12). Bei bimodaler Reizpräsentation zur geteilten Aufmerksamkeit hätten seine Reaktionslatenzen auf auditive und auf visuelle Reize im weit unterdurchschnittlichen Bereich gelegen (PR<1, PR<1) bei qualitativ mittelmässiger Ausführung (Auslassungen PR2). Im Test GoNogo zur selektiven Aufmerksamkeit seien seine Reaktionszeiten ebenfalls unterdurchschnittlich (PR1) bei qualitativ guter Ausführung gewesen. Bei der Form A des TMT sei es bei fehlerfreier Bearbeitung zu einer durchschnittlichen Bearbeitungszeit (PR74) gekommen. Seine Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit sei nicht eingeschränkt gewesen. Exekutive Funktionen: Seine höheren Denkfunktionen seien gut gewesen. Seine Handlungs- und Impulskontrolle während der sehr strukturierten Testsituation sei unauffällig gewesen. Seine Fähigkeit Wesentliches zu erfassen sei in der verbalen und in der visuellen Modalität durchschnittlich gewesen. Bei der visuell-perzeptiven Wahrnehmung und Rekonstruktion einer komplexen Figur seien das Erfassen geordnet und das Endergebnis korrekt gewesen. Seine formallexikalische und seine semantisch-kategorielle Wortflüssigkeit hätten im Durchschnitt gelegen (PR26, PR16). Beim Konzeptwechsel zur Testung der kognitiven Flexibilität und Umstellfähigkeit (TMT B) sei die Bearbeitungszeit bei qualitativ guter Ausführung gut durchschnittlich gewesen (PR82). Gestützt auf die vorstehenden Testergebnisse kam die Gutachterin sodann in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung mit/bei

mittelschweren Einbussen bei der Aufmerksamkeit vorliege. Schliesslich ist ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ■ auch die gutachterliche neuropsychologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einleuchtend, wonach das zumutbare Arbeitspensum in der bisherigen Tätigkeit als Projektmitarbeiter im Aussendienst nach den Kriterien von Frei (Frei et al., 2016) um 50 % und in einer angepassten Tätigkeit um 30 % eingeschränkt sei. So erscheint es durchaus schlüssig, dass die Gutachterin bei einer nicht angepassten Tätigkeit von der gemäss Frei (Frei et al., 2016) bei einer leicht- bis mittelgradigen neuropsychologischen höchstmöglichen Arbeitsunfähigkeit von 50 % und in einer angepassten Tätigkeit von einer solchen von 30 % ausging. So wird denn auch im Aufsatz von Frei S. 114 f. sinngemäss darauf hingewiesen, dass der Grad der Arbeitsunfähigkeit im Einzelfall in Abhängigkeit der Charakteristika einer Störung und des jeweiligen beruflichen Anforderungsprofils an einem bestimmten Arbeitsplatz zu bestimmen ist.

## 6.2

6.2.1 Im psychiatrischen Teilgutachten erhob Dr. med. B. \_\_\_ folgende Befunde: Im objektiven psychopathologischen Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien anlässlich der Untersuchung am 17. Juli 2019 sei eine phasenweise leicht gedrückte Grundstimmung ohne eine durchgehende Depressivität aufgefallen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei leicht vermindert gewesen. Vorgetragen worden seien Insuffizienzgefühle, Zukunfts- und Existenzängste. Darüber hinaus hätten keine psychopathologischen Auffälligkeiten objektiviert werden können. Insgesamt habe der Versicherte nicht schmerzgequält gewirkt. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und der Bewusstseinshelligkeit gezeigt. Im klinischen Eindruck ergäben sich keine Hinweise auf umfassende und ausgeprägte kognitive Störungen. Es seien keine Auffassungs-, Gedächtnis-, Merkfähigkeits- oder Aufmerksamkeitsstörungen gefunden worden. Im Hinblick auf die Konzentration sei der Versicherte während des ganzen Untersuchungsverlaufs immer aufmerksam gewesen und habe sich auf die gestellten Fragen und die rasch wechselnden Themen einzustellen vermocht. Der formale Gedankengang sei in Kohärenz und Stringenz sowie im Tempo ungestört gewesen. Es seien keine krankheitswertigen inhaltlichen Denkstörungen feststellbar und keine strukturellen Ich-Störungen feststellbar gewesen. Hinweise für Wahn oder Sinnestäuschungen in Form von Halluzinationen oder illusionären Verkennungen hätten nicht bestanden. Der Versicherte habe während der Exploration eine leicht reduzierte Variation an emotionalen Qualitäten gezeigt. Es hätten keine Affekteinbrüche während der Exploration bestanden. Er sei auch bei kritischen Themen steuerbar gewesen. Gegenwärtig liege weder eine Insuffizienz oder eine Labilität der Affekte noch ein kreisendes Denken oder Grübeln vor. Der Antrieb und das psychomotorische Verhalten seien ungestört. Gestik und Mimik seien angemessen und unterstrichen die Stimmung affektsynthem. Spontanität und Eigeninitiative seien allenfalls leicht reduziert. Die soziale Teilnahme sei im privaten Bereich nicht wesentlich eingeschränkt. Anhand der Untersuchung ergäben sich keine Hinweise auf entsprechende psychosoziale Probleme von besonderem Schweregrad. Aus neuropsychologischer Sicht könnten die kognitiven Defizite Folge des Konsums von verschiedenen Drogen und Alkohol sein. Die Marker für einen chronischen Alkoholabusus (CDT und Ethylglucuronid) als auch das durchgeführte Drogen-Screening im Urin seien für die ermittelten Substanzen negativ gewesen. Die Exploration des Tagesprofils weise auf ein leicht reduziertes Alltagsaktivitätsniveau hin. Bei den Haushaltsarbeiten fühle sich der Versicherte nicht eingeschränkt. Analog der Parameter der funktionellen Leistungsfähigkeit

in Anlehnung an das Mini-ICF-APP bestünden leicht- bis mittelgradige Störungen der Aktivität und Partizipation im Bereich der Items Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, Durchhaltefähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit und Fähigkeit zu Spontanaktivitäten.

Gestützt auf seine umfassende Befunderhebung setzt sich der Gutachter eingehend mit den möglichen Diagnosen auseinander und begründet seine Diagnosestellung überzeugend: Zusammenfassend sei mit Verweis auf die Diskussion in seinem Vorgutachten, Untersuchung des Versicherten am 27. September 2017, die vom Referenten zuvor gestellte Diagnose einer organisch bedingten affektiven Störung, früher im Ausmass einer mittelgradigen depressiven Episode, gegenwärtig remittiert, im Falle des Versicherten unter Berücksichtigung des Langzeitverlaufs seit der letzten Untersuchung beim Referenten weiterhin aufrechtzuerhalten. Dafür spreche die Tatsache, dass die depressive Symptomatik nach Beendigung des Konsums von psychotropen Substanzen und der seit 2018 ausgewiesenen anhaltenden Abstinenz vom weiteren Konsum von psychotropen Substanzen weitgehend remittiert sei. Sodann ergäben sich beim Versicherten aus der biografischen Exploration keine Hinweise auf eine Vulnerabilität, die die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung begünstigt hätte. In dem Konzept Diathese und Vulnerabilität würden die Persönlichkeitsstörungen als von einer sogenannten Vulnerabilität abhängig angesehen, mit der eine besondere dispositionelle Empfindlichkeit, Labilität oder Verletzlichkeit der Person gegenüber sozialen Anforderungen und Stress gemeint sei. Die Vulnerabilität sei einerseits abhängig von der sogenannten diathetischen Prädisposition. Wohl vorrangig werde die Vulnerabilität kontinuierlich durch psychosoziale Umgebungsfaktoren beeinflusst und gefördert. Als Bedingungen einer solchen psychosozialen Prädisposition würden dysfunktionale Bindungsstellen der Eltern und ungünstige familiäre, erzieherische und soziale Einflüsse auf die frühkindliche Persönlichkeitsentwicklung beschrieben und untersucht. Ausser Einflüssen aus der Erziehungsumwelt spielten insbesondere markante Lebensereignisse, Extrembelastungen und traumatische Erfahrungen eine wichtige Rolle, z.B. Kindesmisshandlung, emotionale Vernachlässigung durch die Eltern oder miterlebte Gewalttätigkeit eines Elternteils, was bei dem Versicherten nicht konstatiert werden könne. Die im Rahmen der stationären Behandlungen dokumentierten Verhaltensauffälligkeiten als auch die 2016 zur psychischen Dekompensation führenden, seit längerer Zeit auf dem letzten Arbeitsplatz bestehenden Anpassungsschwierigkeiten mit dokumentierten Konflikten ■ aus Sicht des Versicherten Meinungsverschiedenheiten mit dem Arbeitgeber ■ liessen auf akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge des Versicherten im Sinne von Problemen, verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73.1) schliessen. Eine narzisstische Persönlichkeitsstörung, insbesondere eine solche, die sich auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten ausgewirkt hätte, wie sie im Austrittsbericht der Klinik C. \_\_\_ vom 30. November 2018 diagnostiziert werde, könne bei der bis 2016 dokumentierten unauffälligen biografischen und insbesondere beruflichen Exploration nicht bestätigt werden. Persönlichkeitsstörungen seien geprägt von auffälligen, tief verwurzelten, anhaltenden Verhaltensmustern, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigten. Es bestehe eine deutliche Unausgeglichenheit in der Einstellung und im Verhalten in mehreren psychischen Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken und besonders auch in den Beziehungen zu anderen. Solange die pathologischen Reaktions- und Verhaltensmuster sozial verträglich seien, bestehe aus versicherungsmedizinischer Sicht eine

