

# SO\_GERICHTE VSBES.2022.146 vom 25. Juli 2024

SO Obergericht, 2024-07-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.146\\_d20240725](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.146_d20240725)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.146 du 25 juillet 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.146 del 25 luglio 2024

## Regeste

berufliche Massnahmen und Invalidenrente

## Erwägungen

### E. 1

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom

### E. 4

Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere medizinische Abklärungen, insbesondere eine polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers, zu initiieren.

### E. 5

Kopfschmerzen vom Spannungstyp mit migräniformen Anteilen (ICD-10 G44.2)

### E. 6

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten sowie die Stellungnahme der D. \_\_\_ vom 14. Januar 2021 (IV-Nr. 44.1) bzw. 18. August 2021 (IV-Nr. 62), weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist.

6.1.1 Die Teilgutachten in den somatischen Fachbereichen Neurologie (IV-Nr. 44.7), Rheumatologie (IV-Nr. 44.6) und Innere Medizin (IV-Nr. 44.4) werden inhaltlich weder vom Beschwerdeführer noch von den behandelnden Ärzten bestritten und sind denn auch nicht zu beanstanden.

Im neurologischen Teilgutachten wurde dargelegt, dass der somatische Neurostatus bis auf eine diskrete Hypästhesie im Bereich der rechten Zeigefingerkuppe unauffällig sei. Aufgrund der anamnestischen Angaben bestünden Spannungskopfschmerzen mit zum Teil migräniformen Anteilen, welche ca. einmal pro Monat aufträten, sowie eine Migräne mit visueller Aura, welche maximal alle zwei Monate einmal auftrete, wobei die Migräneattacke gut auf ein einfaches Analgetikum anspreche. Gestützt auf die Ausführungen kam der Gutachter in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass keine neurologischen Diagnosen vorlägen, welche eine dauernde Arbeitsunfähigkeit begründen würden.

Im rheumatologischen Teilgutachten wurde ausgeführt, beim Beschwerdeführer lägen eine Oberkörperhaltungsinsuffizienz und eine muskuläre Dysbalance vor, was nachfolgend zu einer Dezentrierung des linken, nicht dominanten Schultergürtels nach anterior führe, was vor allem bei Überkopfbewegungen zu einer konsekutiven Dezentrierung des Humerus zum Glenoid führe, so dass die beklagten Beschwerden in spezifischen Situationen

biomechanisch gut erklärt werden könnten. Es bestünden keinerlei klinische Hinweise für eine eigenständige Pathoanatomie am Schultergürtel. Die gesamte segmentale Untersuchung der Lenden-, Brust- und Halswirbelsäule sei völlig regelrecht gewesen. Die intermittierend beklagten Spannungsbeschwerden aufgrund von intensiven Konzentrationen könnten vor allem rein myogelotisch erklärt werden ohne Hinweise für eine zugrundeliegende anatomische Pathologie am Halswirbelsäulenbereich. Tendenziell bestehe beim Exploranden eine leichte Hypermobilität, die Diagnosekriterien für ein sogenanntes Hypermobilitätssyndrom nach Beighton würden jedoch nicht erfüllt. Gestützt auf diese Befunderhebungen erscheint es sodann ebenfalls nachvollziehbar, dass der rheumatologische Gutachter als Schlussfolgerung festhielt, insgesamt fänden sich klinisch-rheumatologisch keinerlei Diagnosen, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Exploranden negativ beeinflussen würden.

Schliesslich vermochte auch der internistische Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen, was im Lichte seiner Befunderhebung (s. IV-Nr. 44.4, S. 4) ebenfalls nicht zu beanstanden ist.

Der Beschwerdeführer rügt bezüglich der somatischen Teilgutachten einzig den Umstand, dass keine bildgebenden Dokumente angefertigt worden seien. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass der Entscheid darüber, ob bildgebende Untersuchungen durchzuführen sind, einzig den Gutachtern obliegt. Die Gutachter sahen aber offenbar keine diesbezügliche Notwendigkeit, was denn im Lichte der Vorakten auch nicht zu beanstanden ist. So wurden offenbar von Seiten der behandelnden Ärzte bezüglich der somatischen Beschwerden bislang ebenfalls keine weiteren Abklärungen und Behandlungen ■ bis auf die gemäss Gutachten ab 17. November 2020 geplante Physiotherapie (s. IV-Nr. 44.6, S. 5) ■ veranlasst.

## 6.1.2

6.1.2.1 Im psychiatrischen Teilgutachten führte der Gutachter aus, beim Exploranden seien die diagnostischen Kriterien einer leichten depressiven Episode erfüllt, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freude bei durchaus erhaltenen Interessen, erhöhte Ermüdbarkeit, leichte Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und vermindertem Appetit mit anamnestisch Gewichtsabnahme. Es bestehe diagnostisch auch eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, die nach Angaben des Exploranden vordiagnostiziert worden sei. Es bestünden im Längsverlauf in der Kindheit Hinweise auf diese Störung mit Konzentrationsschwierigkeiten, schliesslich dann auch fremdaggressivem Verhalten bei Mobbing in der Schule und ab dem Primarschulalter auch Behandlung mit Ritalin (Methylphenidat). Die Depression habe sich nun auf dem Hintergrund einer beruflichen Überforderungssituation als Junglehrer mit Schülern in der fünften und sechsten Klasse manifestiert. Die Anamnese sei sonst früher psychiatrisch bland. Deutlich auffällige Persönlichkeitszüge bestünden im Querschnittsbefund nicht, wenn auch etwas zwanghafte Persönlichkeitsmerkmale durchaus vorhanden seien. Akzentuierte Persönlichkeitszüge begründeten aber die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 nicht. Der Explorand betreibe einen Nikotinabusus. Ein Suchtleiden bestehe sonst nicht. Die Leberenzymwerte seien nicht pathologisch erhöht. Der Explorand habe auch Schmerzen im Bewegungsapparat angegeben, relativ genau lokalisiert. Im Rahmen der affektiven Symptomatik sei eine Somatisierung mit subjektiver Schmerzverstärkung möglich. Die zusätzliche Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit deutlich ausgedehnten und diffusen Schmerzen könne nicht diagnostiziert

werden. Es bestehe auch ein Verdacht auf Schlafapnoesyndrom, wozu aus somatischer Sicht Stellung genommen werden müsse.

