

SO_GERICHTE VSBES.2022.163 vom 5. August 2022

SO Obergericht, 2022-08-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.163

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.163 du 5 août 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.163 del 5 agosto 2022

Erwägungen

E. 1

Juli 2019 eine Invalidenrente gestützt auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszurichten.

E. 1.2

Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 5. August 2022 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 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 Rechtssätze 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. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG). 2.2 Gemäss 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 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt

und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 S. 349 mit Hinweisen).

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 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 ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem Pensum von 50 % teilzeitig tätig sein kann. Gemäss der Tabelle des Bundesamtes für Statistik T18 (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) verdienen Männer ohne Kaderfunktion im Jahr 2018 in einem Pensum von 50 – 74 % durchschnittlich CHF 5'897.00 und damit weniger als Männer in einem Vollpensum (CHF 6'138.00), womit sich diesbezüglich ein Abzug rechtfertigt. Schliesslich ist auf die Frage einzugehen, ob aufgrund der beim Beschwerdeführer bestehenden Einschränkungen ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist. Im vorliegend relevanten interdisziplinären Gutachten vom 4. Februar 2022 (vgl. E. II. 4.4 hiervor) wurde bezüglich einer leidensangepassten Tätigkeit folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: Die Merkmale einer optimal angepassten Tätigkeit würden sämtliche Aufgaben umfassen, die kein hohes Mass an Dauerkonzentration, Daueraufmerksamkeit sowie Kreativität voraussetzen, ohne zu hohem Kundenkontakt, in einem kleinen Team und mit der Möglichkeit, sich zurückzuziehen, vorzugsweise mit klar strukturierten Aufgaben mit geregelten Arbeitszeiten und ohne Leistungsdruck. Da beim Beschwerdeführer gemäss Zumutbarkeitsprofil die genannten, nicht unerheblichen zusätzlichen Einschränkungen vorliegen, erscheint ein diesbezüglicher leidensbedingter Abzug ebenfalls gerechtfertigt. Weitere abzugsrelevante Kriterien wie das Lebensalter, die Dienstjahre, die Nationalität oder die Aufenthaltskategorie sind zu verneinen. Die neurechtliche Bestimmung in Art. 26 Abs. 2 IVV, welche bei einer Leistungseinschränkung von 50 % oder mehr einen Abzug von 10 % für Teilzeitarbeit vorsieht, fällt – entgegen dem Beschwerdeführer (vgl. Beschwerde S. 18; A.S. 21) – vorliegend ausser Betracht. 6.3 Demnach ist aufgrund der teilzeitbedingten Erwerbseinbusse und der bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, wobei ein Abzug von 10 % angemessen erscheint. Dies ergibt demnach einen Invaliditätsgrad von (gerundet) 58 % (Invalideneinkommen CHF 31'005.75 [CHF 34'450.85 abzüglich 10 %], Valideneinkommen CHF 73'416.55), womit der Beschwerdeführer – unter

Berücksichtigung des Wartejahres (Beginn: Februar 2019) gemäss Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 IVG – ab 1. Februar 2020 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. 7. Nach dem Gesagten ist in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 5. August 2022 aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Februar 2020 eine halbe Invalidenrente auszurichten.

E. 2

Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege mit dem Unterzeichneten als Rechtsbeistand zu bewilligung (recte: bewilligen).

E. 3

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). 3.2 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im gerichtlichen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. mit weiteren Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2, 9C_360/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 mit Hinweis). 3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist

entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. 3.4 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

E. 4

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Sinne von psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10: F17.24) Weiter legten die Gutachter dar, aus rein neuropsychologischer Sicht sei das zumutbare Arbeitspensum als kaufmännischer Mitarbeiter um 20 % eingeschränkt. Das zumutbare Arbeitspensum in einer angepassten Tätigkeit sei aus neuropsychologischer Sicht nicht eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht sei in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Servicefachangestellter sowie kaufmännischer Angestellter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Die Merkmale einer optimal angepassten Tätigkeit würden sämtliche Aufgaben umfassen, die kein hohes Mass an Dauerkonzentration, Daueraufmerksamkeit sowie Kreativität voraussetzten, ohne zu hohen Kundenkontakt, in einem kleinen Team und mit der Möglichkeit, sich zurückzuziehen, vorzugsweise mit klar strukturierten Aufgaben mit geregelten Arbeitszeiten und ohne Leistungsdruck (IV-Nr. 55 S. 121). 4.5 Am 21. März 2022 nahm der RAD-Arzt Dr. med. B.____ Stellung zum bidisziplinären Gutachten (IV-Nr. 58). Er hielt fest, das äusserst umfangreiche psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 4. Februar 2022 beruhe auf dem Studium der Akten, die gewürdigt würden, sowie einer eigenen eingehenden Exploration im Fachgebiet, einer psychometrischen Testung und einer neuropsychologischen Abklärung. Die dabei erhobenen Angaben zur Anamnese und festgestellten objektiven Befunde seien ausführlich dokumentiert und würden diskutiert. Die daraus abgeleitete diagnostische Beurteilung sei nachvollziehbar dargelegt und in sich schlüssig. Ein Vorbehalt sei hingegen anzubringen bezüglich der versicherungsmedizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, da der Gutachter selbst eine erhebliche Inkonsistenz des Gesamtbildes festgestellt habe, diese auch ausführlich darlege. Bezüglich der Diagnostik bestehe zwischen den Gutachten C.____ und D.____ weitgehende Übereinstimmung. Die Persönlichkeitsstörung werde von beiden Gutachtern diagnostiziert, wenn auch mit Nuancen in der Beurteilung der spezifischen Merkmale, was – wie vom Gutachter Dr. med. D.____ ebenfalls ausgeführt – keine versicherungsmedizinische Relevanz besitze. Dr. med. D.____ diagnostiziere zusätzlich eine Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung, der er jedoch bezüglich Auswirkungen auf

die Arbeitsfähigkeit eine klar untergeordnete Bedeutung beimesse. Insgesamt attestiere Dr. med. D. ___ dem Beschwerdeführer eine wesentlich höhere Arbeitsunfähigkeit als Dr. med. C. ___ im Oktober 2019, betone aber, dass es sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes handle. Der Gesundheitszustand sei unverändert. Auffallend sei das Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden, das deutlich diskrepant sei zum objektiven klinischen Bild. Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe gemäss Gutachten zudem Diskrepanzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und fremdanamnestischen Informationen einschliesslich der Aktenlage aufgezeigt. Ebenso Diskrepanzen zwischen der schweren subjektiven Beeinträchtigung und dem psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe. Für den Gutachter habe sich zusammenfassend ein in sich nicht schlüssiges, inkonsistentes Bild ergeben. Aus Sicht des RAD ergebe sich insgesamt kein zwingender Grund, wesentlich von der Beurteilung von Dr. med. C. ___ abzuweichen, was die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit betreffe. Diesbezüglich gehe der RAD ebenfalls von einer eher leichten Minderung der Leistungsfähigkeit um 30 % aus. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in den früheren Tätigkeiten als Kaufmann EFZ beziehungsweise Serviceangestellter lege der Gutachter hingegen nachvollziehbar dar, dass die Persönlichkeitsstörung vom Ausmass her kaum noch kompatibel sei mit diesen Berufsfeldern. Bezüglich des Beginns dieser Einschränkungen stütze sich der RAD unverändert auf die Festlegung durch Dr. med. C. ___, somit Beginn im Juli 2018. 5. Bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 5. August 2022 stützte sich die Beschwerdegegnerin aus medizinischer Sicht im Wesentlichen auf das bidisziplinäre (psychiatrische und neuropsychologische) Gutachten von Dr. med. D. ___ und Dr. sc. hum. E. ___ vom 31. Januar 2022 und 5. Februar 2022 (IV-Nr. 55). Das bidisziplinäre Gutachten geniesst vollen Beweiswert, entspricht es doch sämtlichen Anforderungen der Rechtsprechung (s. dazu E. II. 3.4 hiervor): Es stammt von unabhängigen Experten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beurteilen. Weiter haben die Experten den Beschwerdeführer zu seinen subjektiven Beschwerden, seinen Lebensumständen sowie seiner Vorgeschichte befragt, die objektiven Befunde erhoben und die wesentlichen Akten zur Kenntnis genommen. Auf dieser Grundlage befassten sich die einzelnen Experten sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. 5.1 In der neuropsychologischen Beurteilung (IV-Nr. 55 S. 130 ff.) wird zusammenfassend festgehalten, in der aktuellen Untersuchung habe der Beschwerdeführer viele gute kognitive Funktionen gezeigt. Sein allgemeines Arbeitstempo sei normal schnell gewesen. Seine Aufmerksamkeit sowie seine Handlungs- und Impulskontrolle während der sehr strukturierten Testsituation seien unauffällig gewesen bis auf die beim Test T.O.V.A. aufgefallene Aufmerksamkeitsstörung. Sein Vermögen zum logischen Denken und Schlussfolgern bei einem sprachfreien Test sei mit einem IQ von 99 im durchschnittlichen Bereich gelegen. Sein verbales und sein visuelles Gedächtnis sowie sein Arbeitsgedächtnis seien durchschnittlich gut gewesen. Seine Reaktionszeiten seien bei der gerichteten Aufmerksamkeit durchschnittlich gewesen. Dieser Test sei wesentlich kürzer als der Test T.O.V.A. und beinhalte drei Unterbrechungen. Bei dieser Dauer sei die Aufmerksamkeit unauffällig gewesen. Die Ergebnisse des wesentlich längeren und ohne Unterbrechung stattfindenden T.O.V.A. Tests seien auffällig gewesen und hätten auf eine deutliche Störung der Aufmerksamkeit hingewiesen. Beide Fragebögen hätten Hinweise auf ein ADHS