Arbeitsfähigkeit. Unter Berücksichtigung der Biografie des Versicherten könnten keine pathologischen Reaktions- und Verhaltensmuster erkannt werden, die sozial unverträglich wären. Eine Persönlichkeitsakzentuierung gehöre zu den sogenannten «Z-Diagnosen», die aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten. In einer optimal angepassten Tätigkeit, bei einem konfliktarmen Arbeitgeber, könne deswegen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Des Weiteren habe der Versicherte zur Affektivität seit Beginn der Erkrankung angegeben, bis 2016 nie unter Depressionen gelitten zu haben. Seit der Kindheit/Adoleszenz sei allerdings eine Melancholie, begleitet von Phasen mit einem Leeregefühl und dem Gefühl, keine Freude zu verspüren, angegeben worden. Unter Berücksichtigung dieser Angaben sei im Falle des Versicherten eine langjährige anhaltende affektive Störung im Sinne einer Dysthymie (ICD-10: F34.1) anzunehmen. Hierbei handle es sich um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug sei, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Der Versicherte sei deswegen zuvor nie arbeitsunfähig gewesen. Beim Beschwerdeführer liege aber eine mittelschwere Suchterkrankung vor, die trotz seiner angemessenen innerseelischen Ressourcen bezüglich des Konsums von psychotropen Substanzen und der regelmässigen Tätigkeit, der er trotz der Suchterkrankung bis 2016 nachgegangen sei, eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Inzwischen sei es infolge der Suchterkrankung zur Entwicklung von gesundheitlichen Folgen im Sinne von leichten bis mittelschweren kognitiven Defiziten gekommen.

Des Weiteren ist zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter ■ unter Einbezug der Beurteilung aus dem neuropsychologischen Gutachten ■ attestierte Arbeitsfähigkeit (50 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Projektmitarbeiter im Aussendienst und 70 % in einer angepassten Tätigkeit; vgl. E. II. 5.12 hiervor) ■ im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung (s. E. II. 6.2.2. hiernach) zu überzeugen vermag.

6.2.2 Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

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

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)
- Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)
- Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)
- b)Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)
- c)Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)
- 2)Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)
- gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)
- behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 6.2.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass der Beschwerdeführer vor allem aufgrund der bestehenden neuropsychologischen Störung leicht- bis mittelgradig eingeschränkt ist.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führte der Gutachter aus, bezüglich der weiteren Prognose im Hinblick auf die Einhaltung der Abstinenz sei unter Berücksichtigung der in der Vergangenheit dokumentierten Rückfälle, darüber hinaus den reduzierten Ressourcen/Bewältigungsstrategien im Hinblick auf einen adäquaten Umgang mit Konfliktsituationen aufgrund der narzisstisch akzentuierten Persönlichkeitszüge davon auszugehen, dass der Versicherte in Belastungssituationen erneut zu psychotropen Substanzen greifen werde. Weitere Rückfälle seien aufgrund der möglichen weiteren Folgen der Suchterkrankung und gar einer weiteren Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit dringend zu vermeiden. Aus fachärztlicher Sicht werde eine weitere regelmässige ressourcenorientierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung empfohlen. Die depressive Symptomatik sei remittiert. Eine weitere Behandlung mit Antidepressiva sei nicht indiziert. Aus neuropsychologischer Sicht könnte ein Aufmerksamkeitstraining sinnvoll sein. In diesem Zusammenhang werde dringend auf die Notwendigkeit der Einhaltung der Abstinenz hingewiesen. Bis auf eine Unterstützung bei Bewerbungen, gegebenenfalls ein Job-Coaching, seien keine weiteren beruflichen Massnahmen erforderlich und überwiegend wahrscheinlich aufgrund der Selbstlimitierung nicht Erfolg versprechend. Gestützt auf diese Ausführungen kann somit weder von einer Behandlungsresistenz noch von einer definitiven 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. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Aus dem Gutachten ist keine Komorbidität

ersichtlich, der eine erhebliche ressourcenhemmende Wirkung beizumessen wäre.

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.). Dem Gutachten ist diesbezüglich zu entnehmen, es bestünden Diskrepanzen zwischen den massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation sowie Diskrepanzen zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und dem psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung und zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe, insbesondere führe er trotz des angegebenen verminderten Antriebs und der Müdigkeit keine psychopharmakologische Behandlung durch. Die Präsentation einer erheblichen Behinderung («Ich kann nur in einem 50%igen Arbeitspensum am geschützten Arbeitsplatz arbeiten») stehe nicht im Einklang mit der Verhaltensbeobachtung und dem klinischen Befund, sei klinisch untypisch und daher nicht plausibel. Zusammenfassend ergäben die vorliegenden Befunde bei kritischer Würdigung ein in sich unschlüssiges, inkonsistentes Bild (Aktenlage, Eigenanamnese, Beobachtung, Untersuchungsbefunde, Selbsteinschätzungsskalen). Mit Verweis auf das im Rahmen der Untersuchung erhobene Alltagsaktivitätsniveau könne entsprechend den angegebenen Symptomen keine Einschränkungen in vergleichbaren Lebensbereichen erkannt werden. Bis auf aktuell psychotherapeutische Gespräche alle 14 Tage würden keine weiteren Behandlungen durchgeführt.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden, wonach bis auf aktuell psychotherapeutische Gespräche alle 14 Tage keine weiteren Behandlungen durchgeführt werden, weshalb von einem mittelgradigen Leidensdruck auszugehen ist, zumal auch im neuropsychologischen Gutachten von einem spürbaren Leidensdruck berichtet wurde (IV-Nr. 105, S. 82).

6.2.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. So sind beim Beschwerdeführer neben ressourcenhemmende Faktoren vorallem ressourcenfördernde Faktoren vorhanden. Damit vermag die gutachterliche Gesamtbeurteilung, wonach der Beschwerdeführer aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Projektmitarbeiter im Aussendienst 50 % und in einer angepassten Tätigkeit 70 % arbeitsfähig sei, zu überzeugen. Des Weiteren kann auch auf den gutachterlich statuierten Verlauf der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden: Seit Beginn der

Erkrankung im Januar 2016 bis zum Zeitpunkt der aktuellen Abklärung beim Referenten sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Ab dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung sei der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 50 % und in einer angepassten Tätigkeit 70 % arbeitsfähig. Zwar setzt sich Dr. med. B.\_\_\_\_ mit seiner Beurteilung, wonach eine angepasste Tätigkeit zu 70 % erst ab dem Zeitpunkt der Verlaufsbeurteilung (17. Juli 2019) zumutbar sei, in Widerspruch zu seinem ersten Gutachten vom 30. Oktober 2017, worin er dem Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestierte. Aber die durchgehend attestierte Arbeitsunfähigkeit findet ihre Stütze in den nach dem ersten Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ erfolgten mehrfachen stationären Hospitalisationen, weshalb diese Beurteilung, auf welche auch die Beschwerdegegnerin abstellt und die nicht bestritten wird, nicht zu beanstanden ist. Dementsprechend ist es auch nicht zu beanstanden, dass der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2017 (nach Ablauf des Wartejahres) gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % Anspruch auf eine ganze Rente hat.

6.3 Den Beweiswert der schlüssigen gutachterlichen Beurteilungen vermögen sodann auch die Rügen des Beschwerdeführers nicht zu vermindern. Zwar ist dem Beschwerdeführer insofern recht zu geben, dass aus den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters nicht ersichtlich ist, weshalb er das von ihm beim Beschwerdeführer attestierte «reduzierte Stresserleben» nicht im gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil für eine angepasste Tätigkeit berücksichtigt hat. In diesem Zusammenhang vermag auch die Begründung des RAD, wonach der Beschwerdeführer genügend Ressourcen wie beispielsweise Aufmerksamkeit und Selbstbewusstsein zeige, um das reduzierte Stresserleben zu kompensieren, nicht zu überzeugen. Das reduzierte Stresserleben ist somit beim Zumutbarkeitsprofil und bei der Beurteilung eines allfälligen leidensbedingten Abzuges (s. E. II. 7.2.2 hiernach) zu berücksichtigen. Dies führt aber im Resultat nicht dazu, dass dadurch der Beweiswert der gutachterlichen Beurteilung dadurch entscheidend vermindert würde, weshalb nach wie vor auf dieses abgestellt werden kann.

7. Nachfolgend ist auf den ebenfalls umstrittenen Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin einzugehen und zu prüfen, ob der per 17. Juli 2019 errechnete IV-Grad von 44 % korrekt ist.

