

SO_GERICHTE VSBES.2022.134 vom 15. Juni 2022

SO Obergericht, 2022-06-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.134

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.134 du 15 juin 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.134 del 15 giugno 2022

Erwägungen

E. 1

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

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 15. Juni 2022 eingetreten ist (Ueli Kieserin: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109).

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

E. 1.3

hiervor) der Tatsache Rechnung tragen, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Ohne für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen, ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug darf 25 % nicht übersteigen (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_744/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin überhaupt keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich aus den genannten Gründen ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht demnach mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). 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 61 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). Zudem fällt der Umstand, dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, als invaliditätsfremder Faktor ausser Betracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_581/2021 vom 19. Januar 2022 E. 5.4 mit Hinweisen). Jedoch ergibt sich aus der Tabelle T12_b der LSE 2018, dass in diesem Jahr Männer der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Aufenthaltsbewilligung C (Median) ■ wozu der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage zählt (vgl. IV-Nr. 3) ■ im Vergleich zum Total von Schweizern und Ausländern der gleichen Kategorie einen um rund 5 % geringeren Lohn erzielten. Dieser Umstand ist im Rahmen des Abzugs zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.2 mit Hinweisen). Ferner ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem Pensum von 60 % teilzeitig tätig sein kann. Gemäss der Tabelle des Bundesamtes für Statistik T18 (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) verdienten 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. Schliesslich ist auf die Frage einzugehen, ob aufgrund der beim Beschwerdeführer bestehenden Einschränkungen ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist. Dies kann jedoch ohne Weiteres verneint werden. Das Zumutbarkeitsprofil aus psychiatrischer Sicht (Tätigkeiten mit geregelten Arbeitszeiten, stressfreiem Arbeitsplatz, idealerweise Einzelarbeitsplatz in ruhiger Atmosphäre, ohne leitende Funktion und ohne auf Provision ausgerichtetes Lohnverhältnis) ist nicht als derart eingeschränkt anzusehen, als dass sich aufgrund dessen ein leidensbedingter Abzug rechtfertigen würde, zumal der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_870/2011 vom 24. August 2012 E 4.1 mit Hinweisen).

6.3 Demnach ist aufgrund des Aufenthaltsstatus (Niederlassungsbewilligung C) und der teilzeitbedingten Erwerbseinbusse ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, wobei ein Abzug von 10 % angemessen erscheint. Dies ergibt demnach einen Invaliditätsgrad von (gerundet) 50 % (Invalideneinkommen CHF 36■594.00 [CHF 40'660.00 abzüglich 10 %], Valideneinkommen CHF 73'683.00), womit der Beschwerdeführer ab 1. Mai 2018 (Rentenbeginn gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG) Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat.

6.4 Gemäss den vorliegend ins Recht gelegten Akten hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mit dem am 1. November 2019 erlittenen Herzinfarkt verschlechtert (vgl. E. II. 4.6.2.2 hiervor). Ab diesem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer vollumfänglich arbeitsunfähig. Mit Arztbericht des Kardiologen Dr. med. I. ___ vom 5. Mai 2020 (vgl. E. II. 4.6.1 hiervor) bzw. mit der RAD-Beurteilung vom 15. Juli 2020 (vgl. E. II. 4.7 hiervor) stand sodann fest, dass von kardiologischer Seite her keine Einschränkungen mehr bestehen. Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die per November 2019 eingetretene 100%ige Arbeitsunfähigkeit während mindestens drei Monaten (inkl. Rehabilitation; vgl. IV-Nr. 65 S. 15) anhielt. Demnach rechtfertigt es sich, dem Beschwerdeführer seit der gesundheitlichen Verschlechterung im November 2019 unter Berücksichtigung der in Art. 88a Abs. 2 IVV statuierten Frist eine ganze Invalidenrente ab Februar 2020 zuzusprechen. Da in dieser Konstellation der Grad der Arbeitsunfähigkeit (100 %) demjenigen der Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität entspricht, kann auf einen Einkommensvergleich verzichtet werden.

6.5 Ab Juli 2020 betrug die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer Verweistätigkeit wieder 60 % (vgl. RAD-Bericht vom 15. Juli 2020; E. II. 4.7 hiervor). Zur Ermittlung des Invaliditätsgrades ab diesem Zeitpunkt bzw. ■ in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV ■ ab 1. November 2020 wäre sodann ein Einkommensvergleich durchzuführen. Dieser ergäbe demnach einen Invaliditätsgrad von (gerundet) 53 % (Valideneinkommen CHF 75'120.55 [LSE 2020, TA1_triage_skill_level, Total, Sektor 2 Produktion, Kompetenzniveau 2, Männer]; Invalideneinkommen CHF 35'540.15 [CHF 39'489.00 abzüglich 10 %, LSE 2020, TA1_tirage_skill Level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, 60%-Pensum]). Mit Blick auf die nachfolgende Erwägung (vgl. E. II. 7. hiernach) kann vorliegend jedoch auf eingehende Erläuterungen zur Ermittlung des Invaliditätsgrades ab dem Zeitpunkt der Wiedererlangung der Teilerwerbsfähigkeit verzichtet werden.

E. 2

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in Kraft bis 31. Dezember 2021) haben jene Versicherte 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 zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR830.1]) sind.

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in Kraft bis 31. Dezember 2021) 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. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

E. 3

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die Ärztinnen und Ärzte sowie 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person 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 ATSG) auf: 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 8C_308/2007 vom 9. April 2008, E. 2.2.1 mit weiteren Hinweisen).

3.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. Mai 2018 zugesprochen hat. Hierfür ist zunächst der medizinische Sachverhalt zu klären. Dazu sind im Wesentlichen folgende medizinische Berichte relevant:

4.1 Der Vertrauensarzt Dr. med. F.____ berichtete am 7. Juni 2018 der Krankentaggeldversicherung G.____ über seine Kurzuntersuchung zwecks Plausibilisierung

der attestierten Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 17 S. 6 f.). Er hielt fest, der Beschwerdeführer sei klar orientiert in allen Qualitäten, der Antrieb und die Motivation seien deutlich reduziert, der Affekt und die Emotion seien uneinheitlich, unkontrolliert und schwankend sowie wenig mitschwingend im Gespräch. Kognitiv hinsichtlich Aufmerksamkeit und Konzentration mit deutlichen Einschränkungen. Das Denken sei weitgehend geordnet und problemzentriert. Es lägen keine Suizidalität und keine psychotischen Zeichen vor (ICD-10: F34.1; F43.23; F17.24; Z73.1). Weiter führte Dr. med. F.____ aus, der Beschwerdeführer werde seit Juni 2017 ambulant psychiatrisch mit in der Regel zwei Terminen pro Monat unter Einbeziehung antidepressiver Medikation behandelt. Im Vordergrund der Beschwerden stünden nach wie vor stimmungsbezogene Verhaltenseinschränkungen verbunden mit Konzentrationseinbußen und einem sozialen Rückzug mit eingeschränkter selbstbestimmter Tagesstruktur. Empfohlen werde die rasche Einleitung einer eingliederungsorientierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit mindestens einem Termin pro Woche. Zeitnah sollte eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers durchgeführt werden mit dem Ziel einer möglichst raschen, ressourcen-angepassten Wiedereingliederung. In bisheriger Tätigkeit als technischer Aussendienstmitarbeiter liege aktuell krankheitsbedingt keine Arbeitsfähigkeit vor. Die unvermittelt ausgesprochene Kündigung habe beim Beschwerdeführer zusätzlich eine mittelfristig krankheitswertige psychosoziale Belastung hervorgerufen.

4.2 Der behandelnde Psychiater Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 23. Juni 2018 (IV-Nr. 17) die Diagnose einer schweren Depression (ICD-10 F32.2) als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Status nach Hepatitis C genannt. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei aufgrund des Verlaufs sehr ungünstig. Es lägen eine chronifizierte Depression und Stressintoleranz vor. Zurzeit bestehe aus medizinisch-psychiatrischer Sicht eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten.

4.3 Nach Vorlage der medizinischen Akten bei Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD; vgl. IV-Nr. 28) veranlasste die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. C.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, ein interdisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Psychiatrie und Neuropsychologie (IV-Nrn. 35.1 ■ 35.3). Die beiden Gutachten wurden am 31. Januar 2019 und 4. Februar 2019 erstattet. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. B.____ führte in seinem Gutachten aus, in der aktuellen psychiatrischen Untersuchung habe es beim Beschwerdeführer eindeutige Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Störung mit Krankheitswertigkeit und Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Sinne einer major depression gegeben. Die Befundlage sei eindeutig. Bei der depressiven Störung handle es sich zweifelsohne nosologisch um ein primär reaktives Geschehen, das aber aufgrund des Ausprägungsgrades klassischer Kernsymptome und des nun eineinhalb Jahren andauernden gleichbleibenden, d.h. chronifizierenden Verlaufs Krankheitswertigkeit im Sinne einer major depression erlangt habe (ICD-10 F33.1). Der Akzentuierung von Persönlichkeitsanteilen (ICD-10 Z73.1) komme insofern eine Bedeutung zu, als hierdurch ursprünglich der primär reaktive Prozess für das Entstehen der depressiven Störung begünstigt worden sei (IV-Nr. 35.1 S. 16). Der Beschwerdeführer könne den Anforderungen in leitender Funktion oder unter den Stressbedingungen einer Tätigkeit als Handelsreisender mit Lohn auf Provisionsbasis nicht

mehr nachkommen, insbesondere solange das depressive Zustandsbild noch aktiv sei. Das heisse, hier bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Mitte 2017. Aufgrund der aktuellen Befundlage und Ausweisung der daraus ableitbaren Einschränkungen sei aus rein psychiatrischer Sicht grundsätzlich von einer gegenwärtigen und auch bis Mitte 2017 zurückliegenden Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer sogenannten adaptiven, d.h. einer dem Leiden angepassten Tätigkeit von 40 % auszugehen. Je nach Verlauf einer Behandlung des depressiven Zustandsbildes könne grundsätzlich hier noch mit einer Steigerung der Leistungsfähigkeit gerechnet werden (IV-Nr. 35.1 S. 21). Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 31. Januar 2019 führte lic. phil. C. ___ aus, die Untersuchung vom 28. Januar 2019 habe keine validen psychometrischen Resultate ergeben. Die auffälligen Resultate von Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen und Sprache entsprächen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht den tatsächlichen Möglichkeiten des Beschwerdeführers (IV-Nr. 35.3 S. 8).