6.1.2.2 Zu den vorstehenden gutachterlichen Ausführungen ist festzuhalten, dass darin die gestellten Diagnosen zwar nur teilweise begründet hergeleitet werden. Gestützt auf die eingehende Befunderhebung (IV-Nr. 44.5, S. 5) erscheinen die gestellten Diagnosen jedoch grundsätzlich nachvollziehbar. Ebenfalls einleuchtend ist im Grundsatz die gutachterliche Beurteilung, wonach die gestellten Diagnosen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöchten. Dies ergibt sich unter anderem aus der gutachterlichen Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen des Beschwerdeführers (vgl. IV-Nr. 44.5, S. 7) sowie aus den vom Beschwerdeführer geschilderten Alltagsaktivitäten und sozialen Kontakte (s. IV-Nr. 44.5, S. 3 f.), welche ebenfalls gegen eine relevante Einschränkung sprechen. Zudem liegen die im Labor geprüften Medikamentenspiegel allesamt unter dem therapeutischen Wert (vgl. IV-Nr. 44.8, S. 4), woraus zu schliessen ist, dass der Beschwerdeführer die von ihm angegebenen Medikamente nicht regelmässig einnimmt. Gestützt darauf ist im Regelfall nicht von einem grossen Leidensdruck auszugehen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), was die gutachterliche Beurteilung ebenfalls stützt. Gegen den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens spricht, dass sich der Gutachter nur ungenügend mit den seiner Beurteilung entgegenstehenden Berichten der behandelnden Ärzte auseinandersetzt. Im Gutachtensbericht hielt er diesbezüglich lediglich fest, in den Akten sei auch eine depressive Episode diagnostiziert worden, die als schwergradig angegeben worden sei. Diagnostisch bestehe aber eine leichte depressive Episode. Eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit sei nicht begründet. Sodann geht der Gutachter in der nachträglich eingeholten Stellungnahme zwar rudimentär auf die Berichte der H.\_\_\_\_ und die Berichte des behandelnden Psychiaters, Dr. med. G.\_\_\_\_, ein, vermag aber ebenfalls nur ungenügend zu begründen, weshalb er in seinem Gutachten zu einer abweichenden Begründung gelangt. Zudem übersieht der Gutachter auch, dass im Austrittsbericht der H.\_\_\_\_ vom 13. Juli 2021 die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt wurde. So setzt er sich diesbezüglich nur mit dem das Eintrittsgespräch betreffenden Bericht der H.\_\_\_\_ vom 8. April 2021 (IV-Nr. 58, S. 19) auseinander, wo diese Diagnose bereits gestellt wurde. Hinzukommt, dass im psychiatrischen Teilgutachten eine schlüssige Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit fehlt. So hielt der Gutachter diesbezüglich lediglich fest, der Beschwerdeführer könne aus psychiatrischer Sicht in jeder Tätigkeit in einem vollen Pensum ohne Leistungseinschränkung arbeiten. Auch im Verlauf könne eine langanhaltende psychiatrische Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden. Eine weitergehende Begründung und eine Auseinandersetzung mit den Vorakten fehlt somit auch in diesem Punkt. Daran vermag die in der gutachterlichen Gesamtbeurteilung (IV-Nr. 44.1) in diesem Zusammenhang gemachte Feststellung nichts zu ändern, wonach eine vorübergehende höhergradige Arbeitsunfähigkeit durch eine verstärkte depressive Symptomatik möglich sei. Man habe aber keine Hinweise, dass im Verlauf eine länger andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. So ergeben sich gerade aus den Vorakten in psychiatrischer Hinsicht durchaus Hinweise, aufgrund derer sich eine längerdauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit nicht ohne Weiteres ■ und vor allem auch nicht ohne vertiefte gutachterliche Auseinandersetzung mit den Berichten der behandelnden Ärzte ■ verneinen lässt.

Das Versicherungsgericht kam deshalb nicht umhin, weitere Abklärungen in Form eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens zu veranlassen.

6.1.3 Des Weiteren wies der Beschwerdeführer zu Recht daraufhin, dass die Beschwerdegegnerin im Lichte der vorgehend aufgeführten Vorakten auch eine neuropsychologische Begutachtung des Beschwerdeführers hätte veranlassen müssen, zumal der psychiatrische Gutachter der D.\_\_\_\_ Konzentrationsstörungen feststellte und eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung diagnostizierte. Das Versicherungsgericht veranlasste deshalb zusätzlich ein neuropsychologisches Gerichtsgutachten.

## E. 7

7.1 In dem vom Versicherungsgericht eingeholten neuropsychologischen Teilgutachten vom 21. März 2024 (A.S. 168 ff.) stellte die Gutachterin, Dr. phil. F.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie und Neuropsychologie FSP, folgende Diagnosen:

Leichte neuropsychologische Funktionsstörung mit/bei

Zur Begründung der gestellten Diagnosen führte die Gutachterin aus, im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich grösstenteils normgerechte Leistungen im Bereich der spezifischen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfunktionen manifestiert. Einzig bei Reaktionswechsel- und Umstellaufgaben, welche kognitive und motorische Flexibilität erforderten, zeigten sich nur knapp normgerechte bis geringfügig verminderte Leistungen sowie eine deutliche Verlangsamung, Reaktionsschwankungen in der komplexeren und zweigleisigen Daueraufmerksamkeit. Ausserdem zeige sich in der Daueraufmerksamkeit eine Zunahme der Reaktionszeiten im Verlauf, welche auf eine zunehmende Ermüd- und Erschöpfbarkeit (Fatigue) bei diesen komplexen und zweigleisigen Anforderungen an die Aufmerksamkeit hinweise. In klinischer Hinsicht manifestierten sich eine leichte motorische Unruhe und ein etwas gesteigerter Sprachantrieb (häufiges lautes Denken und Mitsprechen bei Aufgaben). Der Versicherte habe ausserdem angegeben, regelmässig jeweils morgens das ADHS-Medikament Concerta (54 mg) einzunehmen. Aufgrund der Testbefunde, der Verhaltensbeobachtungen und der anamnestischen Angaben sei zum heutigen Zeitpunkt von einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) auszugehen, welche jedoch medikamentös adäquat behandelt werde (Concerta) und sich nur leichtgradig manifestiere. Bezugnehmend auf die Leitlinien der Fachgesellschaft (Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Störung, Frei et. al., 2016) ergebe sich in Anbetracht der heutigen Testleistungen eine insgesamt als leicht zu beurteilende neuropsychologische Funktionsstörung mit im Vordergrund stehenden spezifischen attentionalen und exekutiven Leistungsminderungen, insbesondere in der Flexibilität und Daueraufmerksamkeit sowie in der Handlungsplanung und im Umstellvermögen / verbale Ideenproduktion. Die vormals gestellte Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS), resp. einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0) werde aufgrund der heute objektivierten Testleistungen, Verhaltensbeobachtungen und anamnestischen Angaben erhärtet. Diese Diagnose müsse aber vom Psychiater gestellt werden.