7.1 Beim Valideneinkommen handelt es sich um eine hypothetische Grösse, indem nicht ohne weiteres auf den ■ unter Umständen schon länger zurückliegenden ■ zuletzt tatsächlich erzielten Verdienst abzustellen ist (BGE 114 V 310 E. 3b S. 314; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 559/04 vom 16. Februar 2005 E. 2.1), sondern darauf, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2011 IV Nr. 55 S. 163 8C\_671/2010 E. 4.5.1; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 327).

Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt des Invaliditätseintritts Januar 2016 bei der E.\_\_\_\_ GmbH angestellt und hat diese Tätigkeit aufgrund der Invalidität verloren, weshalb es nicht zu beanstanden und unter den Parteien auch nicht umstritten ist, dass die Beschwerdegegnerin beim Valideneinkommen auf das dort per 2015 erzielte Einkommen von CHF 83'661.00 abgestellt und dieses gestützt auf den Nominallohnindex Männer, Pos.

41 ■ 43 Bau, der Teuerung angepasst hat. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass gemäss Urteil des Bundesgerichts 9C\_15/2018 vom 2. Juli 2018 E. 4.2 die Lohnstrukturdaten zur Berechnung heranzuziehen sind, welche im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung ■ vorliegend 11. März 2021 ■ bereits veröffentlicht waren (vgl. auch BGE 143 V 295 E. 4.1 S. 299 ff.), weshalb vorliegend die Teuerung anders als in der angefochtenen Verfügung nicht nur bis 2018 sondern bis 2019 (Nominallohnindex, Männer, 2011 ■ 2019, veröffentlicht am 29. Juni 2020) aufzurechnen ist, da der Zeitpunkt des Einkommensvergleichs der 17. Juli 2019 ist. Dies ergibt ein Valideneinkommen von CHF 85'538.30 (CHF 83'661.00 :102.5 x 104.8)

## 7.2

7.2.1 Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, eine angepasste Tätigkeit zu 70 % auszuüben, er aber bislang keiner Tätigkeit im zumutbaren Ausmass nachgeht, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden.

Soweit der Beschwerdeführer sinngemäss geltend macht, es könne nicht auf die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % abgestellt werden sondern auf die ebenfalls im Gutachten festgelegte zumutbare Arbeitsfähigkeit von 5 Stunden bei einem Tagespensum von 8 Stunden, ist dem entgegenzuhalten, dass es sich hierbei ganz offensichtlich um einen Berechnungsfehler des Gutachters Dr. med. B. \_\_\_ handelt. Denn wie auch dieser in seiner Stellungnahme vom 5. August 2020 festhielt, entspricht eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bei einem Tagespensum von 8 Stunden einer zumutbaren Stundenzahl von 5.6 Stunden. Es ist kein Grund ersichtlich, weshalb stattdessen auf 5 Stunden abzustellen wäre und die zumutbare Arbeitsfähigkeit ■ wie vom Beschwerdeführer verlangt ■ auf 60 % herabzusetzen wäre, zumal bei einer gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit praxisgemäss eine Prozentangabe verlangt wird. Daran ändert auch das Argument des Beschwerdeführers nichts, dass diese Einschätzung von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 5 Stunden pro Tag am ehesten den Schilderungen und Feststellungen von Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. D. \_\_\_ entspreche, wonach der Beschwerdeführer konsistent und ohne Aggravation angebe, dass er nach einem halben Tag Arbeit erschöpft, ausgelaugt und nicht mehr konzentriert sei. So attestierten die neuropsychologische Gutachterin und der psychiatrische Gutachter in einer angepassten Tätigkeit übereinstimmend eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Auch der behandelnde Psychiater, Dr. med. F. \_\_\_ widersprach dieser Einschätzung mit Stellungnahme vom 14. November 2019 (E. II. 5.13 hiervor) nicht grundsätzlich, sondern hielt fest, für die nachhaltige mittelfristige Bewältigung der Arbeitsfähigkeit von 70 % seien berufliche Massnahmen erforderlich.

Diskutabel ist allerdings der auch vom Beschwerdeführer gerügte Umstand, dass der Gutachter bei der Festlegung der zumutbaren Stunden pro Tag von einem Tagespensum von 8 Stunden pro Tag bzw. 40 Stunden pro Woche ausging, die Beschwerdegegnerin den Tabellenlohn aber praxisgemäss auf die im Jahr 2018 bzw. 2019 geltende durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41.7 aufrechnete. Aber selbst wenn man vorliegend das gutachterlich attestierte Tagespensum von 5.6 Stunden in Relation zu einer Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden bzw. einer Tagesarbeitszeit von 8.34 Stunden bringen würde, woraus sich eine Arbeitsfähigkeit von 67 % ergäbe, dann würde dies im Resultat keine höhere Rente ergeben, wie unter E. II. 7.2.2 hiernach darzulegen ist.

Zur Berechnung des Invalideneinkommens sind vorliegend entgegen der angefochtenen Verfügung die LSE 2018, TA1\_tirage\_skill Level, Medianlohn für Männer im Total Niveau 1, anwendbar, welche im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2021 bereits veröffentlicht waren. Somit ist von einem ordentlichen Bruttolohn von CHF 5'417.00 auszugehen. Dieser Betrag ist, entsprechend auf ein Jahr sowie die Wochenstunden und die Teuerung 2018-2019 (Nominallohnindex Männer total) aufzurechnen ( $\times 12$ ; Aufrechnung Wochenstunden :40  $\times$  41.7; :105.1  $\times$  106.0). Damit ergibt sich unter Einbezug einer 70%igen bzw. 67%igen Arbeitsfähigkeit ■ und vorbehältlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (s. E. 7.2.2 hiernach) ein Invalideneinkommen von CHF 47'842.90 bzw. CHF 45'792.50.

7.2.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

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

Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 53 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Dagegen ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem Pensum von 70 % teilzeitig tätig sein kann. Gemäss der Tabelle des Bundesamtes für Statistik T18 (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) verdienen Männer ohne Kaderfunktion im Jahr 2018 in einem Pensum von 50 ■ 74 % durchschnittlich CHF 5'897.00 und damit weniger als Männer in einem Vollpensum (CHF 6■138.00), womit sich diesbezüglich ein Abzug rechtfertigt.

In den vorliegend relevanten Gutachten wurde sodann folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: In einer optimal angepassten Tätigkeit, d.h. bei einem konfliktarmen Arbeitgeber, mit der Möglichkeit, sich zurückzuziehen, ohne Tätigkeiten, die ein hohes Mass an Daueraufmerksamkeit, Dauerkonzentration und Leistungsdruck oder ein hohes Mass an Kreativität voraussetzen sowie ohne Übernahme von Leitungsfunktionen und

Überwachungsarbeiten, werde der Versicherte als zu 70 % arbeitsfähig erachtet, entsprechend fünf Stunden pro Tag ■ respektiv 5.6 Stunden gemäss der erläuternden Stellungnahme vom 5. August 2020 (E. 5.15 hiervor) ■ an fünf Tagen pro Woche. Der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbaren Kompetenzniveau 1 beinhaltet bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2012, 8C\_870/2011 E 4.1 mit Hinweisen). Die vorgenannten Einschränkungen resultieren denn auch grossenteils aus den neuropsychologischen Defiziten, welche bereits bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit von 70 % mitberücksichtigt wurden. Eine nochmalige Berücksichtigung dieser Einschränkungen in Form eines zusätzlichen leidensbedingten Abzuges erscheint damit nicht als gerechtfertigt. Ebenso rechtfertigt alleine aus der verminderten Stresstoleranz kein weiterer Abzug. Demnach ist einzig aufgrund der Teilzeitarbeitsfähigkeit ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, wobei ein Abzug 5 % angemessen erscheint.

Somit ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 47 % bzw. 49 % (Invalideneinkommen CHF 45'450.75 bzw. CHF 43'502.90 [bei einer Arbeitsfähigkeit von 67%], Valideneinkommen CHF 85'538.30), womit die mit Verfügung vom 11. März 2021 per 1. November 2019 zugesprochene Viertelrente zu bestätigen und die dagegen erhobenen Beschwerde abzuweisen ist.

