

SO_GERICHTE VSBES.2022.75 vom 17. Juli 2023

SO Obergericht, 2023-07-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.75_d20230717

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.75 du 17 juillet 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.75 del 17 luglio 2023

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geb. 1968, [...], meldete sich erstmals am 8. September 2014 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg [IV-Nr.] 2). 1.2 Am 6. Oktober 2014 fand bei der Beschwerdegegnerin ein Früherfassungs-/Intake-Gespräch statt (IV-Nr. 11). Der damalige Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. B.____, Innere Medizin FMH, erstellte am 23. Februar 2015 den durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Bericht (IV-Nr. 15). 1.3 Mit Verfügung vom 28. Mai 2015 lehnte die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren bezüglich einer Invalidenrente ab (IV-Nr. 17). Zur Begründung wurde erklärt, dem Beschwerdeführer sei die angestammte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur unter Berücksichtigung der Gewichtslimite von max. 12 kg sowie angepasste Tätigkeiten nach wie vor in einem 100%-Pensum zumutbar. Mit Verfügung vom 19. Oktober 2015 wurde schliesslich auch das Leistungsbegehren in Bezug auf berufliche Massnahmen abgewiesen (IV-Nr. 20). Beide Verfügungen erwachsen unangefochten in Rechtskraft.

E. 2

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

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

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

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 gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu

würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) auf das polydisziplinäre Gutachten der F.____ vom 16. August 2021 ab und führt dazu aus, die bisherige Tätigkeit als Chauffeur sei dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Eine den Einschränkungen angepasste Tätigkeit, ohne das Bedienen von Maschinen oder das Fahren eines Fahrzeugs sei ihm weiterhin in einem 70%-Pensum zumutbar. Mit einer solchen Tätigkeit könne er ein entsprechendes und Renten ausschliessendes Einkommen erwirtschaften. Das Arbeitspensum könnte mit der Durchführung von weiteren medizinischen Massnahmen zudem weiter gesteigert werden. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 32 %.

4.2 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt, indem sie nicht auf seine Ausführungen in der ergänzenden Einwandbegründung vom 2. November 2021 eingegangen sei. Weiter sei die Annahme der Beschwerdegegnerin, wonach dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit im Umfang von 70 % zumutbar sei, falsch. Bei korrekter Betrachtungsweise sei nach Massgabe des Gutachtens von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen, insbesondere aufgrund der Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten. Sofern nicht nach Massgabe des psychiatrischen Gutachtens von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden sollte, würde sich das psychiatrische Teilgutachten als unvollständig erweisen, da der Gutachter bloss vage Prognosen vorgenommen habe, wie sich die Arbeitsfähigkeit entwickeln könnte. Der Gutachter halte explizit fest, dass deutliche Einschränkungen bestünden. Weiter werde dessen Diagnoseherleitung und -stellung kritisiert. Zudem hätten sich die anderen Teilgutachten ebenfalls als widersprüchlich erwiesen. Insbesondere hätte im Zusammenhang mit der Diagnose einer chronischen Insomnie eine neuropsychologische Abklärung durchgeführt werden sollen. Schliesslich würden der Einkommensvergleich und die Abweisung des Anspruchs auf weitere berufliche Massnahmen gerügt.

5. Vorab ist auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt hat. Der Beschwerdeführer macht diesbezüglich geltend, seine ergänzende Einwandbegründung vom 2. November 2021 sei durch die Beschwerdegegnerin nicht gewürdigt worden, obwohl ihr diese nachweislich zugestellt worden sei.

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

5.2 Gemäss Art. 57a Abs. 1 IVG teilt die IV-Stelle der versicherten Person den vorgesehenen Endentscheid über ein Leistungsbegehren oder den Entzug oder die Herabsetzung einer bisher gewährten Leistung mittels Vorbescheid mit (Satz 1); die versicherte Person hat Anspruch auf rechtliches Gehör im Sinne von Artikel 42 ATSG (Satz 2). Die Parteien können innerhalb einer Frist von 30 Tagen Einwände zum Vorbescheid vorbringen (Abs. 3). Ist die Abklärung der Verhältnisse abgeschlossen, so beschliesst die IV-Stelle gemäss Art. 74 Abs. 1 und 2 IVV über das Leistungsbegehren; die Begründung des Beschlusses hat sich mit den für den Beschluss relevanten Einwänden zum Vorbescheid der Parteien auseinanderzusetzen (Urteil des Bundesgerichts 9C_555/2020 vom 3. März 2021 E. 4.1). Der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens besteht darin, eine unkomplizierte Diskussion des Sachverhalts zu ermöglichen und dadurch die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern (BGE 134 V 97 E. 2.7 S. 106).