ergeben. Seine exekutiven Funktionen seien mehrheitlich gut gewesen. Die visuell-perzeptive Wahrnehmung und Rekonstruktion einer komplexen Figur sei strukturiert gewesen. Er habe im verbalen und im visuellen Bereich das Wesentliche erfassen können. Seine Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, seine kognitive Flexibilität und Umstellfähigkeit sowie seine Planungs- und Problemlösungsfähigkeit seien durchschnittlich gut gewesen, lediglich seine Wortflüssigkeit sei teilweise unter dem Durchschnitt gelegen. Beim Beschwerdeführer liege eine leichte neuropsychologische Störung vor, die seine Aufmerksamkeit, und teilweise seine Wortflüssigkeit, betreffe (Frei et al., 2016). Beim Beschwerdeführer sei das Vorliegen eines ADHS wahrscheinlich. Diese Einschätzung müsse psychiatrischerseits eingeordnet werden. Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe keine Hinweise für ein aggravierendes Verhalten ergeben. Das zumutbare Arbeitspensum als kaufmännischer Mitarbeiter sei aus neuropsychologischer Sicht um 20 % eingeschränkt. Das zumutbare Arbeitspensum in einer angepassten Tätigkeit sei aus neuropsychologischer Sicht nicht eingeschränkt. Diese Einschätzungen erweisen sich mit Blick auf den klinischen Befund und die Ergebnisse aus den durchgeführten Testungen als plausibel. 5.2 5.2.1 Im psychiatrischen Gutachten (IV-Nr. 55 S. 2 ff.) begründete der Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen gestützt auf die erhobenen Befunde in nachvollziehbarer Weise: Im Rahmen der aktuellen Exploration und Untersuchung am 23. November 2021 berichte der Beschwerdeführer über das Gefühl, sozial und ökonomisch gefangen zu sein, eine Tag-Nacht-Umkehr, Weinkrämpfe und Grübeln. Im Rahmen der gezielt systematisch explorierten aktuellen Beschwerden würden Störungen des Lang- und Kurzzeitgedächtnisses, Grübeln, Höhenangst mit Vermeidungsverhalten, rezidivierende Panikattacken, generalisierte und agoraphobische Ängste, Wahrnehmungsstörungen, eine wechselhafte Stimmung, ein Gefühl der inneren Unruhe, Gereiztheit, Ein- und Durchschlafstörungen, Tagesmüdigkeit, selbstverletzendes Verhalten und ein sozialer Rückzug angegeben. Im objektiven psychopathologischen Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien anlässlich der Untersuchung hätten bis auf eine phasenweise dysphorische Stimmung sowie eine psychomotorische Unruhe keine weiteren psychopathologischen Auffälligkeiten objektiviert werden können. Vorgetragen worden seien Zukunfts- und Existenzängste, Panikattacken, agoraphobische Ängste sowie ein sozialer Rückzug. Insgesamt habe der Beschwerdeführer nicht schmerzgequält gewirkt. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und der Bewusstseinsshelligkeit gezeigt. Im klinischen Eindruck hätten sich keine Hinweise auf umfassende und ausgeprägte kognitive Störungen ergeben. Es seien keine Auffassungs-, Gedächtnis-, Merkfähigkeits- oder Aufmerksamkeitsstörungen gefunden worden. Im Hinblick auf die Konzentration sei der Beschwerdeführer während des ganzen Untersuchungsverlaufs immer aufmerksam gewesen und habe sich auf die gestellten Fragen und die rasch wechselnden Themen einzustellen vermocht. Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei erhalten gewesen. Der formale Gedankengang sei in Kohärenz und Stringenz sowie im Tempo ungestört gewesen. Es seien keine krankheitswertigen inhaltlichen Denkstörungen feststellbar gewesen. Es seien keine strukturellen Ich-Störungen feststellbar gewesen. Hinweise für Wahn- oder Sinnestäuschungen in Form von Halluzinationen oder illusionären Verkennungen hätten nicht bestanden. Der Beschwerdeführer habe während der Exploration eine breite Variation an emotionalen Qualitäten gezeigt. Es hätten keine Affekteinbrüche während der Exploration bestanden. Der Beschwerdeführer sei auch bei kritischen Themen steuerbar gewesen. Gegenwärtig liege weder eine Insuffizienz oder eine Labilität der Affekte noch

ein kreisendes Denken oder Grübeln vor. Gestik und Mimik seien angemessen und würden die Stimmung affektsynthym unterstreichen. Spontanität und Eigeninitiative seien reduziert. Die soziale Teilnahme sei im privaten Bereich eingeschränkt. Anhand der Untersuchung würden sich keine Hinweise auf entsprechende psychosoziale Probleme von besonderem Schweregrad ergeben. Die Exploration des Tagesprofils weise auf ein reduziertes Alltagsaktivitätsniveau hin. Bei den Haushaltsarbeiten fühle sich der Beschwerdeführer aufgrund von psychischen Beschwerden eingeschränkt. Analog den Parametern der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an das Mini-ICF-APP bestünden mittelgradige Störungen der Aktivität und Partizipation im Bereich der Items Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zu Spontanaktivitäten und Fähigkeit zur Selbstpflege. Die Durchhaltefähigkeit sei hochgradig beeinträchtigt. Die Marker für einen chronischen Alkoholabusus (CDT (HPLC) und Ethylglucuronid) seien unauffällig gewesen. Das im Rahmen der aktuellen Abklärung durchgeführte Drogen-Screening im Urin sei für Cannabinoide positiv gewesen. Unter Würdigung der Versicherungsakte sowie der aktuellen Exploration und psychiatrischen Untersuchung sei diagnostisch gemäss den ICD-10-Kriterien, dem Diagnostikmanual der WHO, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit von einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter (ICD-10: F90.0) mit/bei leichter neuropsychologischer Störung mit/bei mittelschweren Einbussen bei der Aufmerksamkeit und leichten Einbussen bei der semantisch-kategoriellen Wortflüssigkeit, sowie einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden (= selbstunsicheren) und schizoiden Persönlichkeitszügen (ICD- 10: F61.0), sowie sonstigen abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (ICD-10: F63.8) (computerspielbezogene Störung [6C51, «Gaming Disorder»] in der ICD-11), DD riskantes Computerspiel («Hazardous Gaming», QE22), auszugehen. Zusammenfassend liege im Falle des Beschwerdeführers eine komplexe komorbide psychiatrische Störung mit ausgeprägter Dekonditionierung und einem sekundären Krankheitsgewinn vor, was nachfolgend diskutiert werde. Die durch den Beschwerdeführer im Rahmen der Untersuchung geltend gemachten kognitiven Beeinträchtigungen («Wenn ihn etwas interessiere, könne er sich sehr gut konzentrieren. Zu seinen Gedächtnisleistungen berichte der Beschwerdeführer, dass er sich nicht so gut an die Vergangenheit erinnern könne und auch das Kurzzeitgedächtnis nicht funktioniere») hätten klinisch nicht objektiviert werden können. Da für die gutachterliche Beurteilung das Ausmass der kognitiven Funktionsstörungen hinreichend reliabel und valide quantifiziert sein müsse, sei zur Beurteilung hinsichtlich des Defizitprofils und zur Quantifizierung von allfälligen Defiziten eine neuropsychologische Untersuchung, in der Regel als neuropsychologisches Zusatzgutachten, notwendig. Sogenannte «Kurztests» seien für die Begutachtung in keinem Fall ausreichend, ihre Validität in Bezug auf die Fragestellung sei nicht belegt. Aus diesem Grund sei eine neuropsychologische Zusatzbegutachtung in Auftrag gegeben worden (s. E. II. 5.1 hiervor). Gemäss den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchung vom 24. Januar 2022 liege im Falle des Beschwerdeführers mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte neuropsychologische Störung mit/bei mittelschweren Einbussen bei der Aufmerksamkeit und leichten Einbussen bei der semantisch-kategoriellen Wortflüssigkeit vor. Die Expertin habe in ihrem neuropsychologischen Gutachten explizit darauf hingewiesen, dass das durchgeführte Symptomvalidierungsverfahren keine Hinweise auf