#### **E. 4**

Weitere Nebendiagnosen: - St. n. Kokainabhängigkeit (28. bis 30. Lebensjahr) - St. n. Heroinabhängigkeit (28. bis 30. Lebensjahr)

#### **E. 5**

Vitamin D Insuffizienz nicht substituiert Der Beschwerdeführer sei am 25. Juni 2018 erneut zu einem Alkoholentzug auf der Entzugs- und Abklärungsabteilung eingetreten. Sein Ziel sei ein Entzug von Alkohol und die Stabilisierung, damit er am 17. Juli 2018 wie bereits vorgängig abgemacht, direkt in die Klinik K.\_\_\_\_ übertreten könne. Der medikamentengestützte Alkoholentzug habe sich diesmal bei fehlendem zusätzlichem Benzodiazepinkonsum vor Eintritt und unter gelegentlicher Verabreichung von Truxal wegen innerer Unruhe problemlos gestaltet. Die anfänglich aufgetretene depressive Verstimmung habe sich gegen Austritt normalisiert und die Depression könne als remittiert bezeichnet werden. 5.8 Im Austrittsbericht der Klinik K.\_\_\_\_ vom 4. Oktober 2018 (IV-Nr. 87), wo der Beschwerdeführer vom 17. Juli bis 12. September 2018 stationär hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt: - F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom. Ständiger Substanzgebrauch. Nach DSM V liege eine schwere Alkoholkonsumstörung vor. - F13.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom. Gegenwärtig abstinent. Nach DSM V liege eine mittelgradige Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytikakonsumstörung vor. - F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. - E55.9 Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet. Beim Beschwerdeführer bestünden mehrere Suchtdiagnosen, wobei diese Abhängigkeiten in Zusammenhang mit einer rezidivierenden Depression stünden. Alkohol habe ihm zur Beruhigung besonders in zwischenmenschlichen Konflikten gedient und um seiner Depression zumindest kurzfristig zu entfliehen. Die Abhängigkeit von Benzodiazepinen sei entstanden, als er versucht habe, diese statt Alkohol zur Beruhigung einzusetzen. Er leide

seit Jahren unter einer rezidivierenden Depressiven Störung, dabei fühle er sich ihr oft machtlos ausgeliefert, berichte über Interessen- und Freudlosigkeit sowie Antriebslosigkeit. Dies gehe einher mit sozialem Rückzug, den er auch hier in der Klinik mehrheitlich suche. Der Beschwerdeführer habe insgesamt nur mässig von der Therapie profitieren können, da er sich nach fünf Wochen zu einem Übertritt in eine andere Institution entschieden habe und es ihm anschliessen schwergefallen sei, sich auf diverse Gefässe einzulassen. Um festgefahrene Muster und Verhaltensweisen zu verändern, werde er noch mehr Zeit benötigen. Der Beschwerdeführer habe einen Übertritt in eine andere suchtspezifische Institution gewünscht, wobei ihm das Angebot der Klinik C.\_\_\_\_ sehr entsprochen habe.

5.9 Im Austrittsbericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 30. November 2018 (IV-Nr. 91), wo der Beschwerdeführer vom 13. September bis 30. November 2018 hospitalisiert war, wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei zum ersten Aufenthalt in die Klinik C.\_\_\_\_ zur Stabilisierung nach bereits vorgängig erfolgtem Alkoholentzug in der Klinik K.\_\_\_\_ gekommen. Er habe sich recht gut in die Patientengruppe integrieren können und habe zuverlässig am multimodalen Therapieprogramm teilgenommen. Während des Aufenthalts habe sich gezeigt, dass er Schwierigkeiten gehabt habe, sich an die klinikinternen Regeln zu halten bzw. eine Sonderbehandlung für sich erhofft habe. Nach einer testpsychologischen Untersuchung (SKID) und einem eingehenden psychiatrischen Gespräch seien die Diagnosen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt worden. Der Beschwerdeführer trete plangemäss am 30.

November nach bewusster Ausschöpfung der in der Klinik C.\_\_\_\_ maximalen Therapiedauer in die bestehenden Verhältnisse nach Hause aus. Er habe sich während der Hospitalisation mit der Wahl neuer Freizeitaktivitäten auseinandergesetzt und verschiedene Optionen hinsichtlich Tagesstruktur geprüft. 5.10 Im Bericht vom 11. April 2019 (IV-Nr. 99) führte Dr. med. F.\_\_\_\_ aus, aktuell bestehe nur noch die depressive Störung im Sinne einer reduzierten Belastbarkeit respektive erhöhten Ermüdbarkeit. Die Arbeitsfähigkeit sei aktuell nur noch in leichtgradigem Ausmass eingeschränkt. Seit den absolvierten stationären Hospitalisationen habe sich der Beschwerdeführer bezüglich Konsum psychotroper Substanzen sehr stabil halten und bis anhin vollständig sowohl auf Alkohol wie auch auf Benzodiazepine und THC verzichten können. Auch das psychische Zustandsbild sei ausgeglichen geblieben, bei aber noch reduzierter Belastbarkeit mit erhöhtem Bedarf für Regeneration. 5.11 Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 26.

Oktober 2019 (IV-Nr. 105, S. 76) diagnostizierte die Gutachterin, Dr. sc. hum. Dipl. Psych. D.\_\_\_\_, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung mit/bei mittelschweren Einbussen bei der Aufmerksamkeit. Der Beschwerdeführer habe den Symptomvalidierungstest mit unauffälligen Werten absolviert. Es habe kein aggravierendes Verhalten beobachtet werden können. Sein allgemeines Arbeitstempo sei schnell gewesen. Seine Handlungs- und Impulskontrolle während der sehr strukturierten Testsituation sei unauffällig gewesen. Sein Vermögen zum logischen Denken und Schlussfolgern bei einem sprachfreien Test habe mit einem IQ von 102 im durchschnittlichen Bereich gelegen. Sein verbales Gedächtnis, sein visuelles Gedächtnis hätten im Durchschnitt gelegen, sein Arbeitsgedächtnis habe minimal unter dem Durchschnitt gelegen. Dieses Ergebnis habe keinen eigenen Krankheitswert. Seine Aufmerksamkeitsfunktionen seien weit unterdurchschnittlich gewesen. Bei der direkten Reaktionszeit, bei der geteilten und bei der selektiven Aufmerksamkeit, hätten die Ergebnisse im weit unterdurchschnittlichen Bereich gelegen. Seine exekutiven Funktionen seien gut gewesen. Das Erfassen einer komplexen Figur sei strukturiert gewesen, das

Ergebnis sei korrekt gewesen. Seine kognitive Flexibilität und Umstellfähigkeit sowie seine Wortflüssigkeit seien durchschnittlich gewesen. Diese Ergebnisse seien als leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung zu werten. Das zumutbare Arbeitspensum in der bisherigen Tätigkeit als Projektmitarbeiter im Aussendienst sei aus neuropsychologischer Sicht nach den Kriterien von Frei (Frei et al., 2016) um 50 % eingeschränkt. In einer angepassten Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht nach den Kriterien von Frei (Frei et al., 2016) um 30 % eingeschränkt.

5.12 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 28. Oktober 2019 (IV-Nr. 105, S. 1) stellte Dr. med. B. \_\_\_ folgende Diagnosen: Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (Heroin, Kokain, LSD, seit 1992 abstinent, seit 2013 Konsum von Alkohol, iatrogen induziert Benzodiazepinen und Cannabinoiden, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F19.20) mit/bei - Status nach organisch bedingter (sekundärer) affektiver Störung aufgrund der Behandlung mit Diazepam, zudem Konsum von Alkohol und Cannabinoiden, zuvor im Ausmass einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F06.32) mit/bei · weiterhin persistierenden kognitiven Defiziten im Ausmass einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung, überwiegend wahrscheinlich als Folge der Suchterkrankung mit/bei o mittelschweren Einbussen bei der Aufmerksamkeit. Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Probleme, verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne von narzisstisch akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1). 2. Anamnestisch Verdacht auf Dysthymie (ICD-10: F34.1). 3. Verdacht auf Schlafstörung mit Schlafparalyse. Unter Einschluss der Resultate aus der neuropsychologischen Begutachtung kam Dr. med. B. \_\_\_ zum Schluss, in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Projektmitarbeiter im Aussendienst sei der Versicherte zu 50 % arbeitsfähig. Bei einem konfliktarmen Arbeitgeber, mit der Möglichkeit, sich zurückzuziehen, ohne Tätigkeiten, die ein hohes Mass an Daueraufmerksamkeit und Dauerkonzentration oder ein hohes Mass an Kreativität voraussetzten sowie ohne Übernahme von Leitungsfunktionen und Überwachungsarbeiten sei der Versicherte zu 70 % arbeitsfähig. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit hielt der Guter fest, seit Beginn der Erkrankung im Januar 2016 bis zum Zeitpunkt der aktuellen Abklärung beim Referenten sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Ab dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung sei der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 50 % und in einer angepassten Tätigkeit 70 % arbeitsfähig. Bezüglich der Notwendigkeit beruflicher Massnahmen führte der Gutachter schliesslich aus, bis auf eine Unterstützung bei Bewerbungen, gegebenenfalls ein Job-Coaching, seien keine weiteren beruflichen Massnahmen erforderlich und überwiegend wahrscheinlich aufgrund der Selbstlimitierung nicht Erfolg versprechend.