4.4 Nach Vorlage des Gutachtens bei Dr. med. E. ___ (IV-Nr. 39) wurde der psychiatrische Gutachter Dr. med. B. ___ aufgefordert, eine Stellungnahme zu seinen widersprüchlichen Angaben bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit einzureichen. In seiner hierzu ergangenen Stellungnahme vom 7. März 2019 (Posteingang) führte er aus, aufgrund seiner Untersuchungsbefunde habe er beim Beschwerdeführer eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit von 40 % (= Leistungsfähigkeit von 60 %) abgeleitet, wie auf Seite 21, Zeile 8 ■ 13 des Gutachtens ausgeführt worden sei. Auf derselben Seite, 2. und 3. Zeile von unten, müsse es demnach auch Leistungsunfähigkeit von 40 % heissen. Auf Seite 22 müsse es in Zeile 4 (maximale Präsenz in einer solchen Tätigkeit) demnach 4.9 Stunden bei einer Arbeitszeit von 8.2 Stunden pro Tag und nicht 4.1 Stunden heissen; dies sei ein unbemerkter Tippfehler. Die Angabe für die Arbeitsfähigkeit in einer solchen adaptierten Tätigkeit mit 60 % (Seite 22, Zeile 10) sei korrekt (IV-Nr. 41).

4.5 Im Vorbescheidverfahren gingen bei der Beschwerdegegnerin folgende medizinischen Berichte ein:

4.5.1 Dem Bericht des D. ___, Kardiologie, vom 1. November 2019 (IV-Nr. 56 S. 3) lässt sich die folgende Diagnose entnehmen:

Koronare 2-Gefäss-Erkrankung

Bei akut aufgetretenen retrosternalen Schmerzen mit vaganten Begleitsymptomen habe der Beschwerdeführer die Notfallstation des D. ___ aufgesucht, wo ein akuter antero-septo-lateraler STEMI habe festgestellt werden müssen. Die notfallmässig durchgeführte Koronarangiographie habe einen Verschluss des apikalen RIVA gezeigt. Es sei gelungen, das Gefäss mittels eines einzelnen Medikamenten-beschichteten Stents zu sanieren und ein schönes angiographisches Ergebnis zu erzielen. Der Beschwerdeführer habe die Intervention gut überstanden und sei am Schluss beschwerdefrei und hämodynamisch stabil auf die Intensivstation zur weiteren Therapie verlegt worden. Es werde eine Sekundärprophylaxe der koronaren Herzkrankheit mittels Aspirin cardio und einem Statin empfohlen. Zusätzlich sollte Brilique 90mg für ein Jahr gegeben werden. Des Weiteren sei eine Therapie mit Betablocker und ACE-Hemmer indiziert. Vor Austritt sollte eine transthorakale Echokardiographie zur Beurteilung der linksventrikulären Pumpfunktion durchgeführt werden. Zusätzlich würde der Beschwerdeführer ambulant zu einer Myokardperfusionsszintigraphie zur Beurteilung der residuellen Stenosen aufgeboten

werden.

4.5.2 Am 23. März 2020 nahm der behandelnde Psychiater Dr. med. H.____ Stellung zum Gutachten von Dr. med. B.____ (IV-Nr. 59). Er führte aus, dem Beschwerdeführer werde eine Selbstlimitierung zugeschrieben und diese in den Kontext seiner therapeutischen Bemühungen gestellt. Was den Hinweis betreffend die niedrigfrequenten Konsultationen anbelangt, so führte Dr. med. H.____ aus, solange in der psychiatrischen Wissenschaft keine eindeutige Korrelation zwischen Sitzungsfrequenz und Heilungsverlauf anerkannt sei, könne dieser Vorhalt nicht angeführt werden. Der Beschwerdeführer habe jederzeit Zugang zu seiner Sprechstunde gehabt, die er intermittierend auch immer wieder genutzt habe. Weiter führte Dr. med. H.____ aus, es werde sodann ausser Acht gelassen, dass ein Versuch mit antidepressiven Medikamenten eine unerwünschte Arzneimittelreaktion ausgelöst habe (siehe auch sein Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 23. Juni 2018; Versuch mit Surmontil, Cipralex, Trittico, Paroxetin; Nebenwirkungen in Form von Schwindel, Übelkeit, "Apathie" etc.). Die Überempfindlichkeit und Medikamentenphobie sei aufgrund der bekannten Leberfibrose Grad 3 aus ärztlicher Sicht zu respektieren. Die von Dr. med. F.____ vorgeschlagene Therapieform IPBB im Bericht vom 7. Juni 2018 (vgl. E. II. 4.1 hiavor) werde in der Schweiz nicht angeboten. An Stelle dieses Vorschlages habe er mit dem Beschwerdeführer eine individuelle Tagesstrukturierung erarbeitet. Zur Begründung, weshalb der Beschwerdeführer sich bis anhin keiner stationären Behandlung unterzogen habe, führte Dr. med. H.____ aus, das soziale Umfeld des Beschwerdeführers habe eine ambulante Behandlung gestattet. Der Vorwurf der Aggravation (Gutachten S. 10, erster Abschnitt, letzter Satz) könne nicht unesehen im Raum stehen gelassen werden. Beim Beschwerdeführer sei durch die langanhaltende Erkrankung eine nicht übersehbare Wesensänderung eingetreten. Sein Ausdrucksverhalten dürfe deshalb nicht ohne diesen Hintergrund fehlinterpretiert werden. Die berufliche Biografie in leitenden Stellungen und Arbeitsleistungen während 40 Jahren ohne Unterbruch sei schwer mit dem charakterlich entwertenden Begriff der "Aggravation" in Übereinstimmung zu bringen. Vielmehr könnten die in den neuropsychologischen Testuntersuchungen ermittelten Resultate als Ausdruck eines permanent hohen Stressspiegels aufgrund der depressiven Erkrankung verstanden werden. Hiermit würde diese Deutung durch das Entgleisen in einen Herzinfarkt am 1. November 2019 eine somatische Entsprechung erfahren. Aufgrund des bisherigen Verlaufs und mit dem Verweis auf seinen Bericht vom 23. Juni 2018 halte Dr. med. H.____ an seiner Beurteilung fest. Diagnostisch bestehe beim Beschwerdeführer eine depressive Erkrankung mit chronifizierendem Verlauf und depressiver Wesensänderung. Aus somatischer Sicht habe der Beschwerdeführer am 1. November 2019 einen Herzinfarkt erlitten und es liege eine Leberfibrose Grad 3 bei bekannter Hepatitis vor. Seit Erkrankungsbeginn habe keine Wiedererlangung einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit auf dem primären Arbeitsmarkt erreicht werden können. Eine allfällig verbleibende Restarbeitsfähigkeit habe aus psychiatrisch-medizinischer Sicht lediglich theoretischen Charakter.

4.6 In seiner Stellungnahme vom 29. April 2020 (IV-Nr. 63) führte der RAD-Arzt Dr. med. E.____ aus, im vorliegenden Fall müsse eine aus versicherungsmedizinischer Sicht verfahrenere Situation konstatiert werden. Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. B.____, dessen Beurteilung inzwischen von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers angefochten worden sei, sei im Februar 2019 abgefasst worden, beruhe jedoch auf der fachlichen Untersuchung vom Oktober 2018. Seither seien eineinhalb Jahre vergangen und der Beschwerdeführer habe offenbar im November 2019 einen Herzinfarkt erlitten. Auch

sei eine auf den 23. März 2020 datierte Stellungnahme des behandelnden Psychiaters zur Beurteilung des Gutachtens eingegangen, in der er dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in Frage stelle, die 13 Monate zuvor erfolgt sei. Angesichts dieser Ausgangslage sei eine Neueinschätzung der medizinischen Gesamtsituation kaum zu umgehen. Der RAD schlage deshalb vor, vom Hausarzt und/oder vom behandelnden Kardiologen einen Bericht zum somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach Myokardinfarkt einzuholen, ebenso einen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. H.____, mit der Bitte, er möge einen ausführlichen Psychostatus nach AMDP zusenden, wenn möglich in Verbindung mit einer Einschätzung der Funktionalität des Beschwerdeführers gemäss Mini-ICF-APP.