Des Weiteren führte die Gutachterin zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus, aufgrund der gesamthaft als leicht zu beurteilenden neuropsychologischen Funktionsstörung sei gemäss den Leitlinien der Fachgesellschaft (Frei et. al., 2016) theoretisch von einer ca. 10 ■ 30%igen Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt auszugehen, je nach Grad der Anforderung. In Bezug auf die angestammte Tätigkeit des Versicherten als Bankkaufmann, resp. im Bereich Administration/Büro schätze sie, Dr. phil. F.\_\_\_\_, die Leistungseinschränkung aus rein neuropsychologischer Sicht auf ca. 10

■ 20 % ein. In Bezug auf die vormalig ausgeübte Berufstätigkeit als Primarschullehrer gehe sie jedoch von einer etwas höheren Reduktion der Arbeitsfähigkeit von ca. 20 ■ 30 % aus, da die Anforderungen an die komplexere Handlungsplanung und die zweigleisige Daueraufmerksamkeit sowie an das Umstellvermögen/Flexibilität bei einer Lehrtätigkeit höher einzustufen seien. Umgekehrt gedeutet entspräche dies aus rein neuropsychologischer Sicht einer 80 ■ 90%igen Arbeitsfähigkeit (AF) als Bankkaufmann (bzw. im Bereich Büro / Administration) und einer 70 ■ 80%igen AF als Primarlehrer. Eine optimal leidensangepasste Tätigkeit sollte v.a. auf die Schwierigkeiten in der komplexeren Handlungsplanung (Umständlichkeit, Verlangsamung) und im Umstellvermögen sowie auf die Probleme in der komplexeren und zweigleisigen Daueraufmerksamkeit und in der Flexibilität (Verlangsamung, Schwankungen, zunehmende Ermüdbarkeit) Rücksicht nehmen. Der Beschwerdeführer arbeite derzeit mit 50%-Pensum im K.\_\_\_\_, im Bereich Administration / Büro. Eine versuchsweise Steigerung seines Pensums auf 60 % (ab 1. März 2023) sei bislang erfolglos geblieben. Der Beschwerdeführer würde sicher von einem ruhigen und ablenkungsarmen Arbeitsplatz mit klar von aussen vorgegebenen, gut strukturierten Abläufen profitieren. Auch ein gezieltes Pausenmanagement, Wechselbelastung, allenfalls flexible Arbeitszeiten bzw. die Möglichkeit phasenweise im Home-Office zu arbeiten, wären sicherlich hilfreiche Massnahmen, um die Arbeitsleistung weiter zu steigern. Der derzeitige Büroarbeitsplatz im K.\_\_\_\_ sei als leidensangepasst zu bezeichnen. Von einer Rückkehr in den Schuldienst würde sie, Dr. phil. F.\_\_\_\_, abraten, da dort schwerpunktmässig kognitive Anforderungen gestellt würden (Handlungsplanung, Umstellvermögen / Flexibilität, komplexere Daueraufmerksamkeit), wo sich heute im Testprofil die deutlichsten Schwierigkeiten manifestiert hätten. In einer wie oben beschriebenen gut strukturierten, ablenkungsarmen und flexiblen Arbeitsatmosphäre sollte der Versicherte aus rein neuropsychologischer Sicht kaum in seiner beruflichen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sein.

Die von der neuropsychologischen Gutachterin gestellten Diagnosen und die daraus folgende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vermögen gestützt auf die von ihr erhobenen neuropsychologischen Untersuchungsbefunde und Testresultate (s. S. 11 ff. des neuropsychologischen Teilgutachtens) zu überzeugen. Der Beweiswert des neuropsychologischen Teilgutachtens wird denn auch von den Parteien nicht bestritten. Somit kann darauf abgestellt werden.

## **E. 7.2**

7.2.1 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 9. April 2024 (A.S. 110 ff.) stellte die Gutachterin, Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnosen:

Sodann begründete die Gutachterin die von ihr gestellten Diagnosen in nachvollziehbarer Weise: Die kombinierte Persönlichkeitsstörung und das ADHS bildeten die Grundlage für die sekundäre Entwicklung einer depressiven Störung und der Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung, wobei der aktuell hohe Wert im Beck-Depressionsinventar symptomatisch auf klinischer Ebene keine schwere depressive Episode abbilde, da er auch Beschwerdesymptome enthalte, die sich in der Persönlichkeitsstörung niederschlugen. Eine Persönlichkeitsstörung weise tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster auf, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigten. Solche Verhaltensmuster seien meistens stabil und bezögen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gingen sie mit einem

unterschiedlichen Ausmass persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher (ICD-10 GM Version 23). Bezüglich des anankastischen Anteils zeige der Versicherte Gefühle von Zweifel, Perfektionismus, übertriebener Gewissenhaftigkeit, ständigen Kontrollen, Halsstarrigkeit, Vorsicht und Starrheit. Für die ängstlich-vermeidende Komponente sprächen Gefühle von Anspannung und Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeit. Es bestehe eine andauernde Sehnsucht nach Zuneigung und Akzeptiertwerden sowie die Überbetonung potentieller Gefahren oder Risiken alltäglicher Situationen bis zur Vermeidung bestimmter Aktivitäten. Eine Verifizierung dieser Diagnose habe durch das SCID-5-PD (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM5-Persönlichkeitsstörung) stattgefunden, bei dem für die anankastischen und ängstlich-vermeidenden Anteile 15 von 18 Fragen positiv beantwortet worden seien. Der Versicherte zeige ein überdauerndes Muster von innerem Erleben, das merklich von der soziokulturellen Umgebung abweiche (DSM 5). Dies äussere sich in den stark überhöhten Selbstansprüchen, in der überkorrekten bzw. zwanghaft genauen Ausführung seiner Aufgaben, sei es im Haushalt oder in der ehemaligen Tätigkeit als Primarschullehrer als auch im Rahmen der Integrationsmassnahme, in welcher er auch Tätigkeiten übernommen habe, die ihm nicht zugeteilt worden seien. Aufgrund seiner übermässigen Exaktheit sei er in seinem Arbeitstempo verlangsamt, verbunden mit der Sorge, nicht zu genügen und den eigenen Ansprüchen nicht gerecht zu werden. Die zwanghafte Komponente habe sich im privaten Bereich auch am Festhalten am Lacrosse-Training gezeigt, obgleich seine energetischen Ressourcen schon deutlich ausgeschöpft gewesen seien. Hierdurch habe er auch eine von ihm befürchtete Konflikt- oder Ausgrenzungssituation vermieden und sich vor dem Vorwand der Loyalität die weitere Akzeptanz des Teams gesichert. Die ängstlich-vermeidende Komponente zeige sich in der steten Verfügbarkeit seinen Eltern gegenüber, sei es in der jahrelangen Betreuung seines behinderten Bruders oder der Hilfe beim Bauen der diversen Häuser seines Vaters. Es sei aus psychodynamischer Perspektive davon auszugehen, dass der Versicherte sich nicht habe widersetzen können, da ihm diese Art der Unterstützung Anerkennung der Eltern gesichert habe und er eine Zurückweisung und Auseinandersetzung gefürchtet habe. Hier zeige sich neben dem Wunsch nach Zuneigung auch die vermeidende Persönlichkeitskomponente im Sinne einer andauernden Konfliktvermeidung, deren Grundlage schon in der Kindheit gebildet worden sei. So sei ihm wichtig gewesen, die anfallenden Anforderungen zu erledigen, sich selbst zurückzunehmen, um die Mutter nicht zu belasten. In Situationen, in denen er Schwäche gezeigt habe und in Tränen ausgebrochen sei, sei sein ältester Bruder schnell zur Stelle gewesen, der diese offensichtliche Bedürftigkeit des Versicherten unterbunden habe, indem er selbst gestraft oder mit der Bestrafung durch den Vater gedroht habe. Des Weiteren habe sich die vermeidende Komponente sehr deutlich in der Phase der Integrationsmassnahme gezeigt, in welcher es darum gegangen sei, sich mit einer neu definierten beruflichen Zukunft auseinanderzusetzen. Was der Abschlussbericht des Belastbarkeits- und Aufbautrainings als «harzig» bezeichne und im psychiatrischen Teilgutachten der D.\_\_\_\_ mit «ratlos» benannt werde, sei Ausdruck der ängstlichen Vermeidung, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen, auch aus Angst vor einem weiteren «Versagen». Diese aufgeführten Verhaltensmuster seien «unflexibel, tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen» sowie «stabil und langandauernd» und der Beginn sei mindestens in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen (DSM 5). Die in der kombinierten Persönlichkeitsstörung subsummierten Denk- und Verhaltensmuster hätten beim Versicherten schliesslich «in klinisch bedeutsamer Weise zu