Die IV-Stelle darf sich nicht darauf beschränken, die von der versicherten Person vorgebrachten Einwände tatsächlich zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen. Sie hat ihre Überlegungen dem Betroffenen gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den (entscheidwesentlichen) Einwänden auseinanderzusetzen, oder aber zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann. Das Vorbescheidverfahren geht über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) hinaus, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Endentscheid zu äussern (Urteil des Bundesgerichts 8C_668/2018 vom 13. Februar 2019 E. 4.1 mit Hinweisen).

5.3 Die Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründungspflicht hinsichtlich behördlicher Entscheide ist ein Teilaspekt des Verbots formeller Rechtsverweigerung, das zwar in erster Linie durch die Verfahrensordnungen des Bundes oder der Kantone umschrieben ist, jedoch im Sinne eines minimalen Standards den verfassungsmässigen Schutz genießt und auch in der Sozialversicherungsrechtspflege zu beachten ist.

Die Pflicht zur Begründung soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem

rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (Urteil des Bundesgerichts 8C_509/2008 vom 4. Februar 2009 E. 3.1, BGE 133 III 439 E. 3.3 m. H., BGE 124 V 181 E. 1a; SVR 1996 UV Nr. 62 E. 4; RKUV 1994 K 928 S. 12 E. 2b).

Es entspricht allgemeinen rechtsstaatlichen Prinzipien, dass die Entscheidungsgründe der betroffenen Person bekannt sein sollen. Denn ohne Kenntnis der Tatsachen und Rechtsnormen, welche für die verfügende Behörde massgeblich waren, kann sie sich oft kein Bild über die Tragweite der Verfügung machen. Sie vermag die Gründe, welche für oder gegen eine Beschwerdeerhebung sprechen, nicht richtig abzuwägen und kann die Verfügung gegebenenfalls nicht sachgemäss anfechten. Dies führt zu Rückfragen bei der Verwaltung oder zu provisorischen Beschwerden, um die Entscheidungsgründe auf diesem Weg zu erfahren (SVR 2000 UV Nr. 10 S. 35 E. 4a; ZAK 1990 S. 396 E. 2 mit Hinweisen).