5.13 Dr. med. F. \_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 14. November 2019 (IV-Nr. 107, S. 3) fest, bezüglich der diagnostischen Einschätzung im Gutachten bestehe weiterhin eine Divergenz. Diese Divergenz erscheine aber nicht relevant in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Was diese angehe, könne der Referent dem Gutachter weitgehend folgen. Mit der Einschränkung, dass eine 70%ige Tätigkeit, auch in einem angepassten Rahmen, den Beschwerdeführer aktuell wohl noch überfordern würde. Aus Sicht des Referenten benötige der Beschwerdeführer weitere Unterstützung durch berufliche Massnahmen, um ein 70%iges Pensum mittelfristig nachhaltig bewältigen zu können. Entschieden zu widersprechen sei hingegen der Behauptung des Gutachters, weitere berufliche

Massnahmen seien nicht erforderlich und aufgrund einer Selbstlimitierung nicht erfolgsversprechend (S. 65). Bereits im ersten Gutachten vom 13. Oktober 2017 habe Dr. B.\_\_\_\_ von einer fehlenden Motivation des Beschwerdeführers für berufliche Massnahmen besprochen. Dies sei schon damals nicht korrekt gewesen und sei auch aktuell für den Referenten nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer habe alle bisherigen beruflichen Unterstützungen, sei es über die IV, sei es über die [...], engagiert wahrgenommen. Gegenüber dem Referenten äussere er sich konsistent, dass er sich aktuell zu 50 % arbeitsfähig im freien Arbeitsmarkt halte. Der Beschwerdeführer habe dem Referenten gegenüber auch festgehalten, dass er dem Gutachter nie gesagt habe, er sei nur zu 50 % im geschützten Rahmen arbeitsfähig. Zusammenfassend könne deshalb gesagt werden, dass berufliche Massnahmen im Sinne eines Arbeitseinsatzes, neben einem Coaching, weiterhin angezeigt und sehr wohl erfolgsversprechend seien.

5.14 Mit Stellungnahme vom 13. Juli 2020 (IV-Nr. 120) führte Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, RAD, zu den Einwänden des Beschwerdeführers aus, dass bei einer mangelnden Stressresistenz automatisch ein reduzierter Leistungsdruck folge, könne medizinisch nicht begründet werden. Zudem gebe der Psychiater auf S. 39 an, dass bei Belastungssituationen nur eine «leicht-mittelgradige Beeinträchtigung» erfolge. Ebenfalls zeige der Versicherungsnehmer in den abgefragten Items auf S. 39 genug Möglichkeiten, diese Stressresistenz durch andere Möglichkeiten (bspw. Aufmerksamkeit, Selbstbewusstsein) etc. zu kompensieren. Hier seien die Funktionen nur leichtgradig eingeschränkt. Die Gedächtnisfunktion, Denk und höhere kognitive Funktion (S. 40) seien zudem nicht eingeschränkt (s. auch Mini ICF APP Auswertung S. 41). Aus medizinischer Sicht sei der Einwand des Rechtsvertreters bei genauer Gutachtensdurchsicht somit nicht nachvollziehbar. Sodann seien die neuropsychologischen Auswirkungen im psychiatrischen Gutachten und der Konsensbesprechung bereits gewürdigt: S. 42 und s. die vorstehenden Ausführungen, wonach die Defizite auch kompensiert werden könnten. Die kognitiven Einbussen seien zudem auf S. 45 als relevante Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gewürdigt worden, so dass der Einwand des Rechtsvertreters diesbezüglich aus RAD-Sicht nicht nachvollzogen werden könne.

5.15 In seiner Stellungnahme vom 5. August 2020 (IV-Nr. 122) hielt der psychiatrische Gutachter, Dr. med. B.\_\_\_\_, fest, die Behauptung von Dr. med. F.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer dem Gutachter nie gesagt habe, er sei nur zu 50 % im geschützten Rahmen arbeitsfähig werde strikt zurückgewiesen. Der Versicherte habe beim Referenten während der Exploration angegeben (Seite 24): Das 50%ige Arbeitspensum an einem geschützten Arbeitsplatz sei das Maximale, was er aus seiner Sicht momentan leisten könne. Auch in der Selbsteinschätzung habe er sich wie folgt geäussert: Er schätze sich momentan als zu 50 % arbeitsfähig ein, allerdings ohne Leistung und ohne Druck. An dieser Stelle werde darauf hingewiesen, dass das Diktat in Anwesenheit des Versicherten erfolgt sei, womit er sich einverstanden erklärt habe. Das Diktat liege vor und könne jederzeit zu Beweis Zwecken herangezogen werden. Sodann sei es nicht nachvollziehbar, weshalb der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in seinem Schreiben vom 10. Juni 2020 von einer wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden ausgehe. So werde im Arbeitgeberfragebogen der bisherigen Arbeitgeberin, der E.\_\_\_\_ GmbH, die Arbeitszeit mit acht Stunden pro Tag bzw. 40 Stunden pro Woche angegeben. Darüber hinausgehende Angaben zum Arbeitspensum fänden sich nicht. Insofern sei bei einem 100%igen Arbeitspensum von einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden ausgegangen und die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ab dem Zeitpunkt der Begutachtung beim Referenten mit vier Stunden am Tag an fünf Tagen pro Woche bei

vollem Rendement, entsprechend einem 50%igen Arbeitspensum, beurteilt worden. In einer angepassten Tätigkeit ergebe sich ein zumutbares Pensum von 70 %, entsprechend 5.6 Stunden pro Tag, ausgehend von einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden. Schliesslich sei festzuhalten, dass die unabhängig von Frau Dr. D. \_\_\_ in ihrem neuropsychologischen Gutachten beurteilte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, ausgehend von einem 100%igen Arbeitspensum, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von 50 % und in einer optimal angepassten Tätigkeit um 30 % nicht mit der durch den Referenten auf psychiatrischem Fachgebiet beurteilten Arbeitsunfähigkeit addiert worden sei. 6. Die Beschwerdegegnerin stellt in Ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das neuropsychologische Gutachten von Dr. sc. hum. Dipl. Psych. D. \_\_\_ vom 26. Oktober 2019 sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_ vom 28. Oktober 2019 ab, weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist. Die Gutachten werden den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Sie stammen von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Zudem sind die Aussagen der Experten in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar, wie nachfolgend darzulegen ist. 6.1 Im neuropsychologischen Gutachten führte die Gutachterin verschiedene Testverfahren durch, welche folgende Resultat ergaben: Der Beschwerdeführer haben den Symptomvalidierungstest mit unauffälligen Werten absolviert. Es habe kein aggravierendes Verhalten beobachtet werden können. Allgemeine Intelligenz: Der Beschwerdeführer absolviere einen sprachfreien Intelligenztest, der das logische, analytische Schlussfolgern prüfe. Er habe einen Prozentrang von 55 erreicht, was einem IQ von 102 entspreche. Dieses Ergebnis liege im durchschnittlichen Bereich. Lernen und Gedächtnis: Die Überprüfung der Lern- und Gedächtnisfunktionen hätten unterschiedliche Befunde in den verschiedenen Modalitäten ergeben. Zwei komplexe Geschichten habe er nach einmaliger Präsentation mit durchschnittlich vielen Details (PR42) wiedergeben können, die Hauptideen seien erkannt worden. Bei einer Wiedergabe nach 30 Minuten sei die Behaltensleistung ebenfalls im Durchschnitt gewesen (PR16). Sein visuelles Gedächtnis beim Erinnern einer komplexen Figur habe im Durchschnitt gelegen (PR57). Zahlenreihen habe er sich gut merken können (PR53). Sein Arbeitsgedächtnis habe minimal unter dem Durchschnitt gelegen (PR13). Sprache: Seine sprachlichen Funktionen seien unauffällig gewesen. Seine Fähigkeit zu lesen und zu rechnen sei bei der kursorischen Prüfung unauffällig gewesen. Attentionale Funktionen: In den computergestützten Prüfungen der attentionalen Funktionen hätten sich unterdurchschnittliche Aufmerksamkeitsleistungen gefunden. Seine Reaktionszeiten im Test Alertness zur gerichteten Aufmerksamkeit bei den Bedingungen ohne und mit Warnton hätten weit unter dem Durchschnitt gelegen (PR1, PR1), seine phasische Alertness sei ebenfalls unterdurchschnittlich gewesen (PR12). Bei bimodaler Reizpräsentation zur geteilten Aufmerksamkeit hätten seine Reaktionslatenzen auf auditive und auf visuelle Reize im weit unterdurchschnittlichen Bereich gelegen (PR<1, PR<1) bei qualitativ mittelmässiger Ausführung (Auslassungen PR2). Im Test GoNogo zur selektiven Aufmerksamkeit seien seine Reaktionszeiten ebenfalls unterdurchschnittlich (PR1) bei qualitativ guter Ausführung gewesen. Bei der Form A des TMT sei es bei fehlerfreier Bearbeitung zu einer durchschnittlichen Bearbeitungszeit (PR74) gekommen. Seine Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit sei nicht eingeschränkt gewesen. Exekutive Funktionen: Seine höheren Denkfunktionen seien gut gewesen. Seine Handlungs- und Impulskontrolle während der sehr strukturierten Testsituation sei unauffällig gewesen. Seine Fähigkeit Wesentliches zu erfassen sei in der verbalen und in der visuellen Modalität