Leiden» und «Beeinträchtigungen in sozialen und beruflichen(...)Funktionsbereichen» geführt. Der Versicherte habe seinen Beruf als Primarlehrer aufgegeben, seine Partnerschaft sei unter seiner Rigidität und der letztlich erfolgten Dekompensation zerbrochen, die zu Inanspruchnahme psychiatrisch- psychotherapeutischer Hilfe und der Inanspruchnahme von folgend notwendigen IV- Leistungen geführt habe.

Das seit dem Primarschulalter bestehende und damals diagnostizierte ADHS-Syndrom, das bis zur Oberstufe mit Ritalin® und heute mit Concerta® behandelt werde, weise Überschneidungen mit Merkmalen der Persönlichkeitsstörung auf, von denen auszugehen sei, dass sie einander aufrechterhielten und situativ auch gegenseitig verstärkten. Der Versicherte berichte, sich noch heute schlecht konzentrieren zu können, wenn er nicht in Gesellschaft arbeite oder sich als Primarlehrer vorbereitet habe, er leide ■ wie häufig Personen mit einer ADHS-Symptomatik ■ unter einem schlechten Selbstwertgefühl, versuche die Desorganisation durch rigides Strukturieren von Abläufen und freiwilliger Übernahme von selbstauferlegter Verantwortung im persönlichen als auch im beruflichen Kontext zu kompensieren. Auch die Verlangsamung im Arbeitstempo aufgrund von Hyperfokussierung sei ein Symptom dieser Störung. Gleichzeitig weise die gehäuft vorkommende Störung unter den Geschwistern des Patienten auf eine Heredität hin.

Die vorliegende depressive Störung persistiere seit Beginn der Dekompensation und Krankschreibung auf derzeit leichtem Niveau. Sie begründe die Dekompensation im Februar 2019 und sei als Folgereaktion auf die dysfunktionalen Persönlichkeitsaspekte und das ADHS zu werten. Aufgrund des hohen Drucks im Rahmen des inhärenten Strebens nach Perfektionismus und der hohen Selbstansprüche bei gleichzeitig fehlender Wertschätzung (durch manche Schüler) habe der Versicherte im Spätjahr 2018 eine zunehmend schwere depressive Symptomatik mit Suizidgedanken, schweren Schlaf- und Antriebsstörungen, schweren Konzentrationsstörungen, schwer depressivem Affekt, Alibidämie, Schuldgefühlen, Gewichtsabnahme, Vernachlässigung der Körperpflege und Kopf- und Nackenschmerzen entwickelt, was gesamthaft Zeichen einer kompletten Überforderung gewesen sei, die in eine länger andauernden Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Angesichts des aktenkundigen Verlaufs sei davon auszugehen, dass die schwere depressive Symptomatik sich spätestens ab Sommer 2019 zurückzubilden begonnen habe, da es dem Versicherten möglich geworden sei, sich mit dem Thema der Integrationsmassnahme auseinanderzusetzen, was in verschiedenen E-Mail-Korrespondenzen (IV-Protokoll) deutlich werde. Aufgrund des Verlaufs der Integrationsmassnahme könne davon ausgegangen werden, dass durchgängig eine depressive Symptomatik mit Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, depressiven Ängsten, sehr rascher Erschöpfbarkeit und Energiemangel mit zwingenden Erholungsphasen zuhause, Schuldgefühlen und Insuffizienzgefühlen mit begleitender Schmerzsymptomatik vorgelegen habe, die in Situationen des subjektiv erlebten Drucks zugenommen habe und mit beträchtlichem Konsum von Schmerzmedikamenten einhergegangen sei. Eine depressive Symptomatik sei bis heute nachzuweisen, wobei sich diese überwiegend als leichte Restsymptomatik in der Erschöpfbarkeit und in Versagensängsten sowie Grübeln zeige. Bis mit Datum des Austrittsberichts der H. \_\_\_ vom 13. Juli 2021 habe eine nahezu volle Arbeitsunfähigkeit bestanden (20 % Arbeitsfähigkeit ab April 2021 in angepasster Tätigkeit) und eine attestierte weiterhin bestehende mittelgradige depressive Episode (bei Fortbestehen der oben aufgeführten Diagnosen.) Die depressive Symptomatik habe sich im weiteren Verlauf zurückgebildet, ab 1. September

2022 habe der Versicherte sein Pensum im freien Arbeitsmarkt erhöhen können, sodass medizinisch-theoretisch ■ in Anbetracht des Vorhandenseins der Grundstörungen ■ auch von einer weiteren Stabilisierung hinsichtlich der depressiven Symptomatik ausgegangen werden könne.