eine Aggravation ergeben habe. Mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit seien die leichten Störungen der Aufmerksamkeit auf eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter zurückzuführen. Die Fragebögen zur ADHS-Diagnostik hätten sowohl im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung als auch im Rahmen der testpsychologischen Untersuchung beim Referenten Dr. med. D. ___ Hinweise auf eine ADHS ergeben. Die Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter sei ein klinischer Entscheidungsprozess. Ein wie auch immer gearteter biologischer oder sonstiger Test, mit dem die Diagnose gesichert werden könne, stehe nicht zur Verfügung. Des Weiteren zeige der Beschwerdeführer ein ausgeprägt unflexibles und rigides Verhalten, was allein mit der ADHS im Erwachsenenalter nicht erklärt werden könne, weswegen zusätzlich, wie bereits zuvor im psychiatrischen Gutachten von Herrn Dr. med. C. ___ vom 21. Oktober 2019 unter anderem als Diagnose aufgeführt, eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren sei. Die Diagnose der kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden (= selbstunsicheren) sowie schizoiden Persönlichkeitszügen ergebe sich aus der aktuellen biografischen, familiären und sozialen Exploration. Ein zeitlicher Zusammenhang akuter persönlicher und sozialer Konflikte mit dem Auftreten der jetzigen psychischen Symptome sei bereits in der speziellen Anamnese exploriert und dokumentiert worden. Als Informationsquelle für die vom Referenten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung seien neben den Eigenangaben im Rahmen der Exploration und der Würdigung der Informationen aus der Versicherungsakte (Längsschnitt) zusätzlich auch standardisierte Untersuchungsinstrumente (SCID-5-PD) eingesetzt worden (siehe Bericht von Frau lic. phil. H. ___, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP vom 19. Januar 2022). Überraschenderweise habe der Beschwerdeführer die Kriterien bei keiner der zehn erfassten Persönlichkeitsstörungen vollständig erfüllt, aber er habe charakteristische Symptome der vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung gezeigt. Somit habe er akzentuierte Persönlichkeitszüge der vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung aufgewiesen, was nach SCID-5-PD als «andere näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung» diagnostiziert werde. Zusätzlich würden sich aufgrund der Exploration und Untersuchung Hinweise auf schizoide Persönlichkeitszüge ergeben. Hauptmerkmale der ängstlich-vermeidenden (= selbstunsicheren) Persönlichkeitsstörung seien Gefühle der Unzulänglichkeit, eine Überempfindlichkeit gegenüber Kritik und die daraus resultierende soziale Hemmung. Hauptmerkmale der schizoiden Persönlichkeitsstörung seien Einzelgängertum, Isoliertheit, Distanziertheit, eingeschränkte emotionale Ausdrucksfähigkeit und ausgeprägte Autonomiebestrebungen in sozialen Beziehungen. In diesem Zusammenhang weise der Experte explizit darauf hin, dass es sich beim dem SCID-5-PD um einen Selbstbeurteilungsfragebogen zur Persönlichkeit handle, welcher als Screening-Instrument diene. Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung stütze sich vor allem auf die in der Versicherungsakte dokumentierten Verhaltensauffälligkeiten seit der Kindheit (Längsschnitt). Die Persönlichkeitsstörung sei im Falle des Beschwerdeführers sicher nicht gleichzusetzen mit einer mittelschweren oder gar schweren psychiatrischen Störung, die die Handlungs- und Willensfreiheit und / oder den Realitätsbezug (fast) vollständig verunmögliche. Der Beschwerdeführer erfülle die genannten Kriterien der Kategorie vor allem durch seine gestörte berufliche Reintegration aufgrund interaktioneller Konflikte. Mit Verweis auf die Ergebnisse des Fragebogens zur Erfassung von gesundheitsrelevanten Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS) scheine der Beschwerdeführer im Allgemeinen über eher gering ausgeprägte Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten

zu verfügen, was aufgrund des klinisch gewonnenen Eindrucks zumindest nicht in dem geltend gemachten Ausmass bestätigt werden könne. Gesamthaft könne somit eine leichte Ausprägung der Störung angenommen werden, die sich allerdings neben den psychosozialen Belastungsfaktoren, insbesondere der langjährigen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und der inzwischen erfolgten ausgeprägten Dekonditionierung sowie dem sekundären Krankheitsgewinn, negativ auf die berufliche Wiedereingliederung des Beschwerdeführers auswirke. Zusätzlich liege im Falle des Beschwerdeführers mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Spielsucht im Sinne von sonstigen abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (ICD-10: F63.8) (computerspielbezogene Störung (6C51, «Gaming Disorder») in der ICD-11), DD riskantes Computerspiel («Hazardous Gaming», QE22) vor. Zusätzlich sei es mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Falle des Beschwerdeführers auf dem Boden der ADHS und der kombinierten Persönlichkeitsstörung, bedingt durch die reduzierten Ressourcen/Bewältigungsstrategien (Copingstrategien), zur Entwicklung einer Angststörung gekommen. Der Beschwerdeführer habe beim BAI (das Beck-Angst-Inventar: ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Schwere von Angst bei Erwachsenen und Jugendlichen) insgesamt den Summenwert von 38 Punkten erreicht. Das Mass seiner subjektiv empfundenen Ängstlichkeit entspreche somit einer klinisch relevanten Angst (26 – 63 Punkte), was aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers und dem klinisch gewonnenen Eindruck nicht in dem Ausmass bestätigt werden könne. In seinem Falle seien neben einer Agoraphobie, gegenwärtig ohne Panikstörung (ICD-10: F40.0) auch spezifische (isolierte) Phobien (Höhenangst) (ICD-10: F40.2) zu diagnostizieren. Die Agoraphobie (F40.0) sei charakterisiert durch Furcht und Angst vor mindestens zwei typischen Situationen, wie z.B. dem Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel oder dem Aufenthalt in geschlossenen Räumen. Die Furcht oder Angst vor solchen Situationen geht einher mit Befürchtungen, dass etwas Schreckliches passieren könnte und Fluchtmöglichkeiten oder Hilfe nicht verfügbar seien. Die agoraphobische Situation werde aktiv vermieden oder unter intensiver Furcht oder Angst durchgestanden, eventuell mit einer Begleitperson, deren Nähe die Furcht- oder Angstreaktion abmildern könne. In ihrer stärksten Form sei die Vermeidung so ausgeprägt, dass die Person vollständig an ihr Zuhause gebunden sei, was hier nicht in dem Ausmass konstatiert werden könne. Der Beschwerdeführer habe angegeben, er vermeide so oft wie möglich grosse Menschenmassen, dementsprechend auch die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln, diese benutze er nur dann, wenn er keine andere Wahl habe. Ein striktes Vermeidungsverhalten lasse sich aber nicht erkennen. Der Beschwerdeführer sei imstande, allein das Haus zu verlassen, weshalb die Agoraphobie als leicht ausgeprägt diagnostiziert werden könne, allerdings ohne Panikstörung. Eine Agoraphobie manifestiere sich in der Hälfte der Fälle vor dem Alter von 35 Jahren und verlaufe unbehandelt typischerweise chronisch, nur 10 % remittierten vollständig. Die Agoraphobie habe im Falle des Beschwerdeführers keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zusätzlich seien im Falle des Beschwerdeführers spezifische (isolierte) Phobien (Höhenangst) (ICD-10: F40.2) zu diagnostizieren. Hierbei handle es sich um Phobien, die auf ganz spezifische Situationen beschränkt seien wie auf die Nähe bestimmter Tiere, Höhen, Donner, Dunkelheit, Fliegen, geschlossene Räume, Urinieren oder Defäzieren auf öffentlichen Toiletten, Verzehr bestimmter Speisen, Zahnarztbesuch, Anblick von Blut oder Verletzungen oder die Furcht, bestimmten Krankheiten ausgesetzt zu sein. Obwohl die auslösende Situation eng begrenzt sei, könne sie wie bei der Agoraphobie oder einer sozialen Phobie Panik auslösen.

Spezifische Phobien entstünden gewöhnlich in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter und könnten unbehandelt jahrzehntelang bestehen. Das Ausmass der eintretenden Behinderung hänge davon ab, wie leicht die betreffende Person die phobische Situation vermeiden könne. Im Gegensatz zur Agoraphobie wechsele das Ausmass der Furcht vor dem phobischen Objekt nicht. Die diagnostischen Kriterien einer isolierten Phobie (Höhenangst mit Vermeidungsverhalten) seien aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers ausgewiesen. Durch die spezifische Phobie sei der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. 5.2.2 Sodann führte der psychiatrische Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus, in der Tätigkeit als Servicefachangestellter und als kaufmännischer Angestellter sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgewiesen. Mit Verweis auf die im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung analog den Parametern der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an das Mini-ICF-APP ermittelten krankheitsbedingten Einschränkungen, verfüge der Beschwerdeführer gegenwärtig nicht ausreichend über entsprechende Fähigkeiten und Kompetenzen, um eine für den Arbeitgeber verwertbare Arbeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Restaurationsfachmann EFZ und als Kaufmann EFZ zu realisieren (IV-Nr. 55 S. 107 ff.). Die Merkmale einer optimal angepassten Tätigkeit umfassten sämtliche Aufgaben, die kein hohes Mass an Dauerkonzentration, Daueraufmerksamkeit sowie Kreativität voraussetzten, ohne zu hohem Kundenkontakt, in einem kleinen Team und mit der Möglichkeit, sich zurückzuziehen, vorzugsweise mit klar strukturierten Aufgaben mit geregelten Arbeitszeiten und ohne Leistungsdruck. In einer solch angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig bei vollem Rendement (IV-Nr. 55 S. 110 f.). Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der

diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 5.2.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass von einer leicht- bis mittelgradigen Ausprägung der gestellten Diagnosen auszugehen ist. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer mit einer Frequenz von 14 Tagen in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Herrn F.____, dort bei dem Psychologen Herrn I.____, befinde. Bis auf eine Tablette Duloxetin 30 mg morgens nehme er keine weiteren Medikamente ein. Die beruflichen Massnahmen seien aufgrund eines instabilen Gesundheitszustandes gescheitert. Der Beschwerdeführer zeige eine mangelnde Compliance im Hinblick auf die durchgeführten Eingliederungsmassnahmen. Die Kooperationsprobleme könnten nur teilweise krankheits-, respektive ressourcenbedingt erklärt werden. Aufgrund des Ausmasses der psychischen Störung sowie den geltend gemachten hochgradigen funktionellen Einschränkungen sei die bis dato durchgeführte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei dem jungen Beschwerdeführer nicht evidenzbasiert. Für die Behandlung der ADHS-Patienten sei die Diagnose und Behandlung von komorbiden Erkrankungen besonders bedeutsam, da auch diese eine gezielte Mitbehandlung erforderten. Des Weiteren sei die Indikation für eine Behandlung mit Methylphenidat zu prüfen. Die Indikation für eine Behandlung mit Methylphenidat sei im Falle des Beschwerdeführers erst nach Einhaltung der Abstinenz des weiteren Konsums von psychotropen Substanzen (Cannabinoiden) zu prüfen. Die Einhaltung der Abstinenz eines weiteren Konsums von Cannabinoiden sei ihm möglich und auch im vollen Umfang zumutbar. Zum jetzigen Zeitpunkt werde aufgrund der ausgeprägten Dekonditionierung, der komorbiden psychiatrischen Störung sowie Spielsucht eine stationäre Behandlung und erst anschliessend eine weitere ambulante Therapie mit einer Frequenz von mindestens sieben Tagen empfohlen (IV-Nr. 55 S. 93 f.). Eine Behandlungsresistenz ist demnach zu verneinen. Bezüglich Eingliederungserfolg resp. -resistenz sind dem Gutachten dagegen keine detaillierten Ausführungen zu entnehmen. Es ist aufgrund der gutachterlichen Erwägungen aber davon auszugehen, dass im Rahmen der attestierten Teilarbeitsfähigkeit keine Eingliederungsresistenz besteht. 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). Im vorliegenden psychiatrischen Teilgutachten wird eine ressourcenhemmende Wirkung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter, der kombinierten Persönlichkeitsstörung sowie der sonstigen abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle beschrieben und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren.

Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter fest, bei der Beurteilung der Aktivität würden sowohl Hemmnisse als auch Ressourcen des zu Begutachtenden berücksichtigt. Beim Beschwerdeführer resultierten gegenwärtig Einschränkungen der Aktivität aus Störungen der verhaltensbezogenen Funktionen und damit zusammenhängenden Funktionsstörungen. Bei der Bewertung der Aktivität sollte auch berücksichtigt werden, welche Aktivitäten einem Individuum aufgrund seiner vorhandenen psychischen Funktionen möglich sein sollten, auch wenn er diese aktuell (zum Beispiel aufgrund regressiver Tendenzen) nicht umsetze. An positiven Ressourcen hervorzuheben seien im Falle des Beschwerdeführers das Erreichen beruflicher Ziele, Interessen / Hobbys, gute familiäre Kontakte sowie therapeutische Bindung. An negativen Ressourcen hervorzuheben seien im Falle des Beschwerdeführers kein zielgerichtetes Verhalten und Handeln, kein Ehrgeiz, keine Ausdauer, keine Bereitschaft zur Veränderung. Seine Leistungs- und Veränderungsmotivation werde als niedrig eingeschätzt. Darüber hinaus bestünden keine Visionen, keine Ziele, keine Ideen, keine ausreichende soziale Kompetenz sowie keine ökonomische Stabilität. Zusätzlich bestünden krankheitsbedingt reduzierte Fähigkeiten sowie Kompetenzen. Analog den Parametern der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an das Mini-ICF-APP bestünden mittelgradige Störungen der Aktivität und Partizipation im Bereich der Items Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zu Spontanaktivitäten und Fähigkeit zur Selbstpflege. Die Durchhaltefähigkeit sei hochgradig beeinträchtigt (IV-Nr. 55 S. 106 f.). Es ist demnach beim Beschwerdeführer sowohl im persönlichen als auch im sozialen Kontext von gewissen Einschränkungen auszugehen. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Dem Gutachten ist diesbezüglich zu entnehmen, dass die gutachterliche Konsistenzprüfung Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben habe. Es bestünden Diskrepanzen zwischen den massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation, Diskrepanzen zwischen den eigenen Angaben und den fremdanamnestischen Informationen einschliesslich der Aktenlage sowie Diskrepanzen zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und dem psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung und zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe. Die Präsentation einer erheblichen Behinderung («Ich kann überhaupt nicht arbeiten») stehe nicht im Einklang mit der

Verhaltensbeobachtung und dem klinischen Befund, sei klinisch untypisch und daher nicht plausibel. Zusammenfassend ergäben die vorliegenden Befunde bei kritischer Würdigung ein in sich unschlüssiges, inkonsistentes Bild (Aktenlage, Eigenanamnese, Beobachtung, Untersuchungsbefunde, Selbsteinschätzungsskalen). Gleichmässige Einschränkungen des Alltagsaktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen lägen nicht vor (IV-Nr. 55 S. 96 f.). Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden, weshalb diesbezüglich von einem mittelgradigen Leidensdruck auszugehen ist.

5.2.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. So sind beim Beschwerdeführer neben ressourcenhemmenden Faktoren auch ressourcenfördernde Faktoren vorhanden. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 5.2.1 hiervor) und die vorstehende Indikatorenprüfung vermag auch die gutachterliche Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in den angestammten Tätigkeiten sowie einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten zu überzeugen. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass die psychiatrische Beurteilung von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum. Diesen hat das Gericht zu respektieren, sofern die Begutachtung die rechtlichen Rahmenbedingungen beachtet und der Experte *lege artis* vorgegangen ist (BGE 145 V 361 E. 4.1.2 S. 365). Dies trifft hier zu. Es liegen keine hinreichenden Gründe vor, um von der gutachterlichen Beurteilung abzuweichen, wie die Beschwerdegegnerin dies in der angefochtenen Verfügung, gestützt auf die Stellungnahme des RAD-Arztes vom 21. März 2022 (IV-Nr. 58), vorgenommen hat.

5.3 Gestützt auf die beweismässigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten zu überzeugen, wonach der Beschwerdeführer seit der Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin am 6. Februar 2019 in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist und für angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % besteht. 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 beweismässig. Der Beschwerdeführer hat dem in seiner Beschwerde auch nichts entgegenzuhalten. Die Beweiskraft des Gutachtens wird nicht bestritten.

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, Total, Kompetenzniveau 1, Männer. Dagegen wendet der Beschwerdeführer ein, das Valideneinkommen sei gestützt auf das Einkommen eines kaufmännischen Angestellten EFZ im vierzigsten Altersjahr, Lohnniveau 3, festzulegen. Die Beschwerdegegnerin verkenne, dass der Beschwerdeführer über zwei eidgenössische Fähigkeitszeugnisse und mehrere Diplome verfüge. Zudem verkenne sie, dass gesundheitliche Probleme dafür verantwortlich seien, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit kein höheres Einkommen habe erzielen können. Der Beschwerdeführer hat gemäss den ins Recht gelegten Akten in der Zeit von Februar 2003 bis Februar 2005 die J.____ besucht und das Diplom zum kaufmännischen Mitarbeiter in der Hotellerie erlangt (vgl. IV-Nr. 4 S. 17 f.). So hat er im Jahr 2002 die Lehre als Servicefachangestellter abgeschlossen (vgl. Fähigkeitszeugnis vom 4. August 2002; IV-Nr. 4 S. 15) und war von Februar 2002 bis Februar 2003 als Servicefachangestellter im K.____ in [...] tätig (vgl. IV-Nr. 4 S. 1). Im Jahr 2006 hat er sodann die Lehre als kaufmännischer Angestellter abgeschlossen (vgl. Fähigkeitszeugnis vom 3. Juli 2006; IV-Nr. 4 S. 13) und war danach in der Zeit von März 2007 bis April 2008 als Personal Administrator bei der Firma L.____ angestellt (IV-Nr. 4 S. 1). Weiter lässt sich den Akten entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2015 eine Weiterbildung zum Sachbearbeiter Personalwesen absolviert hat (vgl. IV-Nr. 4 S. 11 f.). Zwischen September 2014 und September 2015 war er sodann als Engineering Recruitment Manager bei der Firma M.____ angestellt (IV-Nr. 4 S. 1). In der Zeit von Oktober 2017 bis März 2018 habe der Beschwerdeführer sodann ein sechsmonatiges Praktikum als kaufmännischer Angestellter bei der Firma N.____ in [...] absolviert (vgl. IV-Nr. 10 S. 3 f.).

Unter den gegebenen Umständen rechtfertigt es sich, das Valideneinkommen des Beschwerdeführers gestützt auf das Einkommen eines kaufmännischen Angestellten festzulegen. Es erweist sich vorliegend als sachgerecht und vertretbar, ausnahmsweise von den Lohnzahlen gemäss Tabelle T17 der LSE 2018 (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor [Bund, Kantone, Bezirke, Gemeinden, Körperschaften] zusammen), auszugehen. Konkret ist das Valideneinkommen gestützt auf Ziff. 4 «Bürokräfte und verwandte Berufe», Total, Männer, unter Aufrechnung der Nominallohnentwicklung bis 2020 und den branchenüblichen Wochenstunden, zu errechnen. Damit ergibt sich ein Valideneinkommen von CHF 73'416.55 ($\text{CHF } 5'761.00 \times 12 : 40 \times 41.7 : 101.7 \times 103.6$). Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer – wie dies beschwerdeweise vorgebracht wird – im Gesundheitsfall (vgl. Art. 16 ATSG) komplexe praktische Tätigkeiten ausführen würde, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen (Kompetenzniveau 3), bestehen hingegen nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_581/2021 vom 19. Januar 2022 E. 4.4 mit Hinweisen).