durchschnittlich gewesen. Bei der visuell-perzeptiven Wahrnehmung und Rekonstruktion einer komplexen Figur seien das Erfassen geordnet und das Endergebnis korrekt gewesen. Seine formallexikalische und seine semantisch-kategorielle Wortflüssigkeit hätten im Durchschnitt gelegen (PR26, PR16). Beim Konzeptwechsel zur Testung der kognitiven Flexibilität und Umstellfähigkeit (TMT B) sei die Bearbeitungszeit bei qualitativ guter Ausführung gut durchschnittlich gewesen (PR82). Gestützt auf die vorstehenden Testergebnisse kam die Gutachterin sodann in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung mit/bei mittelschweren Einbussen bei der Aufmerksamkeit vorliege. Schliesslich ist – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – auch die gutachterliche neuropsychologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einleuchtend, wonach das zumutbare Arbeitspensum in der bisherigen Tätigkeit als Projektmitarbeiter im Aussendienst nach den Kriterien von Frei (Frei et al., 2016) um 50 % und in einer angepassten Tätigkeit um 30 % eingeschränkt sei. So erscheint es durchaus schlüssig, dass die Gutachterin bei einer nicht angepassten Tätigkeit von der gemäss Frei (Frei et al., 2016) bei einer leicht- bis mittelgradigen neuropsychologischen höchstmöglichen Arbeitsunfähigkeit von 50 % und in einer angepassten Tätigkeit von einer solchen von 30 % ausging. So wird denn auch im Aufsatz von Frei S. 114 f. sinngemäss darauf hingewiesen, dass der Grad der Arbeitsunfähigkeit im Einzelfall in Abhängigkeit der Charakteristika einer Störung und des jeweiligen beruflichen Anforderungsprofils an einem bestimmten Arbeitsplatz zu bestimmen ist.

6.2 6.2.1 Im psychiatrischen Teilgutachten erhob Dr. med. B. \_\_\_ folgende Befunde: Im objektiven psychopathologischen Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien anlässlich der Untersuchung am 17. Juli 2019 sei eine phasenweise leicht gedrückte Grundstimmung ohne eine durchgehende Depressivität aufgefallen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei leicht vermindert gewesen. Vorgetragen worden seien Insuffizienzgefühle, Zukunfts- und Existenzängste. Darüber hinaus hätten keine psychopathologischen Auffälligkeiten objektiviert werden können. Insgesamt habe der Versicherte nicht schmerzgequält gewirkt. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und der Bewusstseinsshelligkeit gezeigt. Im klinischen Eindruck ergäben sich keine Hinweise auf umfassende und ausgeprägte kognitive Störungen. Es seien keine Auffassungs-, Gedächtnis-, Merkfähigkeits- oder Aufmerksamkeitsstörungen gefunden worden. Im Hinblick auf die Konzentration sei der Versicherte während des ganzen Untersuchungsverlaufs immer aufmerksam gewesen und habe sich auf die gestellten Fragen und die rasch wechselnden Themen einzustellen vermocht. Der formale Gedankengang sei in Kohärenz und Stringenz sowie im Tempo ungestört gewesen. Es seien keine krankheitswertigen inhaltlichen Denkstörungen feststellbar und keine strukturellen Ich-Störungen feststellbar gewesen. Hinweise für Wahn oder Sinnestäuschungen in Form von Halluzinationen oder illusionären Verkennungen hätten nicht bestanden. Der Versicherte habe während der Exploration eine leicht reduzierte Variation an emotionalen Qualitäten gezeigt. Es hätten keine Affekteinbrüche während der Exploration bestanden. Er sei auch bei kritischen Themen steuerbar gewesen. Gegenwärtig liege weder eine Insuffizienz oder eine Labilität der Affekte noch ein kreisendes Denken oder Grübeln vor. Der Antrieb und das psychomotorische Verhalten seien ungestört. Gestik und Mimik seien angemessen und unterstrichen die Stimmung affektsynthym. Spontanität und Eigeninitiative seien allenfalls leicht reduziert. Die soziale Teilnahme sei im privaten Bereich nicht wesentlich eingeschränkt. Anhand der Untersuchung ergäben sich keine Hinweise auf entsprechende psychosoziale Probleme von besonderem Schweregrad. Aus neuropsychologischer Sicht könnten die kognitiven Defizite Folge des Konsums von

verschiedenen Drogen und Alkohol sein. Die Marker für einen chronischen Alkoholabusus (CDT und Ethylglucuronid) als auch das durchgeführte Drogen-Screening im Urin seien für die ermittelten Substanzen negativ gewesen. Die Exploration des Tagesprofils weise auf ein leicht reduziertes Alltagsaktivitätsniveau hin. Bei den Haushaltsarbeiten fühle sich der Versicherte nicht eingeschränkt. Analog der Parameter der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an das Mini-ICF-APP bestünden leicht- bis mittelgradige Störungen der Aktivität und Partizipation im Bereich der Items Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, Durchhaltefähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit und Fähigkeit zu Spontanaktivitäten. Gestützt auf seine umfassende Befunderhebung setzt sich der Gutachter eingehend mit den möglichen Diagnosen auseinander und begründet seine Diagnosestellung überzeugend: Zusammenfassend sei mit Verweis auf die Diskussion in seinem Vorgutachten, Untersuchung des Versicherten am 27. September 2017, die vom Referenten zuvor gestellte Diagnose einer organisch bedingten affektiven Störung, früher im Ausmass einer mittelgradigen depressiven Episode, gegenwärtig remittiert, im Falle des Versicherten unter Berücksichtigung des Langzeitverlaufs seit der letzten Untersuchung beim Referenten weiterhin aufrechtzuerhalten. Dafür spreche die Tatsache, dass die depressive Symptomatik nach Beendigung des Konsums von psychotropen Substanzen und der seit 2018 ausgewiesenen anhaltenden Abstinenz vom weiteren Konsum von psychotropen Substanzen weitgehend remittiert sei. Sodann ergäben sich beim Versicherten aus der biografischen Exploration keine Hinweise auf eine Vulnerabilität, die die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung begünstigt hätte. In dem Konzept Diathese und Vulnerabilität würden die Persönlichkeitsstörungen als von einer sogenannten Vulnerabilität abhängig angesehen, mit der eine besondere dispositionelle Empfindlichkeit, Labilität oder Verletzlichkeit der Person gegenüber sozialen Anforderungen und Stress gemeint sei. Die Vulnerabilität sei einerseits abhängig von der sogenannten diathetischen Prädisposition. Wohl vorrangig werde die Vulnerabilität kontinuierlich durch psychosoziale Umgebungsfaktoren beeinflusst und gefördert. Als Bedingungen einer solchen psychosozialen Prädisposition würden dysfunktionale Bindungsstellen der Eltern und ungünstige familiäre, erzieherische und soziale Einflüsse auf die frühkindliche Persönlichkeitsentwicklung beschrieben und untersucht. Ausser Einflüssen aus der Erziehungsumwelt spielten insbesondere markante Lebensereignisse, Extrembelastungen und traumatische Erfahrungen eine wichtige Rolle, z.B. Kindesmisshandlung, emotionale Vernachlässigung durch die Eltern oder miterlebte Gewalttätigkeit eines Elternteils, was bei dem Versicherten nicht konstatiert werden könne. Die im Rahmen der stationären Behandlungen dokumentierten Verhaltensauffälligkeiten als auch die 2016 zur psychischen Dekompensation führenden, seit längerer Zeit auf dem letzten Arbeitsplatz bestehenden Anpassungsschwierigkeiten mit dokumentierten Konflikten – aus Sicht des Versicherten Meinungsverschiedenheiten mit dem Arbeitgeber – liessen auf akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge des Versicherten im Sinne von Problemen, verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73.1) schliessen. Eine narzisstische Persönlichkeitsstörung, insbesondere eine solche, die sich auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten ausgewirkt hätte, wie sie im Austrittsbericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 30. November 2018 diagnostiziert werde, könne bei der bis 2016 dokumentierten unauffälligen biografischen und insbesondere beruflichen Exploration nicht bestätigt werden. Persönlichkeitsstörungen seien geprägt von auffälligen, tief verwurzelten, anhaltenden Verhaltensmustern, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche

persönliche und soziale Lebenslagen zeigten. Es bestehe eine deutliche Unausgeglichenheit in der Einstellung und im Verhalten in mehreren psychischen Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken und besonders auch in den Beziehungen zu anderen. Solange die pathologischen Reaktions- und Verhaltensmuster sozial verträglich seien, bestehe aus versicherungsmedizinischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit. Unter Berücksichtigung der Biografie des Versicherten könnten keine pathologischen Reaktions- und Verhaltensmuster erkannt werden, die sozial unverträglich wären. Eine Persönlichkeitsakzentuierung gehöre zu den sogenannten «Z-Diagnosen», die aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten. In einer optimal angepassten Tätigkeit, bei einem konfliktarmen Arbeitgeber, könne deswegen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Des Weiteren habe der Versicherte zur Affektivität seit Beginn der Erkrankung angegeben, bis 2016 nie unter Depressionen gelitten zu haben. Seit der Kindheit/Adoleszenz sei allerdings eine Melancholie, begleitet von Phasen mit einem Leeregefühl und dem Gefühl, keine Freude zu verspüren, angegeben worden. Unter Berücksichtigung dieser Angaben sei im Falle des Versicherten eine langjährige anhaltende affektive Störung im Sinne einer Dysthymie (ICD-10: F34.1) anzunehmen. Hierbei handle es sich um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug sei, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Der Versicherte sei deswegen zuvor nie arbeitsunfähig gewesen. Beim Beschwerdeführer liege aber eine mittelschwere Suchterkrankung vor, die trotz seiner angemessenen innerseelischen Ressourcen bezüglich des Konsums von psychotropen Substanzen und der regelmässigen Tätigkeit, der er trotz der Suchterkrankung bis 2016 nachgegangen sei, eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Inzwischen sei es infolge der Suchterkrankung zur Entwicklung von gesundheitlichen Folgen im Sinne von leichten bis mittelschweren kognitiven Defiziten gekommen. Des Weiteren ist zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter – unter Einbezug der Beurteilung aus dem neuropsychologischen Gutachten – attestierte Arbeitsfähigkeit (50 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Projektmitarbeiter im Aussendienst und 70 % in einer angepassten Tätigkeit; vgl. E. II. 5.12 hiervor) – im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung (s. E. II. 6.2.2. hiernach) zu überzeugen vermag. 6.2.2 Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren

Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 6.2.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass der Beschwerdeführer vor allem aufgrund der bestehenden neuropsychologischen Störung leicht- bis mittelgradig eingeschränkt ist. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führte der Gutachter aus, bezüglich der weiteren Prognose im Hinblick auf die Einhaltung der Abstinenz sei unter Berücksichtigung der in der Vergangenheit dokumentierten Rückfälle, darüber hinaus den reduzierten Ressourcen/Bewältigungsstrategien im Hinblick auf einen adäquaten Umgang mit Konfliktsituationen aufgrund der narzisstisch akzentuierten Persönlichkeitszüge davon auszugehen, dass der Versicherte in Belastungssituationen erneut zu psychotropen Substanzen greifen werde. Weitere Rückfälle seien aufgrund der möglichen weiteren Folgen der Suchterkrankung und gar einer weiteren Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit dringend zu vermeiden. Aus fachärztlicher Sicht werde eine weitere regelmässige ressourcenorientierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung empfohlen. Die depressive Symptomatik sei remittiert. Eine weitere Behandlung mit Antidepressiva sei nicht indiziert. Aus neuropsychologischer Sicht könnte ein Aufmerksamkeitstraining sinnvoll sein. In diesem Zusammenhang werde dringend auf die Notwendigkeit der Einhaltung der Abstinenz hingewiesen. Bis auf eine Unterstützung bei Bewerbungen, gegebenenfalls ein Job-Coaching, seien keine weiteren beruflichen Massnahmen erforderlich und überwiegend wahrscheinlich aufgrund der Selbstlimitierung nicht Erfolg versprechend. Gestützt auf diese Ausführungen kann somit weder von einer Behandlungsresistenz noch von einer definitiven 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. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Aus dem Gutachten ist keine Komorbidität ersichtlich, der eine erhebliche ressourcenhemmende Wirkung beizumessen wäre. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten:

Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter fest, bei der Beurteilung der Aktivität würden sowohl Hemmnisse als auch Ressourcen des zu Begutachtenden berücksichtigt. Bei dem Versicherten resultierten gegenwärtig Einschränkungen der Aktivität aus Störungen der kognitiven und verhaltensbezogenen Funktionen und damit zusammenhängenden Funktionsstörungen. Bei der Bewertung der Aktivität sollte auch berücksichtigt werden, welche Aktivitäten einem Individuum aufgrund seiner vorhandenen psychischen Funktionen möglich sein sollten, auch wenn er diese aktuell (zum Beispiel aufgrund regressiver Tendenzen) nicht umsetze. Der Versicherte verfüge über viele positive Ressourcen, hervorzuheben seien seine persönliche und berufliche Zielklärung, seine langjährigen Handlungstendenzen im beruflichen Kontext, Visionen, Ziele, Ideen und die gute Therapiebeziehung. An negativen Ressourcen bestünden eine reduzierte kognitive Leistungsfähigkeit, ein reduziertes Stresserleben, Aufgabe von seinen früheren sportlichen Aktivitäten/Hobbys und die geringe ökonomische Stabilität. Der Versicherte verfüge über soziale Kontakte, die Angaben zu seinen Partnerschaften seien inkonsistent gewesen. Im Rahmen der Untersuchung beim Referenten habe der Versicherte angegeben, keine Beziehung zu haben. Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung habe der Versicherte angegeben, eine lockere Beziehung zu einer Partnerin zu pflegen. Krankheitsbedingt bestünden reduzierte Fähigkeiten / Kompetenzen. Aufgrund der reduzierten Flexibilität und Umstellungsfähigkeit habe der Versicherte Schwierigkeiten, sich neuen Situationen erwartungsgemäss anzupassen. Er sei reduziert flexibel, d.h. seine Fähigkeit, sich in Bezug auf wechselnde Anforderungen der Umwelt angemessen zu verhalten, sei leicht beeinträchtigt. Aufgrund der reduzierten Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen schaffe es der Versicherte störungsbedingt nicht, eine seinen beruflichen Anforderungen entsprechende fachliche Kompetenz ausreichend zu realisieren. Er werde den an ihn gestellten Erwartungen nicht gerecht. Aufgrund der reduzierten Durchhaltefähigkeit könne der Versicherte keine volle Leistungsfähigkeit über die ganze Arbeitszeit hinweg zum Einsatz bringen. Sein Durchhaltevermögen sei mental mittelgradig beeinträchtigt bzw. vermindert. 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.). Dem Gutachten ist diesbezüglich zu entnehmen, es bestünden Diskrepanzen zwischen den massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation sowie Diskrepanzen zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und dem psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung und zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe, insbesondere führe er trotz des angegebenen verminderten Antriebs und der Müdigkeit

keine psychopharmakologische Behandlung durch. Die Präsentation einer erheblichen Behinderung («Ich kann nur in einem 50%igen Arbeitspensum am geschützten Arbeitsplatz arbeiten») stehe nicht im Einklang mit der Verhaltensbeobachtung und dem klinischen Befund, sei klinisch untypisch und daher nicht plausibel. Zusammenfassend ergäben die vorliegenden Befunde bei kritischer Würdigung ein in sich unschlüssiges, inkonsistentes Bild (Aktenlage, Eigenanamnese, Beobachtung, Untersuchungsbefunde, Selbsteinschätzungsskalen). Mit Verweis auf das im Rahmen der Untersuchung erhobene Alltagsaktivitätsniveau könne entsprechend den angegebenen Symptomen keine Einschränkungen in vergleichbaren Lebensbereichen erkannt werden. Bis auf aktuell psychotherapeutische Gespräche alle 14 Tage würden keine weiteren Behandlungen durchgeführt. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden, wonach bis auf aktuell psychotherapeutische Gespräche alle 14 Tage keine weiteren Behandlungen durchgeführt werden, weshalb von einem mittelgradigen Leidensdruck auszugehen ist, zumal auch im neuropsychologischen Gutachten von einem spürbaren Leidensdruck berichtet wurde (IV-Nr. 105, S. 82).

6.2.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. So sind beim Beschwerdeführer neben ressourcenhemmende Faktoren vorallem ressourcenfördernde Faktoren vorhanden. Damit vermag die gutachterliche Gesamtbeurteilung, wonach der Beschwerdeführer aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Projektmitarbeiter im Aussendienst 50 % und in einer angepassten Tätigkeit 70 % arbeitsfähig sei, zu überzeugen. Des Weiteren kann auch auf den gutachterlich statuierten Verlauf der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden: Seit Beginn der Erkrankung im Januar 2016 bis zum Zeitpunkt der aktuellen Abklärung beim Referenten sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Ab dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung sei der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 50 % und in einer angepassten Tätigkeit 70 % arbeitsfähig. Zwar setzt sich Dr. med. B. \_\_\_ mit seiner Beurteilung, wonach eine angepasste Tätigkeit zu 70 % erst ab dem Zeitpunkt der Verlaufsbeurteilung (17. Juli 2019) zumutbar sei, in Widerspruch zu seinem ersten Gutachten vom 30. Oktober 2017, worin er dem Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestierte. Aber die durchgehend attestierte Arbeitsunfähigkeit findet ihre Stütze in den nach dem ersten Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_ erfolgten mehrfachen stationären Hospitalisationen, weshalb diese Beurteilung, auf welche auch die Beschwerdegegnerin abstellt und die nicht bestritten wird, nicht zu beanstanden ist. Dementsprechend ist es auch nicht zu beanstanden, dass der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2017 (nach Ablauf des Wartejahres) gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % Anspruch auf eine ganze Rente hat.