Die ebenfalls als sekundär zu wertende Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung sei bei mangelnder Fähigkeit, sich affektiv mitzuteilen und sich als integrative Einheit von Körper und Geist zu empfinden, als dysfunktionale Entwicklung im Sinne der Vermeidung der introspektiven Auseinandersetzung mit den dysfunktionalen Mustern zu verstehen, was im Telefonat mit dem behandelnden Psychiater Dr. med. G. \_\_\_ vom 9. April 2024 nochmals bestätigt worden sei. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung zeichne sich aus durch einen andauernden, schweren und quälenden Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden könne. Er trete in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukomme. Die Folge sei meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung. All diese Voraussetzungen erfülle die Schmerzsymptomatik des Versicherten. Besonders werde deutlich, dass eine Verstärkung seiner Nacken- und Kopfschmerzsymptomatik zunehme, wenn er sich verstärkt unter Druck setze, d.h., dass eine deutliche Korrelation mit einer emotionalen Komponente bestehe. In der Biographie des Versicherten fänden sich bis zur Entwicklung und Manifestation der depressiven Störung keine Ereignisse vergleichbarer Art.

7.2.2 Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers führte die psychiatrische Gutachterin aus, dem Versicherten sei die Tätigkeit als Primarlehrer nicht mehr zumutbar. Er sei für diese Tätigkeit ab 25. Februar 2019 als zu 100 % arbeitsunfähig zu erachten. So würden in den fachpsychiatrischen Berichten aus den Vorakten gesamthaft Schwierigkeiten in der Abgrenzungsfähigkeit, ein überdimensional hohes Verantwortungsgefühl, ebensolche Selbstanforderungen, die schon bei der Wohnungsreinigung zu Drucksituationen mit Schmerzexazerbation führten, sowie immense Schuldgefühle, die vom Versicherten empfundene Verantwortung Schülern und Lehrern gegenüber gerecht zu werden, aufgeführt. Schon alleine die Tatsache, dass der Versicherte eine durch die IV finanzierte Integrationsmassnahme durchlaufen habe, zeige auf, dass eine deutliche und länger anhaltende Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, welche die Durchführung dieser Integrationsmassnahme gerechtfertigt habe. In dem sehr ausführlichen und differenziert die Fähigkeiten und Ressourcen des Versicherten beschreibenden Abschlussbericht derselben, würden in weiten Teilen übereinstimmend die Einschränkungen des Versicherten beschrieben, welche auch von psychiatrischer Seite aufgeführt würden. Die aktuelle Tätigkeit in der Administration des «K. \_\_\_» entspreche einer Tätigkeit, in der der Versicherte seine Ressourcen optimal nutzen könne. Er arbeite in einem kollegial angenehmen Umfeld. Die Tätigkeiten, welche er ausführe, seien betriebsintern, ein direkter, heisse persönlicher Kontakt, sei nicht notwendig, was für den Versicherten eine Entlastung bedeute, da er Schwierigkeiten nicht nur mit der eigenen Affektdifferenzierung, sondern auch der Affektdifferenzierung des Gegenübers habe. Die Arbeit im «J. \_\_\_», das Dienstleistungen im Kindes- und Erwachsenenschutz (KESB) ausführe, entspreche den Wertevorstellungen des Versicherten, eine sinnvolle Tätigkeit auszuführen. Die Leistungsfähigkeit sei aufgrund der Umständlichkeit, der Rigidität im Denken und der überhöhten Selbstansprüche auf der Handlungsebene leicht reduziert, da der Versicherte

vermehrt Pausen benötige. Insgesamt sei hierdurch in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen, eine reduzierte Leistungsfähigkeit von 10 ■ 20 % eingeschlossen.

Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die von der psychiatrischen Gutachterin attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag.

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 in E. II. 7.2.1 hiavor verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass die Diagnosen ADHS und persistierende depressive Störung leichtgradig ausgeprägt sind, während bei der diagnostizierten kombinierten Persönlichkeitsstörung mit anankastischen und ängstlich- vermeidenden Zügen aufgrund der gutachterlichen Ausführungen von einer mittelgradigen Ausprägung auszugehen ist.

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). Die psychiatrische Gutachterin führte diesbezüglich aus, das seit dem Primarschulalter bestehende und damals diagnostizierte ADHS-Syndrom, das bis zur Oberstufe mit Ritalin® und heute mit Concerta® behandelt werde, weise Überschneidungen mit Merkmalen der Persönlichkeitsstörung auf, von denen auszugehen sei, dass sie einander aufrechterhielten und situativ auch gegenseitig verstärkten. Zudem ergäben sich zwischen den Diagnosen und der einhergehenden Symptomatik Schnittmengen, die ADHS-Symptomatik und die Symptome der Persönlichkeitsstörung unterhielten die depressive Störung, die depressive Störung sei wiederum stark mit der somatoformen Schmerzstörung korreliert.

Somit sind gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ressourcenhemmende Wirkung der Komorbiditäten erstellt.

Gestützt auf diese Ausführungen ist somit zusammenfassend festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer neben negativen auch positive soziale und persönliche Ressourcen vorliegen.

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 führte die psychiatrische Gutachterin aus, aufgrund eines hohen Leidensdrucks habe sich der Versicherte nach Krankenschreibung durch den Hausarzt im Februar 2019 in psychotherapeutische Behandlung begeben und ein halbes Jahr nach Therapiebeginn die Suche nach einem neuen Psychiater initiiert, da er sich intensiver mit seinen dysfunktionalen Anteilen auseinandersetzen gewünscht habe und ihm dies mit der zuerst aufgesuchten Psychologin nicht gelungen sei. Im Verlauf habe er sich in stationäre Behandlung begeben, was den vorhandenen Leidensdruck und den Wunsch nach Verbesserung seines Gesundheitszustands ebenfalls aufzeige. Auch die in der Untersuchungssituation erhobenen und dargelegten Symptome und Funktionseinbussen seien vollumfänglich konsistent und plausibel und bildeten die erhobenen aktenkundigen Untersuchungsbefunde im gesamten Krankheitsverlauf bis zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung durch die Referentin umfänglich ab.

Gestützt auf diese Ausführungen ist somit von einem ausgewiesenen Leidensdruck auszugehen.

7.2.3 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. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 7.3.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag die gutachterliche Einschätzung einer aus psychiatrischen Sicht um 50 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zu überzeugen.

7.3 Gestützt auf die beiden beweismässigen Teilgutachten vermag sodann auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 9. April 2024 (A.S. 100 ff.) zu überzeugen. Hierzu hielten die Gutachterinnen fest, die Diagnose des ADHS bzw. die Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0) habe aufgrund der objektivierten Testleistungen, Verhaltensbeobachtungen und anamnestischen Angaben durch die neuropsychologische Gutachterin erhärtet werden können. Sie beschreibe eine 70 ■ 80%ige Arbeitsfähigkeit als Primarlehrer, d.h. es bestehe eine 20 ■ 30%ige Einschränkung in dieser ehemals durch den Versicherten ausgeführten Tätigkeit. Im Bereich Administration / Büro könne übereinstimmend von einer Leistungseinschränkung von 10 ■ 20 % ausgegangen werden. Die im neuropsychologischen Teilgutachten angegebene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit respektive der Leistungsfähigkeit addierten sich nicht zu der psychiatrisch beschriebenen Arbeitsunfähigkeit respektive Leistungsminderung, da psychiatrischerseits ebenfalls die klinische Diagnose eines ADHS gestellt worden sei. In Zusammenschau dieser mit der Persönlichkeitsstörung, der depressiven Störung und der Somatisierungsstörung ergebe sich psychiatrischerseits eine gesamthaft höhere Arbeitsunfähigkeit aber keine höher gewichtete Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Somit gilt die im psychiatrischen Teilgutachten festgelegte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und in einer angepassten Tätigkeit auch aus interdisziplinärer Sicht.