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 Da der Beschwerdeführer die ihm noch zumutbare Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist es nicht zu beanstanden, dass die

Beschwerdegegnerin beim Invalideneinkommen auf einen LSE-Tabellenlohn abgestellt hat. Der angewandte Tabellenlohn TA1_triage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, ist ebenfalls nicht zu beanstanden und wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten. Dieser Tabellenlohn (CHF 5'417.00 x 12) ist auf die üblichen Wochenstunden (: 40 x 41.7) sowie auf das Jahr 2020 (: 101.5 x 103.2) aufzurechnen. Daraus resultiert bei einer noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % (vorbehältlich allfälliger Abzüge vom Tabellenlohn; vgl. E. II. 6.2.3 hiernach) ein Invalideneinkommen von CHF 34'450.85. 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. 8

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 2'856.40 festzusetzen (10.33 Stunden zu CHF 250.00 zuzüglich Auslagen von CHF 69.70 und MwSt). Der Unterschied zur eingereichten Kostennote (A.S. 49 ff.) resultiert unter anderem daraus, dass Orientierungskopien an den Klienten sowie die Einreichung der Kostennote Kanzleiaufwand darstellen, welcher nicht separat vergütet wird. Schliesslich wird für den nachprozessualen Aufwand bei Obsiegen praxisgemäss eine halbe Stunde eingerechnet.

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Die Beschwerdegegnerin hat als unterliegende Partei die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

E. 19

S. 29 ff.).

4.2 Am 9. Juni 2021 erging der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie (IV-Nr. 42). Folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lassen sich diesem Bericht entnehmen:

Weiter hielt Dr. med. F.____ fest, aufgrund der Diagnosen bestünden starke Einschränkungen, darunter verminderte Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit, tiefe Zuversicht wegen Ängsten. In absehbarer Zeit werde nicht mit einer erfolgreichen Eingliederung gerechnet (evtl. im geschützten Rahmen).

4.3 Am 28. Juli 2021 nahm Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 44). Er führte aus, die im Gutachten von Dr. med. C.____ enthaltenen Beurteilungen hätten aus Sicht des RAD nach wie vor Gültigkeit, was den Verlauf bis Oktober 2019 betreffe. Für die Zeit danach liege lediglich der aktuelle Bericht von Dr. med. F.____ vom 9. Juni 2021 vor. Der Bericht beruhe auf der Behandlung des Beschwerdeführers ab dem

E. 24

Juni 2020 (Sitzungstermine 14-tägig). Aufgrund der darin enthaltenen Angaben zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers müsse eine zwischenzeitlich eingetretene Verschlechterung angenommen werden. Laut Bericht gehe der behandelnde Psychiater von

einer aktuellen, mittel- bis schwergradig ausgeprägten Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.1/F33.2) aus. Komorbid liege eine Panikstörung (F41.0) vor bei Zügen einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeit (im Bericht werde die Codierung einer eigentlichen Persönlichkeitsstörung F60.6 aufgeführt). Zurzeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit. In absehbarer Zeit sei nicht mit einer erfolgreichen Eingliederung zu rechnen. Der RAD empfehle zur unabhängigen Beurteilung des Verlaufs seit der Beurteilung durch Dr. med. C.____ im Oktober 2019 und Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eine erneute psychiatrische Begutachtung.

4.4 Daraufhin veranlasste die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, und Dr. sc. hum. E.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, ein bidisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Psychiatrie und Neuropsychologie (IV-Nr. 55). Die beiden Gutachten wurden am 31. Januar 2022 und 5. Februar 2022 erstattet. Dem bidisziplinären Konsens der Experten lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 55 S. 117 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Weiter legten die Gutachter dar, aus rein neuropsychologischer Sicht sei das zumutbare Arbeitspensum als kaufmännischer Mitarbeiter um 20 % eingeschränkt. Das zumutbare Arbeitspensum in einer angepassten Tätigkeit sei aus neuropsychologischer Sicht nicht eingeschränkt.

Aus psychiatrischer Sicht sei in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Servicefachangestellter sowie kaufmännischer Angestellter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Die Merkmale einer optimal angepassten Tätigkeit würden sämtliche Aufgaben umfassen, die kein hohes Mass an Dauerkonzentration, Daueraufmerksamkeit sowie Kreativität voraussetzten, ohne zu hohem Kundenkontakt, in einem kleinen Team und mit der Möglichkeit, sich zurückzuziehen, vorzugsweise mit klar strukturierten Aufgaben mit geregelten Arbeitszeiten und ohne Leistungsdruck (IV-Nr. 55 S. 121).

4.5 Am 21. März 2022 nahm der RAD-Arzt Dr. med. B.____ Stellung zum bidisziplinären Gutachten (IV-Nr. 58). Er hielt fest, das äusserst umfangreiche psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 4. Februar 2022 beruhe auf dem Studium der Akten, die gewürdigt würden, sowie einer eigenen eingehenden Exploration im Fachgebiet, einer psychometrischen Testung und einer neuropsychologischen Abklärung. Die dabei erhobenen Angaben zur Anamnese und festgestellten objektiven Befunde seien ausführlich dokumentiert und würden diskutiert. Die daraus abgeleitete diagnostische Beurteilung sei nachvollziehbar dargelegt und in sich schlüssig. Ein Vorbehalt sei hingegen anzubringen bezüglich der versicherungsmedizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, da der Gutachter selbst eine erhebliche Inkonsistenz des Gesamtbildes festgestellt habe, diese auch ausführlich darlege. Bezüglich der Diagnostik bestehe zwischen den Gutachten C.____ und D.____ weitgehende Übereinstimmung. Die Persönlichkeitsstörung werde von beiden Gutachtern diagnostiziert, wenn auch mit Nuancen in der Beurteilung der spezifischen Merkmale, was ■ wie vom Gutachter Dr. med. D.____ ebenfalls ausgeführt ■ keine versicherungsmedizinische Relevanz besitze. Dr. med. D.____ diagnostiziere zusätzlich eine Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung, der er jedoch bezüglich Auswirkungen auf

die Arbeitsfähigkeit eine klar untergeordnete Bedeutung beimesse. Insgesamt attestiere Dr. med. D. ___ dem Beschwerdeführer eine wesentlich höhere Arbeitsunfähigkeit als Dr. med. C. ___ im Oktober 2019, betone aber, dass es sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes handle. Der Gesundheitszustand sei unverändert. Auffallend sei das Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden, das deutlich diskrepant sei zum objektiven klinischen Bild. Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe gemäss Gutachten zudem Diskrepanzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und fremdanamnestischen Informationen einschliesslich der Aktenlage aufgezeigt. Ebenso Diskrepanzen zwischen der schweren subjektiven Beeinträchtigung und dem psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe. Für den Gutachter habe sich zusammenfassend ein in sich nicht schlüssiges, inkonsistentes Bild ergeben. Aus Sicht des RAD ergebe sich insgesamt kein zwingender Grund, wesentlich von der Beurteilung von Dr. med. C. ___ abzuweichen, was die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit betreffe. Diesbezüglich gehe der RAD ebenfalls von einer eher leichten Minderung der Leistungsfähigkeit um 30 % aus. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in den früheren Tätigkeiten als Kaufmann EFZ beziehungsweise Serviceangestellter lege der Gutachter hingegen nachvollziehbar dar, dass die Persönlichkeitsstörung vom Ausmass her kaum noch kompatibel sei mit diesen Berufsfeldern. Bezüglich des Beginns dieser Einschränkungen stütze sich der RAD unverändert auf die Festlegung durch Dr. med. C. ___, somit Beginn im Juli 2018.

5. Bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 5. August 2022 stütze sich die Beschwerdegegnerin aus medizinischer Sicht im Wesentlichen auf das bidisziplinäre (psychiatrische und neuropsychologische) Gutachten von Dr. med. D. ___ und Dr. sc. hum. E. ___ vom 31. Januar 2022 und 5. Februar 2022 (IV-Nr. 55). Das bidisziplinäre Gutachten genießt vollen Beweiswert, entspricht es doch sämtlichen Anforderungen der Rechtsprechung (s. dazu E. II. 3.4 hiervor): Es stammt von unabhängigen Experten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beurteilen. Weiter haben die Experten den Beschwerdeführer zu seinen subjektiven Beschwerden, seinen Lebensumständen sowie seiner Vorgeschichte befragt, die objektiven Befunde erhoben und die wesentlichen Akten zur Kenntnis genommen. Auf dieser Grundlage befassten sich die einzelnen Experten sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