4.6.1 Dr. med. I.____, Assistenzarzt, Kardiologie, D.____, führte in seinem Bericht vom 5. Mai 2020 (IV-Nr. 65) aus, der Beschwerdeführer sei in der Zeit vom 11. November 2019 bis 14. Februar 2020 in der ambulanten kardialen Rehabilitation gewesen. Er stellte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Zur aktuellen medizinischen Symptomatik und Situation führte Dr. med. I.____ aus, die ambulante kardiologische Rehabilitation sei am 14. Februar 2020 erfolgreich abgeschlossen worden. Trotz initial leichtgradig eingeschränkter LV-Pumpfunktion lägen eine normale kardiopulmonale Leistungsfähigkeit und eine überdurchschnittlich muskuläre Leistungsfähigkeit vor. Zur Prognose zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. I.____ fest, aus kardiologischer Sicht sei aktuell keine kardiopulmonale oder muskuläre Limitierung in der Spiroergometrie vom Februar 2020 zu objektivieren. Aus kardiologischer Sicht sei nach erfolgreicher Rehabilitation keine wesentliche Funktionseinschränkung zu erwarten. Es sei in bisheriger wie auch in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit ein Pensum zu 100 % vertretbar.

4.6.2 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. J.____ stellte in seinem Verlaufsbericht vom 6. Mai 2020 die Diagnosen einer Erschöpfungsdepression und einer schweren Leberfibrose als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 66). Dem Beschwerdeführer sei weder die bisherige noch eine andere dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar. Eine Eingliederung sei wegen dem Alter nicht mehr möglich. Weiter stehe die Depression einer Eingliederung im Wege.

Dr. med. J.____ legte seinem Verlaufsbericht unter anderem die folgenden Berichte bei:

4.6.2.1 Am 13. Juni 2018 erging der Bericht des D.____, Gastroenterologie und Hepatologie (IV-Nr. 66 S. 17 f.). Die durchgeführte Ultraschalluntersuchung hat folgende Diagnosen ergeben:

Schwere Leberfibrose bei St. n. chronischer HCV-Infektion, Genotyp 4

Die zusammenfassende Beurteilung ergab, dass die sonografischen Befunde mit einer höhergradigen Leberfibrosierung vereinbar seien. Es lägen eine unregelmässige Leberoberfläche und ein inhomogenes Parenchym im Vergleich zur Niere vor. Es sei keine fokale Läsion, kein Aszites und keine Splenomegalie festzustellen. In den Gefässen sei normaler Fluss zu verzeichnen. Eine erneute HCC-Screening werde in sechs Monaten stattfinden.

Am 7. Januar 2019 (IV-Nr. 66 S. 12 ff.) und 3. Juli 2019 (IV-Nr. 66 S. 10 f.) fanden erneute Untersuchungen (sonographisches HCC-Screening) statt.

4.6.2.2 Dem Austrittsbericht des D.____, Klinik Innere Medizin, vom 5. November 2019, lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 66 S. 6 f.):

1. Anteroseptobasaler STEMI 1. November 2019 bei erstdiagnostizierter koronarer 2-Gefässerkrankung

Die notfallmässige Selbstvorstellung sei aufgrund akut aufgetretener thorakaler Schmerzen erfolgt. In der klinischen Untersuchung bei Eintritt hätten sich keine Auffälligkeiten gefunden. Im EKG hätten jedoch ST-Hebungen über der gesamten Vorderwand nachgewiesen werden können, womit die Indikation zur sofortigen Koronarangiographie gestellt worden sei. Hier habe sich eine koronare 2-Gefässerkrankung gezeigt, wobei die problemlose Intervention und Versorgung der RIVA (Culprit Lesion) mittels einem einzigen Medikamenten-beschichteten Stent erfolgt sei, mit gutem angiographischem Ergebnis. Die weitere hämodynamische Überwachung auf der Intensivstation habe sich bis auf eine spontan-limitierende Kammertachykardie komplikationslos gestaltet, sodass der Beschwerdeführer bald auf die medizinische Station habe verlegt werden können. Die postinterventionell durchgeführte transthorakale Echokardiografie habe eine leicht reduzierte systolische Funktion (LVEF 48 %) bei apikaler Akinesie mit angrenzend septoapikaler und anteriorer Hypokinesie bis mittventrikulär gezeigt. Die auf Intensivstation gestartete duale Plättchenaggregationshemmung, die Sekundärprophylaxe mit Atorvastatin sowie der ACE-Hemmer und Betablocker seien unverändert weitergeführt worden. Am 6. November 2019 sei der Beschwerdeführer in gutem und beschwerdefreiem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden.

4.6.3 Dr. med. H.____ führte in seinem Bericht vom 29. Juni 2020 (IV-Nr. 68) zur aktuellen medizinischen Symptomatik und Situation aus, es lägen eine depressive Wesensänderung mit Antriebsstörung und Stressintoleranz, vorschnelle Erschöpfung, Interesseverlust, Leberfibrose nach Hepatitis C sowie ein Status nach Herzinfarkt im November 2019 vor. In Bezug auf die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verwies Dr. med. H.____ auf seine früheren Berichte. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Eine leidensangepasste Tätigkeit könne der Beschwerdeführer 1 bis 2 Stunden ausüben. Der Eingliederung stünden die Stressintoleranz, Herzangst sowie die depressive Antriebsstörung im Wege.

4.7 Am 15. Juli 2020 nahm der RAD-Arzt Dr. med. E.____ erneut Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 70). Er legte dar, die aktuell noch eingegangenen Arztberichte seien nur insofern erhellend, als der Bericht des Kardiologen des D.____ Dr. med. I.____, vom 5. Mai 2020 dem Beschwerdeführer von kardiopulmonaler Seite eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit attestiere. Der Hausarzt Dr. med. J.____ übernehme die im Vorbescheid der Beschwerdegegnerin aufgeführten IV-Grade, führe dann aber weiter hinten in seinem Bericht vom 6. Mai 2020 aus, der Beschwerdeführer verfüge über keine Belastbarkeit und Stresstoleranz mehr aufgrund der Depression. Eine Arbeitstätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Objektive Befunde seien nicht aufgeführt. Dr. med. H.____ führe in seinem Bericht vom 29. Juni 2020 unter Punkt 1.3 (bisher attestierte Arbeitsunfähigkeiten) ebenfalls die IV-Grade des Vorbescheides auf. Bezüglich der Beschwerden und Befunde seien die gleichen Angaben wie im Bericht vom 23. Juni 2018 zu finden. Die vom RAD in der Stellungnahme vom 29. April 2020 erbetenen detaillierten Angaben zum Psychostatus und eine Evaluation der Funktionalität gemäss Mini-ICF-APP seien nicht zu finden. Diesbezüglich sei jedoch nicht ersichtlich, ob der behandelnde Psychiater in Kenntnis gesetzt worden sei vom Anliegen des RAD. Insgesamt

bleibe aus versicherungsmedizinischer Sicht festzuhalten, dass seit dem Bericht des behandelnden Psychiaters vom 23. Juni 2018 der psychische Gesundheitszustand gleich geblieben sei und von somatischer Seite nach dem Myokardinfarkt vom 1. November 2019 und erfolgreicher Rekanalisation des Verschlusses des RIVA apikal spätestens ab dem 9. Dezember 2019 (Kontroll-Herz-PET) keine relevante Leistungseinschränkung mehr bestanden habe. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten von Dr. med. B.____ behalte somit bei gegenwärtiger Aktenlage ihre Gültigkeit.

5. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2022 im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. B.____ und lic. phil. C.____ (vgl. E. II. 4.3 hiervor), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist. Dazu ist einleitend zu sagen, dass das Gutachten in Kenntnis der gesamten Akten, nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers und unter Berücksichtigung der von ihm geklagten Beschwerden, sowie von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachpersonen erstellt wurde. Insofern erfüllt es die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise und bildet eine geeignete Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und des Leistungsvermögens des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 3.3 hiervor).

5.1 In der neuropsychologischen Beurteilung (IV-Nr. 35.3) wird im Rahmen der Beurteilung ausgeführt, in der klinischen Beobachtung hätten sich folgende Auffälligkeiten gezeigt: In Bezug auf das Neu-/Altgedächtnis wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe keine sichtbare Mühe, Erinnerungsinhalte abzurufen, verliere den Faden nicht übermässig, könne auf zuvor gemachte Aussagen Bezug nehmen. Im Rahmen formalisierter Tests sei er jedoch zeitweise deutlich schwerbesinnlich. Die Aufmerksamkeit sei schwankend, das Arbeitstempo bei einfachen und bei komplexeren Aufgaben sei schwankend. Die Initiierung von Handlungen sei zögerlich, die Affektivität leicht niedergeschlagen wirkend. Der Antrieb sei etwas reduziert. Es bestünden Anlaufschwierigkeiten bei Tests, aber nicht im freien Gespräch. Unauffällig seien die Pünktlichkeit, das Stressniveau bei der Ankunft, das Erscheinungsbild, die Kontaktaufnahme, die Orientierung, die Belastbarkeit, die Aufrechterhaltung von Handlungen, das Vorgehen, die affektive Schwingungsfähigkeit, die Spontansprache, die Sprechgeschwindigkeit sowie das Instruktionsverständnis. Zusammenfassend wurde festgehalten, die neuropsychologische Untersuchung vom 28. Januar 2019 habe keine validen psychometrischen Resultate ergeben. Die auffälligen Resultate von Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen und Sprache entsprächen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht den tatsächlichen Möglichkeiten des Beschwerdeführers. Aus folgenden Gründen sei die Validität der gezeigten Leistungen eingeschränkt: Die Leistungen in zwei gut standardisierten und voneinander unabhängigen Performanzvalidierungstests (Green, 2003, Schmand & Lindeboom, 2005) seien auffällig gewesen. Die im ersten Verfahren gezeigten Leistungen könnten mit einer Vielzahl von Kontroll- und Patientengruppen verglichen werden: Die gezeigten Leistungen seien deutlich schlechter als solche von motivierten Patienten nach schwerem SHT, von intelligenzgeminderten Erwachsenen, aber auch von Patienten mit einer depressiven Episode. Sie entsprächen jedoch am besten den Leistungen, die Probanden erzielten, die gebeten worden seien, sich schlechter zu stellen, ohne dass dies bemerkt werden sollte, sowie von depressiven Patienten, von PTBS-Patienten und von chronischen Schmerzpatienten, die aber alle nachweislich nicht motiviert mitgearbeitet hätten. Die Spezifität des zweiten Verfahrens liege bei der gezeigten Leistung bei 99 %