7.4 Schliesslich wurde im Gutachten zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit Folgendes ausgeführt: Der Gesundheitszustand habe einen Wechsel im Verlauf in der Hinsicht gehabt, dass die Belastung, die Leistungsfähigkeit und hieraus resultierende Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zugenommen hätten. Es ergebe sich folgender Verlauf der Arbeitsunfähigkeit für die aktuell angepasste Tätigkeit:

Diese Verlaufsbeurteilung vermag zu überzeugen und wurde von der psychiatrischen Gutachterin anhand der medizinischen Vorakten auf S. 41 ■ 44 nachvollziehbar dokumentiert, wobei es sich bei der Beurteilung «100 % Arbeitsunfähigkeit vom 25. Februar 2019 bis 31. März 2019» offensichtlich um einen Verschrieb handelt. So hielt die Gutachterin auf S. 44 des Teilgutachtens fest, angesichts der Dokumentation des Krankheits- und inhärenten Symptomverlaufs sei aus gutachterlicher Perspektive klar zu konstatieren, dass der Versicherte vom Datum des ersten Arbeitsunfähigkeit-Attestierung vom 25. Februar 2019 bis 30. März 2021 zu 100 % auch in angepasster Tätigkeit arbeitsunfähig gewesen sei, wobei am 25. Februar 2019 eine vollständige und anhaltende Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als Primarlehrer bestanden habe und weiterhin bestehe. Zudem hielt die Gutachterin auf S. 55 (A.S. 164) ihres Gutachtens fest, im Längsschnittverlauf seien die Fähigkeiten gemäss Mini ICF (s. S. 53 des Teilgutachtens) des Beschwerdeführers zwischen dem Zeitpunkt der ersten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 25. Februar 2019 und dem 1. April 2021 schwer eingeschränkt gewesen, was für diesen Zeitpunkt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit bedeute. Mit Aufnahme der beruflichen Tätigkeit und im Verlauf der Hospitalisation in der H. \_\_\_ habe sich der Versicherte zu stabilisieren begonnen, sodass ihm im freien Arbeitsmarkt eine schrittweise Erhöhung des Pensums und eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ab August 2022 möglich gewesen sei. Auf die obengenannte

Verlaufsbeurteilung ist somit abzustellen.

7.5 Im Übrigen wird das Gutachten vom Beschwerdeführer nicht bestritten und die Beschwerdegegnerin bringt diesbezüglich nur rudimentär vor, im Hinblick darauf, dass das Gerichtsgutachten zu einem diametral anderen Ergebnis gelange als das als nachvollziehbar zu bezeichnende Verwaltungsgutachten der D.\_\_\_\_ und die Leistung des Beschwerdeführers effektiv über eine insgesamt doch 13-monatige Dauer mehr als 50 % betragen habe, sei die Beweiswertigkeit des Gerichtsgutachtens stark anzuzweifeln. Wie aber bereits in E. II. 6.1.2.1 hiervor dargelegt, vermag das psychiatrische Teilgutachten der D.\_\_\_\_ in beweismässiger Hinsicht nicht zu überzeugen. Zudem zeigt die psychiatrische Gutachterin in ihrem überzeugenden Gerichtsgutachten weitere Punkte auf, welche den Beweiswert des Gutachtens der D.\_\_\_\_ zusätzlich vermindern. Hierzu ist auf S. 44 ff. des psychiatrischen Teilgutachtens (A.S. 153 ff.) zu verweisen.

7.6 Zusammenfassend ist somit auf das beweismässige bidisziplinäre Gerichtsgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie Dr. phil. F.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie und Neuropsychologie FSP, vom 9. April 2024 abzustellen.

## **E. 8**

8.1 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 4. Juli 2022 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109). Ausnahmsweise kann das Sozialversicherungsgericht aus prozessökonomischen Gründen aber auch die tatsächlichen Verhältnisse nach Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung in die richterliche Beurteilung mit einbeziehen, mithin den das Prozessthema bildenden Streitgegenstand in zeitlicher Hinsicht ausdehnen. Dies ist indessen nur zulässig, wenn der nach Erlass der angefochtenen Verfügung eingetretene, zu einer neuen rechtlichen Beurteilung der Streitsache ab jenem Zeitpunkt führende Sachverhalt hinreichend genau abgeklärt und die Verfahrensrechte der Parteien, insbesondere deren Anspruch auf rechtliches Gehör, respektiert worden sind (BGE 130 V 138).

8.2 Wie in E. II. 7.4 hiervor dargelegt, wurde der Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im beweismässigen bidisziplinären Gerichtsgutachten vom 9. April 2024 bis nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. Juli 2022 beurteilt und es ergaben sich daraus auch nach dem 4. Juli 2022 noch relevante Veränderungen der Arbeitsfähigkeit. Zudem verlangt auch der Beschwerdeführer in seinen mit Eingabe vom 28. Mai 2024 modifizierten Rechtsbegehren eine entsprechend abgestufte Rente (s. E. I. 8 hiervor). Den Parteien wurde zur Frage der Ausdehnung des Streitgegenstandes mit Verfügung vom 25. Juni 2024 (s. E. I. 10 hiervor) das rechtliche Gehör gewährt. Eine Ausdehnung des Streitgegenstandes erscheint vorliegend denn auch durchaus als gerechtfertigt, nachdem der diesbezügliche Sachverhalt durch das Gerichtsgutachten hinreichend genau abgeklärt wurde. Die Sache ist hinreichend geklärt und spruchreif, so dass sich eine zeitliche Ausdehnung des Streitgegenstandes rechtfertigt.