5.4 Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 5. April 2022 die Überlegungen, von denen sie sich hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt, dargelegt und begründet hat. Es kann also nicht gesagt werden, der Beschwerdeführer sei faktisch gezwungen gewesen, Beschwerde zu erheben, um die Entscheidungsgründe zu erfahren. Eine sachgerechte Anfechtung war damit durchaus möglich. Dem Beschwerdeführer ist aber insofern zuzustimmen, dass weder aus der Verfügung vom 5. April 2022 noch aus den übrigen Akten hervorgeht, ob die Beschwerdegegnerin seine ergänzende Einwandbegründung vom 2. November 2021 (Urkunde Nr. 3 des Beschwerdeführers) tatsächlich zur Kenntnis genommen und ernsthaft geprüft hat. Die Beschwerdegegnerin bestätigt sodann auch in ihrer Duplik vom 12. Oktober 2022, dass die ergänzende Einwandbegründung keinen Eingang in die Akten gefunden habe (A.S. 59). Aufgrund des Gesagten steht fest, dass der Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren nicht gehört wurde. Auf weitere Erörterungen zu diesem Punkt kann vorliegend jedoch verzichtet werden. Denn nach der Rechtsprechung ist von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung selbst bei einer schwer wiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führte, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht vereinbar wären (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204 f.; 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Der Beschwerdeführer konnte sich im vorliegenden Beschwerdeverfahren zu allen Punkten umfassend äussern. Ferner verfügt das Versicherungsgericht im Beschwerdeverfahren über volle Kognition und hat nach dem Untersuchungsgrundsatz sowie dem Prinzip der freien Beweiswürdigung vorzugehen (s. dazu Art. 61 lit. c ATSG sowie E. II. 4.2 + 4.3 hiernach). Nach dem Dargelegten wäre eine Rückweisung als prozessualer Leerlauf zu qualifizieren, der das Verfahren verlängern würde, ohne dass irgendein möglicher Nutzen erkennbar wäre. Der vorliegende Verfahrensmangel ist daher im Beschwerdeverfahren zu heilen und von einer Rückweisung aus formellen Gründen abzusehen. Die festgestellte Gehörsverletzung rechtfertigt es allerdings, dem Beschwerdeführer zu Lasten der Beschwerdegegnerin jenen Aufwand zu entschädigen, der für das Erheben der entsprechenden Rüge angefallen ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_212/2016 vom 8. August 2016 E. 2.2, 8C_758/2009 vom 12. Februar 2010 E. 2.3 und 2.4, 8C_325/2007 vom 18. Februar 2008 sowie I 329/05 vom 10. Februar 2006 E. 2.3.2). Die von der Beschwerdegegnerin begangene Gehörsverletzung wird bei der Festsetzung der Parteientschädigung zu berücksichtigen sein.

6. In materieller Hinsicht ist vorliegend streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zu Recht auf das F.____-Gutachten vom 16. August 2021 abgestellt und gestützt auf dieses einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant:

6.1 Dr. med. G.____, Chefarzt Stv. Orthopädische Klinik H.____, stellte in seinem Bericht vom 18. Juni 2013 (IV-Nr. 15, S. 6 f.) die Diagnose «Chronisch rezidivierende lumbale und Lumboischialgie-forme Schmerzen beidseits rechts betont bei leichter Chondrose und Spondylarthrose lumbosakral». Die vorliegenden MRT-Aufnahmen (IV-Nr. 15, S. 9 f.) hätten eine mehrsegmentale leichte bis mässige Degeneration im Bereich der Bandscheiben, leichte Chondrose L5/S1 und diskrete Diskusprotrusion gezeigt. Eine hochgradige Kompromittierung der neuronalen Strukturen liege nicht vor, allenfalls eine leichte Kontaktierung der Nervenwurzel S1 auf der linken Seite. Diskrete Spondylarthrose beidseits, lumbosakral betont. Das Problem sei mit dem Patienten besprochen worden und es sei ihm empfohlen worden, in dieser Situation eine Infiltration durchführen zu lassen (siehe dazu den Bericht vom 27. Juni 2013, IV-Nr. 15, S. 8).

6.2 Der damalige Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. B.____, Innere Medizin FMH, führte in seinem Arztbericht an die Beschwerdegegnerin vom 23. Februar 2015 folgende Diagnosen auf (IV-Nr. 15, S. 1 ff.):

A. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Für eine leichte körperliche Tätigkeit sei der Patient 100 % arbeitsfähig. Wegen den chronisch rezidivierenden Rückenschmerzen halte er, Dr. med. B.____, folgende Limiten für sinnvoll: Maximales Gewicht heben / schieben / stossen ≤ 12 kg, Möglichkeit von Positionswechsel. Die Fahrtauglichkeit für Bus / Lastwagen sei unter Einhaltung dieser Auflagen gegeben.