(Wahrscheinlichkeit, dass eine Person, die dieses Resultat erziele, tatsächlich in die Gruppe der Personen gehöre, die eine reduzierte Leistungsbereitschaft hätten). Auch die Glaubwürdigkeit der in der neuropsychologischen Untersuchung geschilderten psychischen und kognitiven Beschwerden sei herabgesetzt. In einem Fragebogen zu atypischen Symptomen (SIMS, 2003) habe der Gesamtwert über dem kritischen Wert der Beschwerdenübertreibung gelegen. Der Beschwerdeführer habe eine auffällige Menge an Symptomen angegeben, welche bei Patienten mit authentischen psychischen oder kognitiven Störungen in dieser Menge und Kombination atypisch seien. Es handle sich dabei um unlogische, teilweise bizarre, sehr unwahrscheinliche oder nur selten vorkommende und mit der jeweiligen Störung inkonsistente Symptome. Atypische Symptome seien vor allem in den folgenden Bereichen in auffälligem Ausmass bejaht worden: Neurologische Beeinträchtigungen und amnestische Störungen. Ferner bestünden Inkonsistenzen innerhalb und zwischen den Tests. Das Benennen unter Zeitdruck sei deutlich verlangsamt, aber ohne Zeitdruck lägen keinerlei Einschränkungen vor. Die Merkspannen und das Arbeitsgedächtnis seien unauffällig, aber es bestünden deutliche Gedächtnisprobleme bei einem einfachsten, in der Demenzdiagnostik eingesetzten Gedächtnistest. Ferner seien im freien Gespräch keine Gedächtnisprobleme festzustellen, testdiagnostisch jedoch Schwerbesinnlichkeit und Intrusionen. Sodann berichte der Beschwerdeführer über deutliche Gedächtnisdefizite und Ermüdbarkeit, aber klinisch seien diese nicht fassbar. Eine Leistungsverzerrung sei nachgewiesen. Ob diese bewusstseinsnah oder -fern, oder eine Mischung aus beidem sei, sei aus psychiatrischer Seite zu beurteilen. Der Beschwerdeführer könnte im Prinzip kognitive Einbussen haben, sollte eine manifeste Störung vorliegen. Deren Ausprägung könne anhand der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht differenziert beurteilt werden. Aufgrund der invaliden Testresultate erlaube sich der Experte, ein «positives Funktionsprofil» zu erstellen, welches aufzeige, was der Beschwerdeführer aus rein neuropsychologischer Sicht sicher zu leisten vermöge. Er sei orientiert, könne sich selbständig alleine an einen ihm unbekanntem Ort begeben. Er sei freundlich, angenehm im Umgang. Er könne autobiographische Angaben sicher abrufen, verliere im freien Gespräch den Faden nicht übermässig. Er könne lesen, schreiben, rechnen, verstehe Anweisungen und Fragen, könne in einem ruhigen Rahmen an einem Gespräch teilnehmen. Einfache Tätigkeiten könne er in einer normalen Geschwindigkeit durchführen. Aus neuropsychologischer Sicht seien keine medizinischen Massnahmen erforderlich. Eine Prognose sei bei invaliden Resultaten nicht möglich (IV-Nr. 35.3 S. 8 ff.). Somit wird neuropsychologisch gesehen die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als nicht beurteilbar erachtet. Damit wird nicht gesagt, dass beim Beschwerdeführer keine Einschränkungen bestehen (können), sondern es wird darauf hingewiesen, dass allenfalls bestehende neuropsychologische Defizite aufgrund der invaliden Testresultate nicht erkannt werden können.

5.2 Der psychiatrische Gutachter setzt sich in seinem Gutachten schlüssig mit den möglichen Diagnosen des Beschwerdeführers auseinander und stützt seine Ausführungen ■ unter Würdigung der vom Bundesgericht gemäss BGE 141 V 281 festgelegten Indikatoren ■ auf eine eingehende Befund- und Anamneseerhebung. In der psychiatrischen Beurteilung (IV-Nr. 35.1) wird nachvollziehbar ausgeführt, in der aktuellen psychiatrischen Untersuchung gebe es beim Beschwerdeführer eindeutige Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Störung mit Krankheitswertigkeit und Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Sinne einer major depression. Die Befundlage sei eindeutig. Bei der depressiven Störung handle es sich zweifelsohne nosologisch um ein primär reaktives

Geschehen, das aber aufgrund des Ausprägungsgrades klassischer Kernsymptome und des nun eineinhalb Jahren andauernden gleichbleibenden, d.h. chronifizierenden Verlaufs Krankheitswertigkeit im Sinne einer major depression erlangt habe (ICD-10: F33.1). Der Akzentuierung von Persönlichkeitsanteilen (ICD-10: Z73.1) komme insofern eine Bedeutung zu, als hierdurch ursprünglich der primär reaktive Prozess für das Entstehen der depressiven Störung begünstigt werde. Der Beschwerdeführer habe verneint, schon früher depressive Episoden erfahren zu haben. Bei einer Ersterkrankung sei es deshalb fachlich geboten gewesen, die Untersuchung auf eine organische Ursache auszurichten. Eine solche Genese habe aufgrund der erhobenen Laborresultate und des blanden MRI des Schädels sicher ausgeschlossen werden können. Es bestünden keine diagnostischen Unsicherheiten ■ dies unabhängig von der beschriebenen Neigung des Beschwerdeführers zum Überzeichnen seiner Beschwerden und der nicht unerheblichen Selbstlimitierung. Diese würden sich auf potentielle, vor allem subjektiv dargestellte kognitive Defizite beziehen, deren Vorliegen aber, auch bestätigt durch die neuropsychologischen Befunde von lic. phil. C.____, eher verneint werden müssten. Es werde auf seine Untersuchungsbefunde im Bericht vom 31. Januar 2019 hingewiesen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung deckten sich mit den eigenen klinischen und psychometrischen Untersuchungsbefunden. Eine kognitive Funktionsstörung im Rahmen des depressiven Zustandsbildes hätte allenfalls eine bedeutsame Relevanz für eine weitergehende Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers gehabt, verglichen mit den Auswirkungen der depressiven Störung allein ■ was somit entfalle (IV-Nr. 35.1 S. 16 f.). Es bestehe keine adäquate antidepressive Behandlung dieses noch nicht unbedeutenden Krankheitsbildes (niedrigfrequente Konsultationen, keine antidepressive Medikation, keine weiterführende begleitende antidepressive Behandlung, z.B. körperliche Aktivität, etc.). Eine stationäre Behandlung habe bisher ebenfalls nicht stattgefunden. Die Begründung des behandelnden Psychiaters, dass wegen einer Leberfibrose keine medikamentöse Behandlung möglich sei, könne nicht nachvollzogen werden. Gegebenenfalls habe eine medikamentöse Einstellung unter stationären Bedingungen und Spiegelkontrolle vorgenommen werden können. Stationäre rehabilitative Massnahmen seien bisher ebenfalls nicht eingesetzt worden. Eine hierdurch entstandene Signalwirkung, «mir kann ja eh nicht mehr geholfen werden», könne in diesem Kontext die auffallende Selbstlimitierung des Beschwerdeführers mitbegünstigt haben. In der aktuellen klinischen Situation bestehe aus gutachterlicher und therapeutischer Sicht durchaus eine gute Chance, das depressive Zustandsbild mit einer Aktivierung therapeutischer Prozesse noch zu verbessern ■ und damit auch die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers (IV-Nr. 35.1 S. 18). Weiter führt der psychiatrische Gutachter aus, chronifizierte depressive Erkrankungen hätten in der Regel erhebliche Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der betroffenen Menschen. Massgeblich verantwortlich zeichne dabei die depressionsbedingte Antriebshemmung, die je nach Schweregrad der depressiven Episode nicht mehr oder nur noch begrenzt durch Willenskräfte aufgehoben werden könne. Antriebshemmung und depressives körperliches Syndrom hätten in erster Linie eine Abnahme der Motivation und des Vermögens, sich zu aktivieren, zur Folge. Hierdurch komme es zu vermehrten Absenzen oder Pensenreduktionen bei der Arbeit. Könnten Tätigkeiten noch aufgenommen werden, würden sie je nach Schweregrad der Depression mehr oder weniger stark verlangsamt umgesetzt werden. Es komme demzufolge infolge der depressiven Erkrankung mehrheitlich zu einer quantitativen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit der Betroffenen. Menschen mit mittelschweren depressiven Zuständen könnten in der Regel nur noch unter erheblichen