5.1 In der neuropsychologischen Beurteilung (IV-Nr. 55 S. 130 ff.) wird zusammenfassend festgehalten, in der aktuellen Untersuchung habe der Beschwerdeführer viele gute kognitive Funktionen gezeigt. Sein allgemeines Arbeitstempo sei normal schnell gewesen. Seine Aufmerksamkeit sowie seine Handlungs- und Impulskontrolle während der sehr strukturierten Testsituation seien unauffällig gewesen bis auf die beim Test T.O.V.A. aufgefallene Aufmerksamkeitsstörung. Sein Vermögen zum logischen Denken und Schlussfolgern bei einem sprachfreien Test sei mit einem IQ von 99 im durchschnittlichen Bereich gelegen. Sein verbales und sein visuelles Gedächtnis sowie sein Arbeitsgedächtnis seien durchschnittlich gut gewesen. Seine Reaktionszeiten seien bei der gerichteten Aufmerksamkeit durchschnittlich gewesen. Dieser Test sei wesentlich kürzer als der Test T.O.V.A. und beinhalte drei Unterbrechungen. Bei dieser Dauer sei die Aufmerksamkeit unauffällig gewesen. Die Ergebnisse des wesentlich längeren und ohne Unterbrechung

stattfindenden T.O.V.A. Tests seien auffällig gewesen und hätten auf eine deutliche Störung der Aufmerksamkeit hingewiesen. Beide Fragebögen hätten Hinweise auf ein ADHS ergeben. Seine exekutiven Funktionen seien mehrheitlich gut gewesen. Die visuell-perzeptive Wahrnehmung und Rekonstruktion einer komplexen Figur sei strukturiert gewesen. Er habe im verbalen und im visuellen Bereich das Wesentliche erfassen können. Seine Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, seine kognitive Flexibilität und Umstellfähigkeit sowie seine Planungs- und Problemlösungsfähigkeit seien durchschnittlich gut gewesen, lediglich seine Wortflüssigkeit sei teilweise unter dem Durchschnitt gelegen. Beim Beschwerdeführer liege eine leichte neuropsychologische Störung vor, die seine Aufmerksamkeit, und teilweise seine Wortflüssigkeit, betreffe (Frei et al., 2016). Beim Beschwerdeführer sei das Vorliegen eines ADHS wahrscheinlich. Diese Einschätzung müsse psychiatrischerseits eingeordnet werden. Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe keine Hinweise für ein aggravierendes Verhalten ergeben. Das zumutbare Arbeitspensum als kaufmännischer Mitarbeiter sei aus neuropsychologischer Sicht um 20 % eingeschränkt. Das zumutbare Arbeitspensum in einer angepassten Tätigkeit sei aus neuropsychologischer Sicht nicht eingeschränkt. Diese Einschätzungen erweisen sich mit Blick auf den klinischen Befund und die Ergebnisse aus den durchgeführten Testungen als plausibel.

5.2

5.2.1 Im psychiatrischen Gutachten (IV-Nr. 55 S. 2 ff.) begründete der Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen gestützt auf die erhobenen Befunde in nachvollziehbarer Weise: Im Rahmen der aktuellen Exploration und Untersuchung am 23. November 2021 berichte der Beschwerdeführer über das Gefühl, sozial und ökonomisch gefangen zu sein, eine Tag-Nacht-Umkehr, Weinkrämpfe und Grübeln. Im Rahmen der gezielt systematisch explorierten aktuellen Beschwerden würden Störungen des Lang- und Kurzzeitgedächtnisses, Grübeln, Höhenangst mit Vermeidungsverhalten, rezidivierende Panikattacken, generalisierte und agoraphobische Ängste, Wahrnehmungsstörungen, eine wechselhafte Stimmung, ein Gefühl der inneren Unruhe, Gereiztheit, Ein- und Durchschlafstörungen, Tagesmüdigkeit, selbstverletzendes Verhalten und ein sozialer Rückzug angegeben. Im objektiven psychopathologischen Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien anlässlich der Untersuchung hätten bis auf eine phasenweise dysphorische Stimmung sowie eine psychomotorische Unruhe keine weiteren psychopathologischen Auffälligkeiten objektiviert werden können. Vorgetragen worden seien Zukunfts- und Existenzängste, Panikattacken, agoraphobische Ängste sowie ein sozialer Rückzug. Insgesamt habe der Beschwerdeführer nicht schmerzgequält gewirkt. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und der Bewusstseinsshelligkeit gezeigt. Im klinischen Eindruck hätten sich keine Hinweise auf umfassende und ausgeprägte kognitive Störungen ergeben. Es seien keine Auffassungs-, Gedächtnis-, Merkfähigkeits- oder Aufmerksamkeitsstörungen gefunden worden. Im Hinblick auf die Konzentration sei der Beschwerdeführer während des ganzen Untersuchungsverlaufs immer aufmerksam gewesen und habe sich auf die gestellten Fragen und die rasch wechselnden Themen einzustellen vermocht. Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei erhalten gewesen. Der formale Gedankengang sei in Kohärenz und Stringenz sowie im Tempo ungestört gewesen. Es seien keine krankheitswertigen inhaltlichen Denkstörungen feststellbar gewesen. Es seien keine strukturellen Ich-Störungen feststellbar gewesen. Hinweise für Wahn- oder Sinnestäuschungen in Form

von Halluzinationen oder illusionären Verkennungen hätten nicht bestanden. Der Beschwerdeführer habe während der Exploration eine breite Variation an emotionalen Qualitäten gezeigt. Es hätten keine Affekteinbrüche während der Exploration bestanden. Der Beschwerdeführer sei auch bei kritischen Themen steuerbar gewesen. Gegenwärtig liege weder eine Insuffizienz oder eine Labilität der Affekte noch ein kreisendes Denken oder Grübeln vor. Gestik und Mimik seien angemessen und würden die Stimmung affektsynthym unterstreichen. Spontanität und Eigeninitiative seien reduziert. Die soziale Teilnahme sei im privaten Bereich eingeschränkt. Anhand der Untersuchung würden sich keine Hinweise auf entsprechende psychosoziale Probleme von besonderem Schweregrad ergeben. Die Exploration des Tagesprofils weise auf ein reduziertes Alltagsaktivitätsniveau hin. Bei den Haushaltsarbeiten fühle sich der Beschwerdeführer aufgrund von psychischen Beschwerden eingeschränkt. Analog den Parametern der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an das Mini-ICF-APP bestünden mittelgradige Störungen der Aktivität und Partizipation im Bereich der Items Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zu Spontanaktivitäten und Fähigkeit zur Selbstpflege. Die Durchhaltefähigkeit sei hochgradig beeinträchtigt. Die Marker für einen chronischen Alkoholabusus (CDT (HPLC) und Ethylglucuronid) seien unauffällig gewesen. Das im Rahmen der aktuellen Abklärung durchgeführte Drogen-Screening im Urin sei für Cannabinoide positiv gewesen. Unter Würdigung der Versicherungsakte sowie der aktuellen Exploration und psychiatrischen Untersuchung sei diagnostisch gemäss den ICD-10-Kriterien, dem Diagnostikmanual der WHO, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit von einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter (ICD-10: F90.0) mit/bei leichter neuropsychologischer Störung mit/bei mittelschweren Einbussen bei der Aufmerksamkeit und leichten Einbussen bei der semantisch-kategoriellen Wortflüssigkeit, sowie einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden (= selbstunsicheren) und schizoiden Persönlichkeitszügen (ICD- 10: F61.0), sowie sonstigen abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (ICD-10: F63.8) (computerspielbezogene Störung [6C51, «Gaming Disorder»] in der ICD-11), DD riskantes Computerspiel («Hazardous Gaming», QE22), auszugehen. Zusammenfassend liege im Falle des Beschwerdeführers eine komplexe komorbide psychiatrische Störung mit ausgeprägter Dekonditionierung und einem sekundären Krankheitsgewinn vor, was nachfolgend diskutiert werde. Die durch den Beschwerdeführer im Rahmen der Untersuchung geltend gemachten kognitiven Beeinträchtigungen («Wenn ihn etwas interessiere, könne er sich sehr gut konzentrieren. Zu seinen Gedächtnisleistungen berichte der Beschwerdeführer, dass er sich nicht so gut an die Vergangenheit erinnern könne und auch das Kurzzeitgedächtnis nicht funktioniere») hätten klinisch nicht objektiviert werden können. Da für die gutachterliche Beurteilung das Ausmass der kognitiven Funktionsstörungen hinreichend reliabel und valide quantifiziert sein müsse, sei zur Beurteilung hinsichtlich des Defizitprofils und zur Quantifizierung von allfälligen Defiziten eine neuropsychologische Untersuchung, in der Regel als neuropsychologisches Zusatzgutachten, notwendig. Sogenannte «Kurztests» seien für die Begutachtung in keinem Fall ausreichend, ihre Validität in Bezug auf die Fragestellung sei nicht belegt. Aus diesem Grund sei eine neuropsychologische Zusatzbegutachtung in Auftrag gegeben worden (s. E. II. 5.1 hiervor). Gemäss den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchung vom 24. Januar 2022 liege im Falle des