6.3

6.3.1 Dem Austrittsbericht der Klinik I.____ vom 24. Juli 2019 (IV-Nr. 37.4, S. 11 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Der Versicherte sei vom 25. Juni bis 8. Juli 2019 in der Klinik hospitalisiert gewesen. Der Versicherte habe erfolgreich am multidisziplinären stationären CBT-I Programm teilgenommen. Ziel sei es gewesen, die Durchschlafinsomnie und die Schläfrigkeit zu verbessern, um eine rasche berufliche Integration als LKW-Chauffeur zu erreichen. Aufgrund von täglich wechselnden Arbeitszeiten seien die Bettzeiten des Patienten anamnestisch sehr unregelmässig und hätten täglich von 02:00 Uhr bis 05:00 Uhr variiert. Auch die Festlegung einer fixen morgendlichen Arbeitszeit um 04:45 Uhr vor zwei Monaten habe bisher keine Besserung der Durchschlafstörung im ambulanten Setting erbracht. Nach problemloser Einschlafphase innerhalb von wenigen Minuten (gegen 23:00 Uhr) sei es nach ca. zwei bis drei Stunden Schlaf zu einem grundlosen Erwachen mit längeren (ca. ein- bis dreistündigen) Wachzeiten gekommen, so dass niedrige Schlafeffizienzen um 60 % resultiert hätten. Ausgehend davon sei eine Restriktion auf fünf Stunden Bettliegezeit / Nacht (00:00 bis 5:00 Uhr) begonnen worden. Unter aktimetrischer Kontrolle und täglicher Schlafdruckmessung habe festgestellt werden können, dass sich

dieser rasch innerhalb weniger Tage aufgebaut habe. Innerhalb der ersten sechs Tage hätten sich die Durchschlafstörungen reduziert, die langen Wachzeiten seien nicht mehr aufgetreten und die Schlafeffizienzen seien auf 93 % gestiegen. Allerdings sei es weiterhin fünf bis sechs Mal pro Nacht zu kurzen Wachphasen für wenige Minuten gekommen, was den Patienten subjektiv deutlich beeinträchtigt habe, auch weil hierbei oft ein schreckhaftes Erwachen und Gedankengrübeln aufgetreten seien. Es sei daher zusätzlich mit der Behandlung mit Quetiapin 50 mg begonnen worden, worunter sich die Symptomatik gebessert habe und das kurze Erwachen noch ein bis zwei Mal in der Nacht aufgetreten sei. Gleichzeitig habe das Schlafenster auf sechs Stunden (23:30 bis 05:30 Uhr) geöffnet werden können. Die Schlafqualität sei von 2 ■ 3/10 auf 7 ■ 8/10 gestiegen, nicht jedoch die subjektive Müdigkeit (weiterhin bei 3 ■ 4/10 identisch mit dem Ausgangswert 3 ■ 4/10). Unter dem hohen Schlafdruck und dem gebesserten Nachtschlaf sei ein nächtliches Verlassen des Bettes bei Wachphasen nur am Anfang nötig gewesen, wobei der Patient hier die Grundprinzipien der Stimuluskontrolle sehr konsequent und effektiv umgesetzt habe. Der Patient habe von einem speziellen EEG-monitorierten Schlafwahrnehmungstraining profitiert, so dass er gegen Ende des Trainings die meisten Einschlafepisoden richtig wahrgenommen habe.

Begleitend seien psychologische Gespräche erfolgt, schlafhygienische und verhaltenstherapeutische Bewältigungsstrategien der Insomnie, körperliche Aktivierung, Psychoedukation, Training von Achtsamkeit und Entspannung (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson), Imaginationsübungen und Biofeedback. Der Versicherte habe sehr motiviert an den Skills und Verhaltenstrainings mitgearbeitet. Dem Versicherten sei es gut gelungen, die schlafedukativen Informationen in seinen Alltag einzubauen. Mittels Biofeedback und Entspannungstraining sei es ihm zunehmend gelungen, die für das Einschlafen notwendige Entspannung zu steuern. Nur bedingt hätten angesichts der kurzen Aufenthaltsdauer Strategien zur Verarbeitung der belastenden familiären Konflikte vermittelt werden können (Details. s. psychotherapeutischer Verlauf).

Für die weitere Stabilisierung der Symptomatik würden im Verlauf drei Faktoren entscheidend sein: Erstens, ob der Patient trotz der sehr wechselnden Arbeitszeiten die Anwendung der schlafmedizinischen Module umsetzen könne; ggf. seien sonst Anpassungen der Arbeitszeiten zu diskutieren. Zweitens, ob mit weiterer Konsolidierung des Nachtschlafs sich auch die Tagesschläfrigkeit konsekutiv verbessere. Dies habe kurzfristig innerhalb der zweiwöchigen CBT-I nicht erreicht werden können. Es sei daher geplant, die Tagesschläfrigkeit mit Hilfe eines FE-MWTs bei der nächsten Wiedervorstellung zu objektivieren, auch weil die Arbeitsfähigkeit des Patienten als LKW-Chauffeur davon abhängt. Drittens, ob es dem Patienten gelinge, Coping-Strategien seiner familiären Konflikte zu erlernen. Diese seien zweifellos wichtige Kofaktoren der Durchinsomnie.