Schwierigkeiten ihren sozialen Verpflichtungen privater und beruflicher Art nachkommen. Die Beurteilung und Graduierung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner früheren beruflichen Tätigkeit sowie einer allfälligen Leistungseinschränkung in einer den Beschwerden angepassten Verweistätigkeit werde im vorliegenden psychiatrischen Teilgutachten aber nicht primär bezogen auf die Diagnosestellung selber vorgenommen, sondern anhand der erhobenen klinischen Untersuchungsbefunde mit deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Betroffenen mittels des IFAP1 und IFAP2 (siehe Anhang zum Teil-Gutachten) abgeleitet. Aufgrund aller erhobenen psychopathologischen Befunde ergebe sich beim Beschwerdeführer, dass er den Anforderungen in leitender Funktion oder unter den Stressbedingungen einer Tätigkeit als Handelsreisender mit Lohn auf Provisionsbasis nicht mehr nachkommen könne, insbesondere solange das depressive Zustandsbild noch aktiv sei. Das heisse, hier bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Mitte 2017. Aufgrund der aktuellen Befundlage im IFAP1 und Ausweisung der daraus ableitbaren Einschränkungen im IFAP2 sei aus rein psychiatrischer Sicht grundsätzlich von einer gegenwärtigen und auch bis Mitte 2017 zurückliegenden Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer sogenannten adaptiven, d.h. einer dem Leiden angepassten Tätigkeit von 40 % auszugehen. Je nach Verlauf einer Behandlung des depressiven Zustandsbildes könne grundsätzlich hier noch mit einer Steigerung der Leistungsfähigkeit gerechnet werden (IV-Nr. 35.1 S. 19 ff.). Als angepasste Verweistätigkeiten gelten Tätigkeiten mit geregelten Arbeitszeiten, stressfreiem Arbeitsplatz, idealerweise Einzelarbeitsplatz in ruhiger Atmosphäre, ohne leitende Funktion und ohne auf Provision ausgerichtetes Lohnverhältnis (IV-Nr. 35.1 S. 21 f.).

5.3 Nach dem Dargelegten ist somit festzuhalten, dass die Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Demnach erweist sich das von der Beschwerdegegnerin eingeholte bidisziplinäre Gutachten als voll beweiswertig. Seit Mitte 2017 ist der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig und für angepasste Tätigkeiten besteht eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Der Beschwerdeführer hat dem in seiner Beschwerde auch nichts entgegenzuhalten. Die Beweiskraft des Gutachtens wird nicht bestritten. Der RAD-Arzt Dr. med. E.____ hat denn auch in seiner Stellungnahme vom 15. Juli 2020 (vgl. E. II. 4.7 hiervor) gestützt auf den Bericht von Dr. med. I.____ (vgl. E. II. 4.6.1 hiervor) in nachvollziehbarer Weise ausgeführt, dass der erlittene Myokardinfarkt keine weitergehende Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu begründen vermag. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, der psychiatrische Gutachter Dr. med. B.____ gehe bis zum Zeitpunkt der Begutachtung von einer nur 40%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus (Beschwerde S. 4; A.S. 12), so ist dem entgegenzuhalten, dass Dr. med. B.____ diese Unklarheit in seinem Gutachten mit Stellungnahme vom 7. März 2019 (Posteingang) beseitigt hat (vgl. E. II. 4.4 hiervor). Er hielt explizit fest, dass die Einschränkung der Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit 40 % betrage und von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer solchen adaptierten Tätigkeit auszugehen ist.

6. Nachfolgend ist sodann der in der angefochtenen Verfügung vorgenommene strittige Einkommensvergleich zu prüfen.

6.1

6.1.1 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt der Invaliditätsbemessung nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit tatsächlich, und nicht, was sie bestenfalls erzielen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen davon müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2). Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte für die Einkommensermittlung, so ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen, wie sie in der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) enthalten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_287/2021 vom 9. Dezember 2022 mit Verweis auf AHI 1999 S. 237, I 377/98 E. 3b S. 240).

6.1.2 Die Beschwerdegegnerin berechnete das Valideneinkommen anhand der statistischen Lohntabelle LSE 2018, TA1_tirage_skill_level, Pos. 05 ■ 43, Sektor Produktion, Kompetenzniveau 2, Männer. Dagegen wendet der Beschwerdeführer ein, das Valideneinkommen sei gestützt auf das effektiv erzielte Einkommen festzulegen. Der Beschwerdeführer arbeitete zuletzt vom 6. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2017 in einem Arbeitspensum von 100 % bei der Firma K.____ in [...] als Aussendienstmitarbeiter, wo er v.a. Kundenbesuche durchführte und in der Administration beschäftigt war. Dieses Arbeitsverhältnis wurde durch die Arbeitgeberin per 31. Dezember 2017 aufgelöst. Zur Begründung führte die Arbeitgeberin aus, die Kündigung sei wegen mangelndem Einsatz und Resistenz gegen Führungsanweisungen erfolgt (vgl. IV-Nr. 8). Ferner habe der Beschwerdeführer anlässlich des telefonischen Intake-Gesprächs vom 3. Januar 2018 erwähnt, die Arbeitgeberin habe ihm Ende 2016 gesagt, sobald sie einen Neuen hätten, würde man ihm kündigen (IV-Nr. 10). Da dem Beschwerdeführer, der über Jahre hinweg verschiedene berufliche Tätigkeiten ausgeübt hatte, die letzte unbefristete Arbeitsstelle als Aussendienstmitarbeiter bei der Firma K.____ nicht aus gesundheitlichen Gründen gekündigt worden war, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass er die Arbeit bei der Firma K.____ auch im Gesundheitsfall nicht weiter ausgeübt hätte. Die Beschwerdegegnerin hat daher für die Bestimmung des Valideneinkommens zu Recht auf Tabellenlöhne abgestellt.

6.1.3 Des Weiteren ist zu prüfen, ob der von der Beschwerdegegnerin angewandte Tabellenlohn gemäss LSE 2018, TA1_tirage_skill_level, Pos. 05 ■ 43, Sektor Produktion, Kompetenzniveau 2, vorliegend angemessen ist. Der Beschwerdeführer bringt vor, es sei zur Bestimmung des Valideneinkommens auf das Kompetenzniveau 3 abzustellen.

Laut der LSE-Tabelle TA1 wird das Kompetenzniveau 3 definiert als komplexe praktische Tätigkeit, die ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzt. Demgegenüber charakterisiert sich das Kompetenzniveau 2 als praktische Tätigkeit wie Verkauf, Pflege, Datenverarbeitung und Administration, Bedienen von Maschinen sowie elektronischen Geräten, Sicherheitsdienst oder Fahrdienst (Urteil des Bundesgerichts 8C_581/2021 vom 19. Januar 2022 E. 4.2).

Der Beschwerdeführer ist gelernter Motorradmechaniker und war von 2014 bis 2017 als Aussendienstmitarbeiter bei der Firma K.____ in [...] tätig. Eine kaufmännische Ausbildung kann er, wie auch eine formelle Weiterbildung, nicht vorweisen. Die Tätigkeit als Aussendienstmitarbeiter ist nach der Rechtsprechung üblicherweise dem Kompetenzniveau 2 zuzuordnen. Selbiges gilt, wenn die versicherte Person im ausgeübten Beruf zwar über

keine qualifizierte Berufsausbildung verfügt, aber mit in langjähriger praktischer Tätigkeit erworbenem handwerklichem Geschick einen hohen Verdienst zu erzielen vermochte. Eine mehrjährige Berufserfahrung ■ ohne formale Weiterbildungen oder andere während der Berufsausübung erworbene besondere Qualifikationen ■ rechtfertigt auch nach ursprünglich absolvierter Berufslehre grundsätzlich keine höhere Einstufung über das Kompetenzniveau 2 hinaus. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Beschwerdeführers deckt sich weitgehend mit der Definition des Kompetenzniveaus 2, da der Aussendienst schwergewichtig dem Verkauf zuzurechnen ist und daneben administrative Tätigkeiten beinhaltet. Dass der Beschwerdeführer über nennenswerte Fach- und Branchenkenntnisse verfügt, ist bei dieser Einstufung bereits berücksichtigt. Anhaltspunkte dafür, dass er im Gesundheitsfall (vgl. Art. 16 ATSG) komplexe praktische Tätigkeiten ausführen würde, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen (Kompetenzniveau 3), bestehen nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_581/2021 vom 19. Januar 2022 E. 4.4 mit Hinweisen).

Unter den gegebenen Umständen rechtfertigt es sich, auf das LSE-Kompetenzniveau 2 abzustellen. Hiervon geht denn auch die Beschwerdegegnerin aus. Der angewandte Tabellenlohn ist ebenfalls nicht zu beanstanden: TA1_triage_skill_level, 2018, Total, Sektor 2 Produktion, Kompetenzniveau 2, Männer = CHF 5'947.00 x 12 Monate + Aufrechnung Wochenstunden Sektor 2 Produktion 2018 (: 40 x 41.3) = CHF 73'683.00.

6.2

6.2.1 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG).

6.2.2 Die Beschwerdegegnerin berechnete das Invalideneinkommen wie das Valideneinkommen auf Basis der statistischen Lohntabelle, hier konkret LSE 2018, TA1_tirage_skill Level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, wonach von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'417.00 auszugehen ist. Diesen Betrag hat sie auf die üblichen Wochenstunden im Jahr hochgerechnet. Unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 60 % ermittelte sie ■ vorbehältlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (s. E. II. 6.2.3 hiernach) ■ ein Invalideneinkommen von CHF 40'660.00 (CHF 5'417.00 x 12 : 40 x 41.7).