Beschwerdeführers mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte neuropsychologische Störung mit/bei mittelschweren Einbußen bei der Aufmerksamkeit und leichten Einbußen bei der semantisch-kategoriellen Wortflüssigkeit vor. Die Expertin habe in ihrem neuropsychologischen Gutachten explizit darauf hingewiesen, dass das durchgeführte Symptomvalidierungsverfahren keine Hinweise auf eine Aggravation ergeben habe. Mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit seien die leichten Störungen der Aufmerksamkeit auf eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter zurückzuführen. Die Fragebögen zur ADHS-Diagnostik hätten sowohl im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung als auch im Rahmen der testpsychologischen Untersuchung beim Referenten Dr. med. D.____ Hinweise auf eine ADHS ergeben. Die Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter sei ein klinischer Entscheidungsprozess. Ein wie auch immer gearteter biologischer oder sonstiger Test, mit dem die Diagnose gesichert werden könne, stehe nicht zur Verfügung. Des Weiteren zeige der Beschwerdeführer ein ausgeprägt unflexibles und rigides Verhalten, was allein mit der ADHS im Erwachsenenalter nicht erklärt werden könne, weswegen zusätzlich, wie bereits zuvor im psychiatrischen Gutachten von Herrn Dr. med. C.____ vom 21. Oktober 2019 unter anderem als Diagnose aufgeführt, eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren sei. Die Diagnose der kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden (= selbstunsicheren) sowie schizoiden Persönlichkeitszügen ergebe sich aus der aktuellen biografischen, familiären und sozialen Exploration. Ein zeitlicher Zusammenhang akuter persönlicher und sozialer Konflikte mit dem Auftreten der jetzigen psychischen Symptome sei bereits in der speziellen Anamnese exploriert und dokumentiert worden. Als Informationsquelle für die vom Referenten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung seien neben den Eigenangaben im Rahmen der Exploration und der Würdigung der Informationen aus der Versicherungsakte (Längsschnitt) zusätzlich auch standardisierte Untersuchungsinstrumente (SCID-5-PD) eingesetzt worden (siehe Bericht von Frau lic. phil. H.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP vom 19. Januar 2022). Überraschenderweise habe der Beschwerdeführer die Kriterien bei keiner der zehn erfassten Persönlichkeitsstörungen vollständig erfüllt, aber er habe charakteristische Symptome der vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung gezeigt. Somit habe er akzentuierte Persönlichkeitszüge der vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung aufgewiesen, was nach SCID-5-PD als «andere näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung» diagnostiziert werde. Zusätzlich würden sich aufgrund der Exploration und Untersuchung Hinweise auf schizoide Persönlichkeitszüge ergeben. Hauptmerkmale der ängstlich-vermeidenden (= selbstunsicheren) Persönlichkeitsstörung seien Gefühle der Unzulänglichkeit, eine Überempfindlichkeit gegenüber Kritik und die daraus resultierende soziale Hemmung. Hauptmerkmale der schizoiden Persönlichkeitsstörung seien Einzelgängertum, Isoliertheit, Distanziertheit, eingeschränkte emotionale Ausdrucksfähigkeit und ausgeprägte Autonomiebestrebungen in sozialen Beziehungen. In diesem Zusammenhang weise der Experte explizit darauf hin, dass es sich beim dem SCID-5-PD um einen Selbstbeurteilungsfragebogen zur Persönlichkeit handle, welcher als Screening-Instrument diene. Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung stütze sich vor allem auf die in der Versicherungsakte dokumentierten Verhaltensauffälligkeiten seit der Kindheit (Längsschnitt). Die Persönlichkeitsstörung sei im Falle des Beschwerdeführers sicher nicht gleichzusetzen mit einer mittelschweren oder gar schweren psychiatrischen Störung, die die Handlungs- und Willensfreiheit und / oder den Realitätsbezug (fast) vollständig verunmögliche. Der Beschwerdeführer erfülle die genannten Kriterien der Kategorie vor

allem durch seine gestörte berufliche Reintegration aufgrund interaktioneller Konflikte. Mit Verweis auf die Ergebnisse des Fragebogens zur Erfassung von gesundheitsrelevanten Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS) scheinere der Beschwerdeführer im Allgemeinen über eher gering ausgeprägte Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten zu verfügen, was aufgrund des klinisch gewonnenen Eindrucks zumindest nicht in dem geltend gemachten Ausmass bestätigt werden könne. Gesamthaft könne somit eine leichte Ausprägung der Störung angenommen werden, die sich allerdings neben den psychosozialen Belastungsfaktoren, insbesondere der langjährigen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und der inzwischen erfolgten ausgeprägten Dekonditionierung sowie dem sekundären Krankheitsgewinn, negativ auf die berufliche Wiedereingliederung des Beschwerdeführers auswirke. Zusätzlich liege im Falle des Beschwerdeführers mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Spielsucht im Sinne von sonstigen abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (ICD-10: F63.8) (computerspielbezogene Störung (6C51, «Gaming Disorder») in der ICD-11), DD riskantes Computerspiel («Hazardous Gaming», QE22) vor. Zusätzlich sei es mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Falle des Beschwerdeführers auf dem Boden der ADHS und der kombinierten Persönlichkeitsstörung, bedingt durch die reduzierten Ressourcen/Bewältigungsstrategien (Copingstrategien), zur Entwicklung einer Angststörung gekommen. Der Beschwerdeführer habe beim BAI (das Beck-Angst-Inventar: ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Schwere von Angst bei Erwachsenen und Jugendlichen) insgesamt den Summenwert von 38 Punkten erreicht. Das Mass seiner subjektiv empfundenen Ängstlichkeit entspreche somit einer klinisch relevanten Angst (26 ■ 63 Punkte), was aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers und dem klinisch gewonnenen Eindruck nicht in dem Ausmass bestätigt werden könne. In seinem Falle seien neben einer Agoraphobie, gegenwärtig ohne Panikstörung (ICD-10: F40.0) auch spezifische (isolierte) Phobien (Höhenangst) (ICD-10: F40.2) zu diagnostizieren. Die Agoraphobie (F40.0) sei charakterisiert durch Furcht und Angst vor mindestens zwei typischen Situationen, wie z.B. dem Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel oder dem Aufenthalt in geschlossenen Räumen. Die Furcht oder Angst vor solchen Situationen geht einher mit Befürchtungen, dass etwas Schreckliches passieren könnte und Fluchtmöglichkeiten oder Hilfe nicht verfügbar seien. Die agoraphobische Situation werde aktiv vermieden oder unter intensiver Furcht oder Angst durchgestanden, eventuell mit einer Begleitperson, deren Nähe die Furcht- oder Angstreaktion abmildern könne. In ihrer stärksten Form sei die Vermeidung so ausgeprägt, dass die Person vollständig an ihr Zuhause gebunden sei, was hier nicht in dem Ausmass konstatiert werden könne. Der Beschwerdeführer habe angegeben, er vermeide so oft wie möglich grosse Menschenmassen, dementsprechend auch die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln, diese benutze er nur dann, wenn er keine andere Wahl habe. Ein striktes Vermeidungsverhalten lasse sich aber nicht erkennen. Der Beschwerdeführer sei imstande, allein das Haus zu verlassen, weshalb die Agoraphobie als leicht ausgeprägt diagnostiziert werden könne, allerdings ohne Panikstörung. Eine Agoraphobie manifestiere sich in der Hälfte der Fälle vor dem Alter von 35 Jahren und verlaufe unbehandelt typischerweise chronisch, nur 10 % remittierten vollständig. Die Agoraphobie habe im Falle des Beschwerdeführers keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zusätzlich seien im Falle des Beschwerdeführers spezifische (isolierte) Phobien (Höhenangst) (ICD-10: F40.2) zu diagnostizieren. Hierbei handle es sich um Phobien, die auf ganz spezifische Situationen beschränkt seien wie auf die Nähe bestimmter Tiere, Höhen, Donner, Dunkelheit, Fliegen,

geschlossene Räume, Urinieren oder Defäzieren auf öffentlichen Toiletten, Verzehr bestimmter Speisen, Zahnarztbesuch, Anblick von Blut oder Verletzungen oder die Furcht, bestimmten Krankheiten ausgesetzt zu sein. Obwohl die auslösende Situation eng begrenzt sei, könne sie wie bei der Agoraphobie oder einer sozialen Phobie Panik auslösen. Spezifische Phobien entstünden gewöhnlich in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter und könnten unbehandelt jahrzehntelang bestehen. Das Ausmass der eintretenden Behinderung hänge davon ab, wie leicht die betreffende Person die phobische Situation vermeiden könne. Im Gegensatz zur Agoraphobie wechsele das Ausmass der Furcht vor dem phobischen Objekt nicht. Die diagnostischen Kriterien einer isolierten Phobie (Höhenangst mit Vermeidungsverhalten) seien aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers ausgewiesen. Durch die spezifische Phobie sei der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt.

5.2.2 Sodann führte der psychiatrische Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus, in der Tätigkeit als Servicefachangestellter und als kaufmännischer Angestellter sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgewiesen. Mit Verweis auf die im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung analog den Parametern der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an das Mini-ICF-APP ermittelten krankheitsbedingten Einschränkungen, verfüge der Beschwerdeführer gegenwärtig nicht ausreichend über entsprechende Fähigkeiten und Kompetenzen, um eine für den Arbeitgeber verwertbare Arbeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Restaurationsfachmann EFZ und als Kaufmann EFZ zu realisieren (IV-Nr. 55 S. 107 ff.). Die Merkmale einer optimal angepassten Tätigkeit umfassten sämtliche Aufgaben, die kein hohes Mass an Dauerkonzentration, Daueraufmerksamkeit sowie Kreativität voraussetzten, ohne zu hohem Kundenkontakt, in einem kleinen Team und mit der Möglichkeit, sich zurückzuziehen, vorzugsweise mit klar strukturierten Aufgaben mit geregelten Arbeitszeiten und ohne Leistungsdruck. In einer solch angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig bei vollem Rendement (IV-Nr. 55 S. 110 f.).