6.3.2 Dem Verlaufsbericht der Klinik I. ___ vom 10. September 2019 (IV-Nr. 37.4, S. 16 ff.) lässt sich entnehmen, dem Versicherten sei es nicht gelungen, das CBT-I-Programm im ambulanten Setting weiterzuführen. Insbesondere die Einhaltung des Schlafenters sowie die Umsetzung der Stimuluskontrolle seien nicht gelungen. Erst nach Einnahme von Cipralext und Relaxane habe sich bei einer Kernbettzeit von 24:00 bis 6:00 Uhr die Einschlaflatenz verkürzt. Es träten allerdings noch Durchschlafstörungen mit kurzem Erwachen auf. Insgesamt fühle sich der Patient den gesamten Tag müde, motivations- und unternehmungslas. Der Verlauf zeige, dass die Insomnie komorbid mit

einer depressiven Störung auftrete und diese aktuell im Vordergrund sei. Aus schlafmedizinischer Sicht werde empfohlen, die Synchronisierung des Schlaf-Wachrhythmus über die kognitiv-behaviorale Therapie und die chronobiologischen Massnahmen fortzusetzen. Gegebenenfalls seien in Abhängigkeit vom Verlauf weitere medikamentöse Therapieversuche einzuleiten (z.B. Umstellung auf Valdoxan). Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit und Fahreignung sei neben der somnologischen Einschätzung nun eine psychiatrische Festlegung notwendig, da die depressive Erkrankung mehr und mehr im Vordergrund stehe. Aus rein schlafmedizinischer Sicht sei der Patient zum aktuellen Zeitpunkt nur unter angepassten Bedingungen 100 % arbeitsfähig. Diese beinhalteten eine Anpassung insbesondere der morgendlichen Arbeitszeiten, um das Schlaffenster einhalten zu können und die Vermeidung von stark wechselnden Arbeitszeiten, die den zirkadianen Rhythmus beeinträchtigten. Der Versicherte habe aktuell formal einen normalen, aber kontrollbedürftigen Fahreignungs-MWT. Die Fähigkeit, in monotonen Situationen wach zu bleiben, sei im heutigen Test erhalten, es träten jedoch Mikroschlafepisoden auf, die kontrollbedürftig seien, weshalb der Test in ca. vier bis fünf Monaten kontrolliert werde.

6.3.3 Im gleichentags erstellten Bericht an die Taggeldversicherung des Beschwerdeführers (IV-Nr. 37.3, S. 10 f.) führte die Klinik I.____ zusätzlich aus, in der bisherigen Tätigkeit sei der Patient aus schlafmedizinischer Sicht prinzipiell arbeitsunfähig als LKW-Chauffeur aufgrund der ausgeprägten Tagesschläfrigkeit, die objektiv nachweisbar sei. In der letzten Vorstellung vom 19. August 2019 habe sich dieser Test zwar deutlich verbessert, sei aber weiterhin aufgrund des Auftretens von Schlafmikroepisoden als kontrollbedürftig einzuschätzen. Die Kontrolle sei für Dezember 2019 / Januar 2020 geplant. Bis dahin sei der Patient aus rein somnologischer Sicht arbeitsfähig unter angepassten Bedingungen. So seien die Arbeitszeiten so anzupassen, dass eine Störung des zirkadianen Rhythmus nicht mit der Therapie interferiere, insbesondere müsse es dem Patienten möglich sein, das Schlaffenster von 00:00 ■ 06:00 Uhr einhalten zu können. In anderen Tätigkeiten sei der Patient aus somnologischer Sicht arbeitsfähig, auch hier sei das Pensum abhängig vom weiteren Verlauf und dem Erfolg der Therapien. Auch hier sei die psychiatrische Einschätzung führend. Aus rein somnologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit auf zunächst 100 % festgelegt worden unter derzeit gebesserter Schlafqualität.