6.2.3 Zu beurteilen ist im Weiteren, ob ein Abzug vom errechneten Tabellenlohn angezeigt ist. Ein allfälliger Abzug vom Tabellenlohn soll (nach dem bis 31. Dezember 2021 geltenden Recht; vgl. E. II.

E. 4

Psoriasis

E. 5

Amoxicillin-Unverträglichkeit - Klinik Hyperemesis Die notfallmässige Selbstvorstellung sei aufgrund akut aufgetretener thorakaler Schmerzen erfolgt. In der klinischen Untersuchung bei Eintritt hätten sich keine Auffälligkeiten gefunden. Im EKG hätten jedoch ST-Hebungen über der gesamten Vorderwand nachgewiesen werden können, womit die Indikation zur sofortigen Koronarangiographie gestellt worden sei. Hier habe sich eine koronare 2-Gefässerkrankung gezeigt, wobei die problemlose Intervention und Versorgung der RIVA (Culprit Lesion) mittels einem einzigen Medikamenten-beschichteten Stent

erfolgt sei, mit gutem angiographischem Ergebnis. Die weitere hämodynamische Überwachung auf der Intensivstation habe sich bis auf eine spontan-limitierende Kammertachykardie komplikationslos gestaltet, sodass der Beschwerdeführer bald auf die medizinische Station habe verlegt werden können. Die postinterventionell durchgeführte transthorakale Echokardiografie habe eine leicht reduzierte systolische Funktion (LVEF 48 %) bei apikaler Akinesie mit angrenzend septoapikaler und anteriorer Hypokinesie bis mittventrikulär gezeigt. Die auf Intensivstation gestartete duale Plättchenaggregationshemmung, die Sekundärprophylaxe mit Atorvastatin sowie der ACE-Hemmer und Betablocker seien unverändert weitergeführt worden. Am 6. November 2019 sei der Beschwerdeführer in gutem und beschwerdefreiem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden.

4.6.3 Dr. med. H.____ führte in seinem Bericht vom 29. Juni 2020 (IV-Nr. 68) zur aktuellen medizinischen Symptomatik und Situation aus, es lägen eine depressive Wesensänderung mit Antriebsstörung und Stressintoleranz, vorschnelle Erschöpfung, Interesseverlust, Leberfibrose nach Hepatitis C sowie ein Status nach Herzinfarkt im November 2019 vor. In Bezug auf die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verwies Dr. med. H.____ auf seine früheren Berichte. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Eine leidensangepasste Tätigkeit könne der Beschwerdeführer 1 bis 2 Stunden ausüben. Der Eingliederung stünden die Stressintoleranz, Herzangst sowie die depressive Antriebsstörung im Wege.

4.7 Am 15. Juli 2020 nahm der RAD-Arzt Dr. med. E.____ erneut Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 70). Er legte dar, die aktuell noch eingegangenen Arztberichte seien nur insofern erhellend, als der Bericht des Kardiologen des D.____ Dr. med. I.____, vom 5. Mai 2020 dem Beschwerdeführer von kardiopulmonaler Seite eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit attestiere. Der Hausarzt Dr. med. J.____ übernehme die im Vorbescheid der Beschwerdegegnerin aufgeführten IV-Grade, führe dann aber weiter hinten in seinem Bericht vom 6. Mai 2020 aus, der Beschwerdeführer verfüge über keine Belastbarkeit und Stresstoleranz mehr aufgrund der Depression. Eine Arbeitstätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Objektive Befunde seien nicht aufgeführt. Dr. med. H.____ führe in seinem Bericht vom 29. Juni 2020 unter Punkt 1.3 (bisher attestierte Arbeitsunfähigkeiten) ebenfalls die IV-Grade des Vorbescheides auf. Bezüglich der Beschwerden und Befunde seien die gleichen Angaben wie im Bericht vom 23. Juni 2018 zu finden. Die vom RAD in der Stellungnahme vom 29. April 2020 erbetenen detaillierten Angaben zum Psychostatus und eine Evaluation der Funktionalität gemäss Mini-ICF-APP seien nicht zu finden. Diesbezüglich sei jedoch nicht ersichtlich, ob der behandelnde Psychiater in Kenntnis gesetzt worden sei vom Anliegen des RAD. Insgesamt bleibe aus versicherungsmedizinischer Sicht festzuhalten, dass seit dem Bericht des behandelnden Psychiaters vom 23. Juni 2018 der psychische Gesundheitszustand gleich geblieben sei und von somatischer Seite nach dem Myokardinfarkt vom 1. November 2019 und erfolgreicher Rekanalisation des Verschlusses des RIVA apikal spätestens ab dem 9. Dezember 2019 (Kontroll-Herz-PET) keine relevante Leistungseinschränkung mehr bestanden habe. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten von Dr. med. B.____ behalte somit bei gegenwärtiger Aktenlage ihre Gültigkeit.

5. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2022 im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. B.____ und lic. phil. C.____ (vgl. E. II. 4.3 hiervor), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist. Dazu ist einleitend zu sagen, dass das Gutachten in Kenntnis der gesamten Akten, nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers und unter Berücksichtigung der von ihm geklagten Beschwerden, sowie von auf den

entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachpersonen erstellt wurde. Insofern erfüllt es die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise und bildet eine geeignete Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und des Leistungsvermögens des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 3.3 hiervor).

5.1 In der neuropsychologischen Beurteilung (IV-Nr. 35.3) wird im Rahmen der Beurteilung ausgeführt, in der klinischen Beobachtung hätten sich folgende Auffälligkeiten gezeigt: In Bezug auf das Neu-/Altgedächtnis wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe keine sichtbare Mühe, Erinnerungsinhalte abzurufen, verliere den Faden nicht übermässig, könne auf zuvor gemachte Aussagen Bezug nehmen. Im Rahmen formalisierter Tests sei er jedoch zeitweise deutlich schwerbesinnlich. Die Aufmerksamkeit sei schwankend, das Arbeitstempo bei einfachen und bei komplexeren Aufgaben sei schwankend. Die Initiierung von Handlungen sei zögerlich, die Affektivität leicht niedergeschlagen wirkend. Der Antrieb sei etwas reduziert. Es bestünden Anlaufschwierigkeiten bei Tests, aber nicht im freien Gespräch. Unauffällig seien die Pünktlichkeit, das Stressniveau bei der Ankunft, das Erscheinungsbild, die Kontaktaufnahme, die Orientierung, die Belastbarkeit, die Aufrechterhaltung von Handlungen, das Vorgehen, die affektive Schwingungsfähigkeit, die Spontansprache, die Sprechgeschwindigkeit sowie das Instruktionsverständnis. Zusammenfassend wurde festgehalten, die neuropsychologische Untersuchung vom 28. Januar 2019 habe keine validen psychometrischen Resultate ergeben. Die auffälligen Resultate von Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen und Sprache entsprächen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht den tatsächlichen Möglichkeiten des Beschwerdeführers. Aus folgenden Gründen sei die Validität der gezeigten Leistungen eingeschränkt: Die Leistungen in zwei gut standardisierten und voneinander unabhängigen Performanzvalidierungstests (Green, 2003, Schmand & Lindeboom, 2005) seien auffällig gewesen. Die im ersten Verfahren gezeigten Leistungen könnten mit einer Vielzahl von Kontroll- und Patientengruppen verglichen werden: Die gezeigten Leistungen seien deutlich schlechter als solche von motivierten Patienten nach schwerem SHT, von intelligenzgeminderten Erwachsenen, aber auch von Patienten mit einer depressiven Episode. Sie entsprächen jedoch am besten den Leistungen, die Probanden erzielten, die gebeten worden seien, sich schlechter zu stellen, ohne dass dies bemerkt werden sollte, sowie von depressiven Patienten, von PTBS-Patienten und von chronischen Schmerzpatienten, die aber alle nachweislich nicht motiviert mitgearbeitet hätten. Die Spezifität des zweiten Verfahrens liege bei der gezeigten Leistung bei 99 % (Wahrscheinlichkeit, dass eine Person, die dieses Resultat erziele, tatsächlich in die Gruppe der Personen gehöre, die eine reduzierte Leistungsbereitschaft hätten). Auch die Glaubwürdigkeit der in der neuropsychologischen Untersuchung geschilderten psychischen und kognitiven Beschwerden sei herabgesetzt. In einem Fragebogen zu atypischen Symptomen (SIMS, 2003) habe der Gesamtwert über dem kritischen Wert der Beschwerdenübertreibung gelegen. Der Beschwerdeführer habe eine auffällige Menge an Symptomen angegeben, welche bei Patienten mit authentischen psychischen oder kognitiven Störungen in dieser Menge und Kombination atypisch seien. Es handle sich dabei um unlogische, teilweise bizarre, sehr unwahrscheinliche oder nur selten vorkommende und mit der jeweiligen Störung inkonsistente Symptome. Atypische Symptome seien vor allem in den folgenden Bereichen in auffälligem Ausmass bejaht worden: Neurologische Beeinträchtigungen und amnestische Störungen. Ferner bestünden Inkonsistenzen innerhalb und zwischen den Tests. Das Benennen unter Zeitdruck sei deutlich verlangsamt, aber ohne Zeitdruck lägen keinerlei Einschränkungen vor. Die