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

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

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

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

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 5.2.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass von einer leicht- bis mittelgradigen Ausprägung der gestellten Diagnosen auszugehen ist.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer mit einer Frequenz von 14 Tagen in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Herrn F.____, dort bei dem Psychologen Herrn I.____, befinde. Bis auf eine Tablette Duloxetin 30 mg morgens nehme er keine weiteren Medikamente ein. Die beruflichen Massnahmen seien aufgrund eines instabilen Gesundheitszustandes gescheitert. Der Beschwerdeführer zeige eine mangelnde Compliance im Hinblick auf die durchgeführten Eingliederungsmassnahmen. Die Kooperationsprobleme könnten nur teilweise krankheits-, respektive ressourcenbedingt erklärt werden. Aufgrund des Ausmasses der psychischen Störung sowie den geltend gemachten hochgradigen funktionellen Einschränkungen sei die bis dato durchgeführte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei dem jungen Beschwerdeführer nicht evidenzbasiert. Für die Behandlung der ADHS-Patienten sei die Diagnose und Behandlung von komorbiden Erkrankungen besonders bedeutsam, da auch diese eine gezielte Mitbehandlung erforderten. Des Weiteren sei die Indikation für eine Behandlung mit Methylphenidat zu prüfen. Die Indikation für eine Behandlung mit Methylphenidat sei im Falle des Beschwerdeführers erst nach Einhaltung der Abstinenz des weiteren Konsums von psychotropen Substanzen (Cannabinoiden) zu prüfen. Die Einhaltung der Abstinenz eines weiteren Konsums von Cannabinoiden sei ihm möglich und auch im vollen Umfang zumutbar. Zum jetzigen Zeitpunkt werde aufgrund der ausgeprägten Dekonditionierung, der komorbiden psychiatrischen Störung sowie Spielsucht eine stationäre Behandlung und erst anschliessend eine weitere ambulante Therapie mit einer Frequenz von mindestens sieben Tagen empfohlen (IV-Nr. 55 S. 93 f.). Eine Behandlungsresistenz ist demnach zu verneinen. Bezüglich Eingliederungserfolg resp. -resistenz sind dem Gutachten dagegen keine detaillierten Ausführungen zu entnehmen. Es ist aufgrund der gutachterlichen Erwägungen aber davon auszugehen, dass im Rahmen der attestierten Teilarbeitsfähigkeit keine Eingliederungsresistenz besteht.

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). Im vorliegenden psychiatrischen Teilgutachten wird eine ressourcenhemmende Wirkung der

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter, der kombinierten Persönlichkeitsstörung sowie der sonstigen abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle beschrieben und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter fest, bei der Beurteilung der Aktivität würden sowohl Hemmnisse als auch Ressourcen des zu Begutachtenden berücksichtigt. Beim Beschwerdeführer resultierten gegenwärtig Einschränkungen der Aktivität aus Störungen der verhaltensbezogenen Funktionen und damit zusammenhängenden Funktionsstörungen. Bei der Bewertung der Aktivität sollte auch berücksichtigt werden, welche Aktivitäten einem Individuum aufgrund seiner vorhandenen psychischen Funktionen möglich sein sollten, auch wenn er diese aktuell (zum Beispiel aufgrund regressiver Tendenzen) nicht umsetze. An positiven Ressourcen hervorzuheben seien im Falle des Beschwerdeführers das Erreichen beruflicher Ziele, Interessen / Hobbys, gute familiäre Kontakte sowie therapeutische Bindung. An negativen Ressourcen hervorzuheben seien im Falle des Beschwerdeführers kein zielgerichtetes Verhalten und Handeln, kein Ehrgeiz, keine Ausdauer, keine Bereitschaft zur Veränderung. Seine Leistungs- und Veränderungsmotivation werde als niedrig eingeschätzt. Darüber hinaus bestünden keine Visionen, keine Ziele, keine Ideen, keine ausreichende soziale Kompetenz sowie keine ökonomische Stabilität. Zusätzlich bestünden krankheitsbedingt reduzierte Fähigkeiten sowie Kompetenzen. Analog den Parametern der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an das Mini-ICF-APP bestünden mittelgradige Störungen der Aktivität und Partizipation im Bereich der Items Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zu Spontanaktivitäten und Fähigkeit zur Selbstpflege. Die Durchhaltefähigkeit sei hochgradig beeinträchtigt (IV-Nr. 55 S. 106 f.). Es ist demnach beim Beschwerdeführer sowohl im

persönlichen als auch im sozialen Kontext von gewissen Einschränkungen auszugehen.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Dem Gutachten ist diesbezüglich zu entnehmen, dass die gutachterliche Konsistenzprüfung Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben habe. Es bestünden Diskrepanzen zwischen den massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation, Diskrepanzen zwischen den eigenen Angaben und den fremdanamnestischen Informationen einschliesslich der Aktenlage sowie Diskrepanzen zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und dem psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung und zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe. Die Präsentation einer erheblichen Behinderung («Ich kann überhaupt nicht arbeiten») stehe nicht im Einklang mit der Verhaltensbeobachtung und dem klinischen Befund, sei klinisch untypisch und daher nicht plausibel. Zusammenfassend ergäben die vorliegenden Befunde bei kritischer Würdigung ein in sich unschlüssiges, inkonsistentes Bild (Aktenlage, Eigenanamnese, Beobachtung, Untersuchungsbefunde, Selbsteinschätzungsskalen). Gleichmässige Einschränkungen des Alltagsaktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen lägen nicht vor (IV-Nr. 55 S. 96 f.).

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden, weshalb diesbezüglich von einem mittelgradigen Leidensdruck auszugehen ist.

5.2.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. So sind beim Beschwerdeführer neben ressourcenhemmenden Faktoren auch ressourcenfördernde Faktoren vorhanden. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 5.2.1 hiervor) und die vorstehende Indikatorenprüfung vermag auch die gutachterliche Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in den angestammten Tätigkeiten sowie einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten zu überzeugen. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass die psychiatrische Beurteilung von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum. Diesen hat das Gericht zu respektieren, sofern die Begutachtung die rechtlichen Rahmenbedingungen beachtet und

der Experte lege artis vorgegangen ist (BGE 145 V 361 E. 4.1.2 S. 365). Dies trifft hier zu. Es liegen keine hinreichenden Gründe vor, um von der gutachterlichen Beurteilung abzuweichen, wie die Beschwerdegegnerin dies in der angefochtenen Verfügung, gestützt auf die Stellungnahme des RAD-Arztes vom 21. März 2022 (IV-Nr. 58), vorgenommen hat.

5.3 Gestützt auf die beweismässigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten zu überzeugen, wonach der Beschwerdeführer seit der Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin am 6. Februar 2019 in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist und für angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % besteht. 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 beweismässig. Der Beschwerdeführer hat dem in seiner Beschwerde auch nichts entgegenzuhalten. Die Beweiskraft des Gutachtens wird nicht bestritten.

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).

6.2

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 Da der Beschwerdeführer die ihm noch zumutbare Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin beim Invalideneinkommen auf einen LSE-Tabellenlohn abgestellt hat. Der angewandte Tabellenlohn TA1_triage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer, ist ebenfalls nicht zu beanstanden und wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten. Dieser Tabellenlohn (CHF 5'417.00 x 12) ist auf die üblichen Wochenstunden (: 40 x 41.7) sowie auf das Jahr 2020 (: 101.5 x 103.2) aufzurechnen. Daraus resultiert bei einer noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % (vorbehältlich allfälliger Abzüge vom Tabellenlohn; vgl. E. II. 6.2.3 hiernach) ein Invalideneinkommen von CHF 34'450.85.

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. 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 pflichtgemässen 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 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 ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem Pensum von 50 % teilzeitig tätig sein kann. Gemäss der Tabelle des Bundesamtes für Statistik T18 (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) verdienen Männer ohne Kaderfunktion im Jahr 2018 in einem Pensum von 50 % 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. Im vorliegend relevanten bidisziplinären Gutachten vom 4. Februar 2022 (vgl. E. II. 4.4 hiervor) wurde bezüglich einer leidensangepassten Tätigkeit folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: Die Merkmale einer optimal angepassten Tätigkeit würden sämtliche Aufgaben umfassen, die kein hohes Mass an Dauerkonzentration, Daueraufmerksamkeit sowie Kreativität voraussetzten, ohne zu hohem Kundenkontakt, in einem kleinen Team und mit der Möglichkeit, sich zurückzuziehen, vorzugsweise mit klar strukturierten Aufgaben mit geregelten Arbeitszeiten und ohne Leistungsdruck. Da beim Beschwerdeführer gemäss Zumutbarkeitsprofil die genannten, nicht unerheblichen zusätzlichen Einschränkungen vorliegen, erscheint ein diesbezüglicher leidensbedingter Abzug ebenfalls gerechtfertigt. Weitere abzugsrelevante Kriterien wie das Lebensalter, die Dienstjahre, die Nationalität oder die Aufenthaltskategorie sind zu verneinen. Die neurechtliche Bestimmung in Art. 26 Abs. 2 IVV, welche bei einer Leistungseinschränkung von 50 % oder mehr einen Abzug von 10 % für Teilzeitarbeit vorsieht, fällt entgegen dem Beschwerdeführer (vgl. Beschwerde S. 18; A.S. 21) vorliegend ausser Betracht.

6.3 Demnach ist aufgrund der teilzeitbedingten Erwerbseinbusse und der bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, wobei ein Abzug von 10 % angemessen erscheint. Dies ergibt demnach einen Invaliditätsgrad von (gerundet) 58 % (Invalideneinkommen CHF 31'005.75 [CHF 34'450.85 abzüglich 10 %], Valideneinkommen CHF 73'416.55), womit der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung des Wartejahres (Beginn: Februar 2019) gemäss Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 IVG ab 1. Februar 2020 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat.

7. Nach dem Gesagten ist in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 5. August 2022 aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Februar 2020 eine halbe Invalidenrente auszurichten.

8.

Demnach wird erkannt:

4. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

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.