9. Nachfolgend ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

9.1 Beim Valideneinkommen handelt es sich um eine hypothetische Grösse, indem nicht 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 seit August 2018 als Primarlehrer tätig. Diese vor Eintritt der Invalidität zuletzt ausgeübte Tätigkeit hat der Beschwerdeführer im Jahr 2019 unbestrittenermassen aus gesundheitlichen Gründen verloren, weshalb auf das dort erzielte Einkommen abzustellen ist. Der im Jahr 2019 erzielte Bruttolohn betrug CHF 6'705.00 pro Monat bzw. CHF 87'165.00 pro Jahr (13 x CHF 6'705.00; vgl. IV-Nr. 9). Wie der Beschwerdeführer sodann zurecht darauf hinweist, stützte sich seine Anstellung auf den Gesamtarbeitsvertrag vom 25. Oktober 2004 (BGS 126.3; vgl. Vereinbarung betreffend Kündigung vom 17. Mai 2019; IV-Nr. 9, S. 11). Gestützt darauf erfolgte eine jährliche Lohnerhöhung zufolge einer höheren Erfahrungsstufe, welche in den ersten zehn Anstellungsjahren 3.5 % pro Jahr beträgt (vgl. Beschwerdebeilage 7). Somit ist das Einkommen für die Berechnung der Valideneinkommen für die Jahre 2021 und 2022 unter Berücksichtigung des Erfahrungszuschlags sowie der Nominallohnerhöhung entsprechend aufzurechnen. Dies ergibt für das Jahr 2021 ein Valideneinkommen von CHF 93'817.55 (87'165.00 + Erfahrungszuschlag von 3.5 % für die Jahre 2020 und 2021; zuzüglich Nominallohnerhöhung 2019 ■ 2021 [Nominallohnindex Männer, Basis 2010 = 100, Sparte 84, Öffentliche Verwaltung] :105.1 x 105.6) sowie für das Jahr 2022 ein Valideneinkommen von CHF 98'020.70 (CHF 93'817.55 + Erfahrungszuschlag von 3.5 % für das Jahr 2022; zuzüglich Nominallohnerhöhung 2021 ■ 2022 [:105.6 x 106.6]).

## 9.2

9.2.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach konstanter Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Da es sich bei der vom Beschwerdeführer aktuell ausgeübten Tätigkeit bei der K.\_\_\_\_ gemäss der Beurteilung aus dem beweiswertigen Gerichtsgutachten um eine den Leiden angepasste Tätigkeit handelt und der Beschwerdeführer diese Tätigkeit in dem ihm gemäss Gutachten zumutbaren Pensum von 50 % ausübt, ist zur Berechnung des Invalideneinkommens grundsätzlich auf das dort erzielte Einkommen abzustellen.

9.2.2 In diesem Zusammenhang ist aber noch auf den Umstand einzugehen, dass der Beschwerdeführer gemäss den mit Eingabe vom 28. Mai 2024 eingereichten Lohnunterlagen sein bisheriges 50%-Pensum von März 2023 bis November 2023 auf 60 % sowie von Dezember 2023 bis März 2024 auf 80 % erhöhte (vgl. Beschwerdebeilage 5) und erst ab April 2024 wieder in dem gemäss Gerichtsgutachten zumutbaren Pensum von 50 % tätig war.

Der Beschwerdeführer stellt sich diesbezüglich auf den Standpunkt, er habe weder im Rahmen des 60%-Pensums noch im Rahmen des 80%-Pensums je eine entsprechende Stundenzahl geleistet oder Leistung erbracht. Versuche, mehr und intensiver zu arbeiten, seien mit einer sofortigen Verschlechterung des Gesundheitszustands und einem Abfall der Leistungsfähigkeit bis hin zu Totalausfällen bezahlt worden. Die Leistungsfähigkeit habe sich nie über 50 % bewegt. Inzwischen erbringe er eine konstante Leistung zwischen 40 ■

45 %, die er gesundheitlich «prästiere». Dass in den Lohnabrechnungen keine Krankheitsleistungen ersichtlich seien und der Beschwerdeführer im Dezember 2023 dennoch einen Bonus erhalten habe, sei schlicht und ergreifend auf das ausserordentliche Entgegenkommen der Arbeitgeberin zurückzuführen. Die Arbeitgeberin K. \_\_\_ sei im sozialen Bereich tätig und die Geschäftsführerin, L. \_\_\_, sei überdies die Mutter der Ex-Freundin des Beschwerdeführers. Es bestehe damit auch eine Näheverhältnis, welches das überdurchschnittliche Entgegenkommen erkläre. Die Ausführungen des Beschwerdeführers werden sodann auch im Schreiben der aktuellen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, der K. \_\_\_ vom 24. Mai 2024 (Beschwerdebeilage 6) bestätigt. Darin führte die Geschäftsführerin L. \_\_\_ aus, der Beschwerdeführer arbeite nach wie vor 50 % und erbringe während dieser Zeit eine Arbeitsleistung von 40 ■ 45 %. Zeitweilig habe er versucht, das Pensum zu steigern mit dem Resultat, dass er körperlich reagiert habe und ein deutlicher Abfall seiner Leistungsfähigkeit beobachtbar gewesen sei. Er habe über starke Kopfschmerzen geklagt und es sei deswegen auch zu Ausfällen gekommen. Zurzeit schein das 50%-Arbeitspensum für seine psychische und physische Verfassung richtig zu sein.

Im Lichte des beweiswertigen Gerichtsgutachtens vom 9. April 2024, wonach der Beschwerdeführer aufgrund der gestellten Diagnosen ■ auch während der vorerwähnten Pensumserhöhungen von März 2023 bis März 2024 ■ durchgehend zu 50 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war, erscheinen die diesbezüglichen Ausführungen des Beschwerdeführers und der Arbeitgeberin, wonach der Beschwerdeführer trotz der zeitweisen Pensumserhöhung seine Leistungsfähigkeit nicht über 50 % zu steigern vermocht habe, nachvollziehbar und glaubhaft, zumal die gutachterliche Untersuchungen in der Zeit stattfanden, in welcher der Beschwerdeführer sein Pensum erhöht hatte. Die von der Beschwerdegegnerin dargelegten Argumente vermögen an diesem Beweisergebnis nichts zu ändern. So wurde das Gerichtsgutachten dem Vertreter des Beschwerdeführers, wie von diesem dargelegt, erst mit Verfügung vom 15. April 2024 zugestellt, womit der implizite Vorwurf der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer habe sein Pensum per April 2024 erst reduziert, nachdem er Kenntnis vom Resultat des Gutachtens gehabt habe, nicht verfährt, zumal der Beschwerdeführer auch gegenüber der Gutachterin angab, er habe lediglich von Dezember 2023 bis März 2024 in einem 80%-Pensum gearbeitet. Sodann macht die Beschwerdegegnerin geltend, es kämen Zweifel auf, wenn die fehlende Arbeitsleistung in der Eingabe vom 28. Mai 2024 mehrmals betont werde, der Beschwerdeführer anlässlich der gerichtlichen Begutachtung aber in klarem Widerspruch kundtue, er baue die von Dezember 2023 bis März 2024 generierten Überstunden nun wieder ab (S. 34 des psychiatrischen Teilgutachtens der Dr. med. E. \_\_\_ vom 9. April 2024). Dem ist Folgendes entgegenzuhalten: Wie diesbezüglich aus den Audioaufnahmen der 2. Psychiatrischen Exploration vom 22. Februar 2024, ab ca. 1 Stunde 9 Minuten, hervorgeht, gab der Beschwerdeführer gegenüber der Gutachterin nicht ■ wie im Gutachten fälschlicherweise festgehalten wurde ■ an, von Dezember bis ca. März 2024 habe er 80 % gearbeitet, jetzt baue er die Überstunden wieder ab. Vielmehr hat er gegenüber der Gutachterin erklärt, der Arbeitsvertrag sei rückwirkend per Dezember 2023 auf 80 % erhöht worden, damit er seine Überstunden wieder abbauen könne. Weiter gab der Beschwerdeführer an, diese Pensenerhöhung dauere längstens bis März 2024. Diese Ausführungen passen denn auch zu den Aussagen des Beschwerdeführers gegenüber der Gutachterin, er arbeite häufig länger, da seine Leistungsfähigkeit tiefer als das grundsätzlich vereinbarte 50%-Pensum ausfalle. Zusammenfassend ist somit im Resultat davon auszugehen, dass die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers trotz