6.3 Den Beweiswert der schlüssigen gutachterlichen Beurteilungen vermögen

sodann auch die Rügen des Beschwerdeführers nicht zu vermindern. Zwar ist dem Beschwerdeführer insofern recht zu geben, dass aus den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters nicht ersichtlich ist, weshalb er das von ihm beim Beschwerdeführer attestierte «reduzierte Stresserleben» nicht im gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil für eine angepasste Tätigkeit berücksichtigt hat. In diesem Zusammenhang vermag auch die Begründung des RAD, wonach der Beschwerdeführer genügend Ressourcen wie beispielsweise Aufmerksamkeit und Selbstbewusstsein zeige, um das reduzierte Stresserleben zu kompensieren, nicht zu überzeugen. Das reduzierte Stresserleben ist somit beim Zumutbarkeitsprofil und bei der Beurteilung eines allfälligen leidensbedingten Abzuges (s. E. II. 7.2.2 hiernach) zu berücksichtigen. Dies führt aber im Resultat nicht dazu, dass dadurch der Beweiswert der gutachterlichen Beurteilung dadurch entscheidend vermindert würde, weshalb nach wie vor auf dieses abgestellt werden kann.

7. Nachfolgend ist auf den ebenfalls umstrittenen Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin einzugehen und zu prüfen, ob der per 17. Juli 2019 errechnete IV-Grad von 44 % korrekt ist.

7.1 Beim Valideneinkommen handelt es sich um eine hypothetische Grösse, indem nicht ohne weiteres auf den – unter Umständen schon länger zurückliegenden – zuletzt tatsächlich erzielten Verdienst abzustellen ist (BGE 114 V 310 E. 3b S. 314; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 559/04 vom 16. Februar 2005 E. 2.1), sondern darauf, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2011 IV Nr. 55 S. 163 8C\_671/2010 E. 4.5.1; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 327). Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt des Invaliditätseintritts Januar 2016 bei der E.\_\_\_\_ GmbH angestellt und hat diese Tätigkeit aufgrund der Invalidität verloren, weshalb es nicht zu beanstanden und unter den Parteien auch nicht umstritten ist, dass die Beschwerdegegnerin beim Valideneinkommen auf das dort per 2015 erzielte Einkommen von CHF 83'661.00 abgestellt und dieses gestützt auf den Nominallohnindex Männer, Pos. 41 – 43 Bau, der Teuerung angepasst hat. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass gemäss Urteil des Bundesgerichts 9C\_15/2018 vom 2. Juli 2018 E. 4.2 die Lohnstrukturdaten zur Berechnung heranzuziehen sind, welche im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung – vorliegend 11. März 2021 – bereits veröffentlicht waren (vgl. auch BGE 143 V 295 E. 4.1 S. 299 ff.), weshalb vorliegend die Teuerung anders als in der angefochtenen Verfügung nicht nur bis 2018 sondern bis 2019 (Nominallohnindex, Männer, 2011 – 2019, veröffentlicht am 29. Juni 2020) aufzurechnen ist, da der Zeitpunkt des Einkommensvergleichs der 17. Juli 2019 ist. Dies ergibt ein Valideneinkommen von CHF 85'538.30 (CHF 83'661.00 : 102.5 x 104.8).

7.2 7.2.1 Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, eine angepasste Tätigkeit zu 70 % auszuüben, er aber bislang keiner Tätigkeit im zumutbaren Ausmass nachgeht, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Soweit der Beschwerdeführer sinngemäss geltend macht, es könne nicht auf die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % abgestellt werden sondern auf die ebenfalls im Gutachten festgelegte zumutbare Arbeitsfähigkeit von 5 Stunden bei einem Tagespensum von 8 Stunden, ist dem entgegenzuhalten, dass es sich hierbei ganz offensichtlich um einen Berechnungsfehler des

Gutachters Dr. med. B. \_\_\_ handelt. Denn wie auch dieser in seiner Stellungnahme vom 5. August 2020 festhielt, entspricht eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bei einem Tagespensum von 8 Stunden einer zumutbaren Stundenzahl von 5.6 Stunden. Es ist kein Grund ersichtlich, weshalb stattdessen auf 5 Stunden abzustellen wäre und die zumutbare Arbeitsfähigkeit – wie vom Beschwerdeführer verlangt – auf 60 % herabzusetzen wäre, zumal bei einer gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit praxisgemäss eine Prozentangabe verlangt wird. Daran ändert auch das Argument des Beschwerdeführers nichts, dass diese Einschätzung von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 5 Stunden pro Tag am ehesten den Schilderungen und Feststellungen von Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. D. \_\_\_ entspreche, wonach der Beschwerdeführer konsistent und ohne Aggravation angebe, dass er nach einem halben Tag Arbeit erschöpft, ausgelaugt und nicht mehr konzentriert sei. So attestierten die neuropsychologische Gutachterin und der psychiatrische Gutachter in einer angepassten Tätigkeit übereinstimmend eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Auch der behandelnde Psychiater, Dr. med. F. \_\_\_ widersprach dieser Einschätzung mit Stellungnahme vom 14. November 2019 (E. II).

### **E. 5.13**

hiervor) nicht grundsätzlich, sondern hielt fest, für die nachhaltige mittelfristige Bewältigung der Arbeitsfähigkeit von 70 % seien berufliche Massnahmen erforderlich. Diskutabel ist allerdings der auch vom Beschwerdeführer gerügte Umstand, dass der Gutachter bei der Festlegung der zumutbaren Stunden pro Tag von einem Tagespensum von 8 Stunden pro Tag bzw. 40 Stunden pro Woche ausging, die Beschwerdegegnerin den Tabellenlohn aber praxisgemäss auf die im Jahr 2018 bzw. 2019 geltende durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41.7 aufrechnete. Aber selbst wenn man vorliegend das gutachterlich attestierte Tagespensum von 5.6 Stunden in Relation zu einer Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden bzw. einer Tagesarbeitszeit von 8.34 Stunden bringen würde, woraus sich eine Arbeitsfähigkeit von 67 % ergäbe, dann würde dies im Resultat keine höhere Rente ergeben, wie unter E. II. 7.2.2 hiernach darzulegen ist. Zur Berechnung des Invalideneinkommens sind vorliegend entgegen der angefochtenen Verfügung die LSE 2018, TA1\_tirage\_skill Level, Medianlohn für Männer im Total Niveau 1, anwendbar, welche im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2021 bereits veröffentlicht waren. Somit ist von einem ordentlichen Bruttolohn von CHF 5'417.00 auszugehen. Dieser Betrag ist, entsprechend auf ein Jahr sowie die Wochenstunden und die Teuerung 2018-2019 (Nominallohnindex Männer total) aufzurechnen ( $\times 12$ ; Aufrechnung Wochenstunden :  $40 \times 41.7$ ;  $: 105.1 \times 106.0$ ). Damit ergibt sich unter Einbezug einer 70%igen bzw. 67%igen Arbeitsfähigkeit – und vorbehaltlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (s. E. 7.2.2 hiernach) ein Invalideneinkommen von CHF 47'842.90 bzw. CHF 45'792.50. 7.2.2 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf

25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb – cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Die Beschwerdegegnerin hat keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich ein solcher rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen. Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 53 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Dagegen ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem Pensum von 70 % teilzeitig tätig sein kann. Gemäss der Tabelle des Bundesamtes für Statistik T18 (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) verdienen Männer ohne Kaderfunktion im Jahr 2018 in einem Pensum von 50 – 74 % durchschnittlich CHF 5'897.00 und damit weniger als Männer in einem Vollpensum (CHF 6'138.00), womit sich diesbezüglich ein Abzug rechtfertigt. In den vorliegend relevanten Gutachten wurde sodann folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: In einer optimal angepassten Tätigkeit, d.h. bei einem konfliktarmen Arbeitgeber, mit der Möglichkeit, sich zurückzuziehen, ohne Tätigkeiten, die ein hohes Mass an Daueraufmerksamkeit, Dauerkonzentration und Leistungsdruck oder ein hohes Mass an Kreativität voraussetzen sowie ohne Übernahme von Leitungsfunktionen und Überwachungsarbeiten, werde der Versicherte als zu 70 % arbeitsfähig erachtet, entsprechend fünf Stunden pro Tag – respektiv 5.6 Stunden gemäss der erläuternden Stellungnahme vom 5. August 2020 (E. 5.15 hiervor) – an fünf Tagen pro Woche. Der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbaren Kompetenzniveau 1 beinhaltet bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2012, 8C\_870/2011 E 4.1 mit Hinweisen). Die vorgenannten Einschränkungen resultieren denn auch grossenteils aus den neuropsychologischen Defiziten, welche bereits bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit von 70 % mitberücksichtigt wurden. Eine nochmalige Berücksichtigung dieser Einschränkungen in Form eines zusätzlichen leidensbedingten Abzuges erscheint damit nicht als gerechtfertigt. Ebenso rechtfertigt alleine aus der verminderten Stresstoleranz kein weiterer Abzug. Demnach ist einzig aufgrund der Teilzeitarbeitsfähigkeit ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, wobei ein Abzug 5 % angemessen erscheint. Somit ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 47 % bzw. 49 % (Invalideneinkommen CHF 45'450.75 bzw. CHF 43'502.90 [bei einer Arbeitsfähigkeit von 67%], Valideneinkommen CHF 85'538.30), womit die mit Verfügung vom 11. März 2021 per 1. November 2019 zugesprochene Viertelrente zu bestätigen und die dagegen erhobenen Beschwerde abzuweisen ist.

## **E. 8**

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand

und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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