Merkspannen und das Arbeitsgedächtnis seien unauffällig, aber es bestünden deutliche Gedächtnisprobleme bei einem einfachsten, in der Demenzdiagnostik eingesetzten Gedächtnistest. Ferner seien im freien Gespräch keine Gedächtnisprobleme festzustellen, testdiagnostisch jedoch Schwerbesinnlichkeit und Intrusionen. Sodann berichte der Beschwerdeführer über deutliche Gedächtnisdefizite und Ermüdbarkeit, aber klinisch seien diese nicht fassbar. Eine Leistungsverzerrung sei nachgewiesen. Ob diese bewusstseinsnah oder -fern, oder eine Mischung aus beidem sei, sei aus psychiatrischer Seite zu beurteilen. Der Beschwerdeführer könnte im Prinzip kognitive Einbussen haben, sollte eine manifeste Störung vorliegen. Deren Ausprägung könne anhand der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht differenziert beurteilt werden. Aufgrund der invaliden Testresultate erlaube sich der Experte, ein «positives Funktionsprofil» zu erstellen, welches aufzeige, was der Beschwerdeführer aus rein neuropsychologischer Sicht sicher zu leisten vermöge. Er sei orientiert, könne sich selbständig alleine an einen ihm unbekanntem Ort begeben. Er sei freundlich, angenehm im Umgang. Er könne autobiographische Angaben sicher abrufen, verliere im freien Gespräch den Faden nicht übermässig. Er könne lesen, schreiben, rechnen, verstehe Anweisungen und Fragen, könne in einem ruhigen Rahmen an einem Gespräch teilnehmen. Einfache Tätigkeiten könne er in einer normalen Geschwindigkeit durchführen. Aus neuropsychologischer Sicht seien keine medizinischen Massnahmen erforderlich. Eine Prognose sei bei invaliden Resultaten nicht möglich (IV-Nr. 35.3 S. 8 ff.). Somit wird neuropsychologisch gesehen die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als nicht beurteilbar erachtet. Damit wird nicht gesagt, dass beim Beschwerdeführer keine Einschränkungen bestehen (können), sondern es wird darauf hingewiesen, dass allenfalls bestehende neuropsychologische Defizite aufgrund der invaliden Testresultate nicht erkannt werden können.

5.2 Der psychiatrische Gutachter setzt sich in seinem Gutachten schlüssig mit den möglichen Diagnosen des Beschwerdeführers auseinander und stützt seine Ausführungen – unter Würdigung der vom Bundesgericht gemäss BGE 141 V 281 festgelegten Indikatoren – auf eine eingehende Befund- und Anamneseerhebung. In der psychiatrischen Beurteilung (IV-Nr. 35.1) wird nachvollziehbar ausgeführt, in der aktuellen psychiatrischen Untersuchung gebe es beim Beschwerdeführer eindeutige Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Störung mit Krankheitswertigkeit und Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Sinne einer major depression. Die Befundlage sei eindeutig. Bei der depressiven Störung handle es sich zweifelsohne nosologisch um ein primär reaktives Geschehen, das aber aufgrund des Ausprägungsgrades klassischer Kernsymptome und des nun eineinhalb Jahren andauernden gleichbleibenden, d.h. chronifizierenden Verlaufs Krankheitswertigkeit im Sinne einer major depression erlangt habe (ICD-10: F33.1). Der Akzentuierung von Persönlichkeitsanteilen (ICD-10: Z73.1) komme insofern eine Bedeutung zu, als hierdurch ursprünglich der primär reaktive Prozess für das Entstehen der depressiven Störung begünstigt werde. Der Beschwerdeführer habe verneint, schon früher depressive Episoden erfahren zu haben. Bei einer Ersterkrankung sei es deshalb fachlich geboten gewesen, die Untersuchung auf eine organische Ursache auszurichten. Eine solche Genese habe aufgrund der erhobenen Laborresultate und des blanden MRI des Schädels sicher ausgeschlossen werden können. Es bestünden keine diagnostischen Unsicherheiten – dies unabhängig von der beschriebenen Neigung des Beschwerdeführers zum Überzeichnen seiner Beschwerden und der nicht unerheblichen Selbstlimitierung. Diese würden sich auf potentielle, vor allem subjektiv dargestellte kognitive Defizite beziehen, deren Vorliegen aber, auch bestätigt durch die neuropsychologischen Befunde von lic. phil. C. ____, eher verneint werden müssten. Es

werde auf seine Untersuchungsbefunde im Bericht vom 31. Januar 2019 hingewiesen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung deckten sich mit den eigenen klinischen und psychometrischen Untersuchungsbefunden. Eine kognitive Funktionsstörung im Rahmen des depressiven Zustandsbildes hätte allenfalls eine bedeutsame Relevanz für eine weitergehende Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers gehabt, verglichen mit den Auswirkungen der depressiven Störung allein – was somit entfallende (IV-Nr. 35.1 S. 16 f.). Es bestehe keine adäquate antidepressive Behandlung dieses noch nicht unbedeutenden Krankheitsbildes (niedrigfrequente Konsultationen, keine antidepressive Medikation, keine weiterführende begleitende antidepressive Behandlung, z.B. körperliche Aktivität, etc.). Eine stationäre Behandlung habe bisher ebenfalls nicht stattgefunden. Die Begründung des behandelnden Psychiaters, dass wegen einer Leberfibrose keine medikamentöse Behandlung möglich sei, könne nicht nachvollzogen werden. Gegebenenfalls habe eine medikamentöse Einstellung unter stationären Bedingungen und Spiegelkontrolle vorgenommen werden können. Stationäre rehabilitative Massnahmen seien bisher ebenfalls nicht eingesetzt worden. Eine hierdurch entstandene Signalwirkung, «mir kann ja eh nicht mehr geholfen werden», könne in diesem Kontext die auffallende Selbstlimitierung des Beschwerdeführers mitbegünstigt haben. In der aktuellen klinischen Situation bestehe aus gutachterlicher und therapeutischer Sicht durchaus eine gute Chance, das depressive Zustandsbild mit einer Aktivierung therapeutischer Prozesse noch zu verbessern – und damit auch die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers (IV-Nr. 35.1 S. 18). Weiter führt der psychiatrische Gutachter aus, chronifizierte depressive Erkrankungen hätten in der Regel erhebliche Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der betroffenen Menschen. Massgeblich verantwortlich zeichne dabei die depressionsbedingte Antriebshemmung, die je nach Schweregrad der depressiven Episode nicht mehr oder nur noch begrenzt durch Willenskräfte aufgehoben werden könne. Antriebshemmung und depressives körperliches Syndrom hätten in erster Linie eine Abnahme der Motivation und des Vermögens, sich zu aktivieren, zur Folge. Hierdurch komme es zu vermehrten Absenzen oder Pensenreduktionen bei der Arbeit. Könnten Tätigkeiten noch aufgenommen werden, würden sie je nach Schweregrad der Depression mehr oder weniger stark verlangsamt umgesetzt werden. Es komme demzufolge infolge der depressiven Erkrankung mehrheitlich zu einer quantitativen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit der Betroffenen. Menschen mit mittelschweren depressiven Zuständen könnten in der Regel nur noch unter erheblichen Schwierigkeiten ihren sozialen Verpflichtungen privater und beruflicher Art nachkommen. Die Beurteilung und Graduierung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner früheren beruflichen Tätigkeit sowie einer allfälligen Leistungseinschränkung in einer den Beschwerden angepassten Verweistätigkeit werde im vorliegenden psychiatrischen Teilgutachten aber nicht primär bezogen auf die Diagnosestellung selber vorgenommen, sondern anhand der erhobenen klinischen Untersuchungsbefunde mit deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Betroffenen mittels des IFAP1 und IFAP2 (siehe Anhang zum Teil-Gutachten) abgeleitet. Aufgrund aller erhobenen psychopathologischen Befunde ergebe sich beim Beschwerdeführer, dass er den Anforderungen in leitender Funktion oder unter den Stressbedingungen einer Tätigkeit als Handelsreisender mit Lohn auf Provisionsbasis nicht mehr nachkommen könne, insbesondere solange das depressive Zustandsbild noch aktiv sei. Das heisse, hier bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Mitte 2017. Aufgrund der aktuellen Befundlage im IFAP1 und Ausweisung der daraus ableitbaren Einschränkungen im IFAP2 sei aus rein

psychiatrischer Sicht grundsätzlich von einer gegenwärtigen und auch bis Mitte 2017 zurückliegenden Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer sogenannten adaptiven, d.h. einer dem Leiden angepassten Tätigkeit von 40 % auszugehen. Je nach Verlauf einer Behandlung des depressiven Zustandsbildes könne grundsätzlich hier noch mit einer Steigerung der Leistungsfähigkeit gerechnet werden (IV-Nr. 35.1 S. 19 ff.). Als angepasste Verweistätigkeiten gelten Tätigkeiten mit geregelten Arbeitszeiten, stressfreiem Arbeitsplatz, idealerweise Einzelarbeitsplatz in ruhiger Atmosphäre, ohne leitende Funktion und ohne auf Provision ausgerichtetes Lohnverhältnis (IV-Nr. 35.1 S. 21 f.).

5.3 Nach dem Dargelegten ist somit festzuhalten, dass die Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Demnach erweist sich das von der Beschwerdegegnerin eingeholte bidisziplinäre Gutachten als voll beweiswertig. Seit Mitte 2017 ist der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig und für angepasste Tätigkeiten besteht eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Der Beschwerdeführer hat dem in seiner Beschwerde auch nichts entgegenzuhalten. Die Beweiskraft des Gutachtens wird nicht bestritten. Der RAD-Arzt Dr. med. E. ___ hat denn auch in seiner Stellungnahme vom 15. Juli 2020 (vgl. E. II. 4.7 hiervor) gestützt auf den Bericht von Dr. med. I. ___ (vgl. E. II. 4.6.1 hiervor) in nachvollziehbarer Weise ausgeführt, dass der erlittene Myokardinfarkt keine weitergehende Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu begründen vermag. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, der psychiatrische Gutachter Dr. med. B. ___ gehe bis zum Zeitpunkt der Begutachtung von einer nur 40%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus (Beschwerde S. 4; A.S. 12), so ist dem entgegenzuhalten, dass Dr. med. B. ___ diese Unklarheit in seinem Gutachten mit Stellungnahme vom 7. März 2019 (Posteingang) beseitigt hat (vgl. E. II. 4.4 hiervor). Er hielt explizit fest, dass die Einschränkung der Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit 40 % betrage und von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer solchen adaptierten Tätigkeit auszugehen ist.