zeitweiliger Penumserhöhung nie höher als 50 % war.

9.2.3 Gemäss Schreiben der K. \_\_\_ vom 27. August 2022 (Beschwerdebeilage 4) war bzw. ist der Beschwerdeführer seit 1. April 2021 zu folgenden Pensen angestellt: Ab April 2021 20 %, ab 1. September 2021 30 %, ab 1. März 2022 40 % und ab 1. August 2022 50 % (Beschwerdebeilage 4). Da die ab 1. April 2021 vom Beschwerdeführer ausgeübten Pensen jeweils den gemäss Gerichtsgutachten zumutbaren Pensen entsprachen, ist für die Invalideneinkommen auf die in diesem Zeitraum erzielten Einkommen abzustellen. Dies ergibt gemäss den eingereichten Lohnunterlagen (Beschwerdebeilage 5) folgende Invalideneinkommen: Ab 1. April 2021 CHF 15'925.20 (CHF 1'327.10 [monatliches Bruttoeinkommen inkl. 13. Monatslohn] x 12); ab 1. September 2021 CHF 23'887.80 (CHF 1'990.65 x 12); ab 1. März 2022 CHF 31'849.80 (CHF 2'654.15 x 12); ab 1. August 2022 CHF 39'812.40 (CHF 3'317.70 x 12).

9.3 Aus den vorgenannten Validen- und Invalideneinkommen ergeben sich folgende Invaliditätsgrade:

9.4

9.4.1 Zum anwendbaren Recht ist sodann Folgendes festzuhalten: Der Beschwerdeführer hat sich am 5. Juli 2019 zum Bezug von Rentenleistungen angemeldet. Somit könnte ein allfälliger Rentenanspruch in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. Januar 2020 entstehen. Sodann ist aus dem beweismässigen Gerichtsgutachten ersichtlich, dass das Wartejahr per 25. Februar 2020 abgelaufen ist. Demnach ist diesbezüglich das vor dem 1. Januar 2022 geltende Recht anwendbar. 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.

9.4.2 Des Weiteren gilt folgende Übergangsregel: Da der Beschwerdeführer am 1. Januar 2022 das 55. Altersjahr noch nicht vollendet hatte, gelangt für die Zeit ab 1. Januar 2022 weiterhin das frühere Recht zur Anwendung, falls unter diesem ein Anspruch entstanden ist und solange sich der Invaliditätsgrad nicht im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG verändert hat. Ist eine solche Veränderung gegeben, gilt für die Zukunft das neue Recht, ausser es führe bei höherem Invaliditätsgrad zu einer niedrigeren oder bei niedrigerem Invaliditätsgrad zu einer höheren Rente (vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung des IVG vom 29. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV], lit. b). Wie vorgehend dargelegt, ist ab 1. März 2022 von einem Invaliditätsgrad von 68 % sowie ab 1. August 2022 von einem Invaliditätsgrad von 59 % und damit ■ im Vergleich zum Invaliditätsgrad von 75 % per 1. September 2021 ■ von einer Änderung im Sinne von Art. 17 ATSG auszugehen. Somit gelangt diesbezüglich das ab 1. Januar 2022 geltende Recht zur Anwendung. Mit dem ab 1. Januar 2022 eingeführten stufenlosen Rentensystem in der IV wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und

nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (Art. 28b Abs. 1 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad von 50 ■ 69 Prozent entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent besteht wie bis anhin ein Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 bis 49 Prozent gilt eine Abstufung des Rentenanteils von 25 bis 47,5 Prozent (Abs. 4).

9.5 Gestützt auf die vorstehend errechneten Invaliditätsgrade hat der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der Dreimonatsregel gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV folgende Rentenansprüche: Vom 1. Februar 2020 bis 31. Mai 2022 hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Rente; vom 1. Juni 2022 bis 31. Oktober 2022 besteht ein Anspruch auf eine Rente von 68 %; ab 1. November 2022 hat der Beschwerdeführer einen Rentenanspruch von 59 %.

10. Schliesslich verlangt der Beschwerdeführer berufliche Eingliederungsmassnahmen. Wie jedoch aus dem Gerichtsgutachten vom 9. April 2024 ersichtlich ist, ist der Beschwerdeführer in seiner aktuell bei der K. \_\_\_ ausgeübten Tätigkeit optimal eingegliedert, weshalb der diesbezügliche Antrag abzuweisen ist.

11. Demnach ist die Beschwerde im Sinne der Erwägungen teilweise gutzuheissen.

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile des Bundesgerichts 9C\_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C\_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Anders verhält es sich, wenn zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen oder Taggeldleistungen beantragt worden sind, welchen nicht hätte entsprochen werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E 4.1).

Im vorliegenden Fall verlangte der Beschwerdeführer bis 31. Dezember 2021 eine ganze Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 79 % und ab 1. Januar 2022 eine Dreiviertel-Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 68 % (bis 30. September 2022) bzw. 60 % (ab 1. Oktober 2022). Die im Vergleich dazu vorliegend zugesprochenen Rentenleistungen (s. E. II. 9.5 hiervor) weichen davon nur leicht ab, weshalb sich diesbezüglich keine Reduktion der Parteientschädigung rechtfertigt. Dagegen wurde dem Antrag des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen nicht entsprochen, weshalb die Parteientschädigung pauschal um 1/6 zu reduzieren ist.

Im Lichte des zu beurteilenden Sachverhalts sowie der Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 4'603.40 festzusetzen (17.93 Std. x CHF 270.00 zuzügl. Auslagen von CHF 281.60 und MwSt. [7.7% auf CHF 3'397.10; 8.1 % auf CHF 1'725.60])