6. Nachfolgend ist sodann der in der angefochtenen Verfügung vorgenommene strittige Einkommensvergleich zu prüfen.

6.1 6.1.1 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt der Invaliditätsbemessung nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit tatsächlich, und nicht, was sie bestenfalls erzielen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen davon müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2). Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte für die Einkommensermittlung, so ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen, wie sie in der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) enthalten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_287/2021 vom 9. Dezember 2022 mit Verweis auf AHI 1999 S. 237, I 377/98 E. 3b S. 240).

6.1.2 Die Beschwerdegegnerin berechnete das Valideneinkommen anhand der statistischen Lohntabelle LSE 2018, TA1_tirage_skill_level, Pos. 05 – 43, Sektor Produktion, Kompetenzniveau 2, Männer. Dagegen wendet der Beschwerdeführer ein, das Valideneinkommen sei gestützt auf das effektiv erzielte Einkommen festzulegen. Der Beschwerdeführer arbeitete zuletzt vom 6. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2017 in einem Arbeitspensum von 100 % bei der Firma K. ___ in [...] als Aussendienstmitarbeiter, wo er v.a. Kundenbesuche durchführte und in der Administration beschäftigt war. Dieses Arbeitsverhältnis wurde durch die Arbeitgeberin per 31. Dezember 2017 aufgelöst. Zur

Begründung führte die Arbeitgeberin aus, die Kündigung sei wegen mangelndem Einsatz und Resistenz gegen Führungsanweisungen erfolgt (vgl. IV-Nr. 8). Ferner habe der Beschwerdeführer anlässlich des telefonischen Intake-Gesprächs vom 3. Januar 2018 erwähnt, die Arbeitgeberin habe ihm Ende 2016 gesagt, sobald sie einen Neuen hätten, würde man ihm kündigen (IV-Nr. 10). Da dem Beschwerdeführer, der über Jahre hinweg verschiedene berufliche Tätigkeiten ausgeübt hatte, die letzte unbefristete Arbeitsstelle als Aussendienstmitarbeiter bei der Firma K.____ nicht aus gesundheitlichen Gründen gekündigt worden war, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass er die Arbeit bei der Firma K.____ auch im Gesundheitsfall nicht weiter ausgeübt hätte. Die Beschwerdegegnerin hat daher für die Bestimmung des Valideneinkommens zu Recht auf Tabellenlöhne abgestellt. 6.1.3 Des Weiteren ist zu prüfen, ob der von der Beschwerdegegnerin angewandte Tabellenlohn gemäss LSE 2018, TA1_tirage_skill_level, Pos. 05 – 43, Sektor Produktion, Kompetenzniveau 2, vorliegend angemessen ist. Der Beschwerdeführer bringt vor, es sei zur Bestimmung des Valideneinkommens auf das Kompetenzniveau 3 abzustellen. Laut der LSE-Tabelle TA1 wird das Kompetenzniveau 3 definiert als komplexe praktische Tätigkeit, die ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzt. Demgegenüber charakterisiert sich das Kompetenzniveau 2 als praktische Tätigkeit wie Verkauf, Pflege, Datenverarbeitung und Administration, Bedienen von Maschinen sowie elektronischen Geräten, Sicherheitsdienst oder Fahrdienst (Urteil des Bundesgerichts 8C_581/2021 vom 19. Januar 2022 E. 4.2). Der Beschwerdeführer ist gelernter Motorradmechaniker und war von 2014 bis 2017 als Aussendienstmitarbeiter bei der Firma K.____ in [...] tätig. Eine kaufmännische Ausbildung kann er, wie auch eine formelle Weiterbildung, nicht vorweisen. Die Tätigkeit als Aussendienstmitarbeiter ist nach der Rechtsprechung üblicherweise dem Kompetenzniveau 2 zuzuordnen. Selbiges gilt, wenn die versicherte Person im ausgeübten Beruf zwar über keine qualifizierte Berufsausbildung verfügt, aber mit in langjähriger praktischer Tätigkeit erworbenem handwerklichem Geschick einen hohen Verdienst zu erzielen vermochte. Eine mehrjährige Berufserfahrung – ohne formale Weiterbildungen oder andere während der Berufsausübung erworbene besondere Qualifikationen – rechtfertigt auch nach ursprünglich absolviertes Berufslehre grundsätzlich keine höhere Einstufung über das Kompetenzniveau 2 hinaus. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Beschwerdeführers deckt sich weitgehend mit der Definition des Kompetenzniveaus 2, da der Aussendienst schweremässig dem Verkauf zuzurechnen ist und daneben administrative Tätigkeiten beinhaltet. Dass der Beschwerdeführer über nennenswerte Fach- und Branchenkenntnisse verfügt, ist bei dieser Einstufung bereits berücksichtigt. Anhaltspunkte dafür, dass er im Gesundheitsfall (vgl. Art. 16 ATSG) komplexe praktische Tätigkeiten ausführen würde, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen (Kompetenzniveau 3), bestehen nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_581/2021 vom 19. Januar 2022 E. 4.4 mit Hinweisen). Unter den gegebenen Umständen rechtfertigt es sich, auf das LSE-Kompetenzniveau 2 abzustellen. Hiervon geht denn auch die Beschwerdegegnerin aus. Der angewandte Tabellenlohn ist ebenfalls nicht zu beanstanden: TA1_triage_skill_level, 2018, Total, Sektor 2 Produktion, Kompetenzniveau 2, Männer = CHF 5'947.00 x 12 Monate + Aufrechnung Wochenstunden Sektor 2 Produktion 2018 (: 40 x 41.3) = CHF 73'683.00. 6.2 6.2.1 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). 6.2.2 Die Beschwerdegegnerin berechnete das Invalideneinkommen wie das Valideneinkommen auf Basis der statistischen Lohntabelle,

hier konkret LSE 2018, TA1_tirage_skill Level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, wonach von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'417.00 auszugehen ist. Diesen Betrag hat sie auf die üblichen Wochenstunden im Jahr hochgerechnet. Unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 60 % ermittelte sie – vorbehaltlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (s. E. II. 6.2.3 hiernach) – ein Invalideneinkommen von CHF 40'660.00 (CHF 5'417.00 x 12 : 40 x 41.7). 6.2.3 Zu beurteilen ist im Weiteren, ob ein Abzug vom errechneten Tabellenlohn angezeigt ist. Ein allfälliger Abzug vom Tabellenlohn soll (nach dem bis 31. Dezember 2021 geltenden Recht; vgl. E. II.

E. 7

7.1 Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotential mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und / oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass die versicherte Person entgegen der Regel in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotential auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (Urteile des Bundesgerichts 8C_104/2021 vom 27. Juni 2022 E. 7.1.2., 9C_84/2021 vom 2. August 2021 E. 3.2.1. und 8C_233/2021 vom 7. Juni 2021 E. 2.3., je mit Hinweisen u.a. auf BGE 145 V 209 E. 5.1).

Die Rechtsprechung, wonach bei der revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei zurückgelegtem 55. Altersjahr grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind, findet auch dann Anwendung, wenn wie hier zeitgleich mit der Rentenzusprache rückwirkend über deren Abstufung und / oder Befristung befunden wird. Für die Ermittlung des Eckwerts des 55. Altersjahres ist auch bei rückwirkend befristeter und / oder abgestufter Rentenzusprache auf den Verfügungszeitpunkt abzustellen (BGE 148 V 321 E. 7.3.2. S. 325 f. mit Hinweisen).

7.2 Im vorliegenden Verfahren steht nicht ein langjähriger Rentenbezug im Blickpunkt, sondern es geht um einen Versicherten, der im Zeitpunkt der Berentung bei gleichzeitiger Herabsetzung des Anspruchs das Alter von 55 Jahren bereits erreicht hat. Der am 30. Januar 1957 geborene Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2022 65 Jahre alt und hat somit das AHV-Rentenalter bereits erreicht. Das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotential ist folglich erwerblich nicht mehr zu verwerten. Dies führt zum Ergebnis, dass die per 1. Februar 2020 zugesprochene ganze Invalidenrente über den 1. November 2020 hinaus auszurichten ist.

8. Nach dem Gesagten ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Juni 2022 aufzuheben. Die

Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Mai 2018 eine halbe und ab 1. Februar 2020 eine ganze Invalidenrente auszurichten.

E. 9

9.1 Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Rechtsanwältin Raffaella Biaggi macht in ihrer Kostennote vom 8. September 2022 (A.S. 23 f.) einen Zeitaufwand von 7.25 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 und Auslagen von insgesamt CHF 48.90 geltend, was zu einer Kostenforderung von insgesamt CHF 2'004.75 führt. Die Höhe dieser Kostenforderung ist nicht zu beanstanden und somit zuzusprechen.

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Die Beschwerdegegnerin hat als unterliegende Partei die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Yalcin

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