6.4 Dem Bericht der J.____ (Notfall- und Krisenambulanz) vom 24. Juli 2019 (IV-Nr. 46, S. 26 f.) lässt sich die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) entnehmen. Der Versicherte sei zur Nachbetreuung nach einem stationären Aufenthalt wegen Schlafstörungen und zur Behandlung von Impulsivität mit aggressiven Durchbrüchen seitens der Behandler in der Klinik I.____ zu einem Gesprächstermin in der Notfall- und Krisenambulanz des J.____ angemeldet worden. Psychopharmakologisch sei eine antidepressive Therapie mit Escitalopram in einer täglichen Dosierung von initial 5 mg etabliert worden. Des Weiteren sei nach Erörterung der Therapieoptionen mit dem Patienten eine symptomatische Therapie mit Relaxane in einer Dosierung von drei Tabletten täglich etabliert worden.

6.5

6.5.1 Med. prakt. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrem Bericht an die Taggeldversicherung des Beschwerdeführers vom 30. Oktober 2019 (IV-Nr. 37.4, S. 1 ff.) aus, bis zu den erwähnten Schlafstörungen habe der Versicherte trotz seiner ihn belastenden Vergangenheit seinen Beruf als LKW-Fahrer sehr gerne ausgeübt. Zurzeit

lasse sich nicht beurteilen, ob er diese Tätigkeit je wieder werde ausüben können. Aus diesem Grund bestehe die einzige Möglichkeit darin, ihn mit einer Umschulung und Wiedereingliederungsmassnahmen beruflich zu integrieren. Eine wirksame therapeutische Behandlung lasse sich erst dann realisieren, wenn seine nähere Zukunft und die seiner Familie existenziell Perspektiven aufweise und abgesichert sei. Es könne mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden. Der Versicherte sei handwerklich in der Verarbeitung von Holz und Metall sehr talentiert, jedoch ohne Ausbildung. Baldige Umschulungs- und Eingliederungsmassnahmen von Seiten der IV wären mit Sicherheit unterstützenswert und indiziert. Der Versicherte könne auf unbestimmte Zeit nicht mehr als LKW-Chauffeur eingesetzt werden, dies aufgrund der chronischen Insomnie und des Schlafapnoe-Syndroms. Es sei gut denkbar und wahrscheinlich, dass der Versicherte in verschiedenen anderen Tätigkeitsgebieten wieder Fuss fassen könne. Für andere Tätigkeiten als die eines LKW-Chauffeurs sei er jedoch nicht ausgebildet. In diesem Fall sei er auf Grund der derzeitigen psychischen Verfassung und des Alters auf geeignete Umschulungs- bzw. Wiedereingliederungsmassnahmen angewiesen. In so einem Rahmen müssten seine Leistungsfähigkeit und das mögliche Pensum neu beurteilt werden. Vermutlich seien dem Versicherten verschiedenste Tätigkeiten mit einem geringen Gefahrenpotenzial zuzumuten. Einschränkungen beständen zurzeit durch eine erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und einer verminderten Merkfähigkeit. Der Versicherte müsse vorgängig in einer geschützten Umgebung die Möglichkeit bekommen, herauszufinden, welche Tätigkeit er in welchem Umfang leisten könne.

6.5.2 Med. prakt. C.____ hielt in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 16. Dezember 2019 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 29):

Der Beschwerdeführer sei von seinem Hausarzt Dr. med. K.____ zugewiesen worden. Die Gründe seien vor allem die Auswirkungen einer chronischen Insomnie und eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms gewesen, das vom 25. Juni 2019 bis 8. Juli 2019 in der Klinik I.____ diagnostiziert und behandelt worden sei. Der Beschwerdeführer habe trotzdem in der Folge seine Tätigkeit als LKW Chauffeur anfangs nur noch zum Teil und später nicht mehr ausüben können. Der Beschwerdeführer sei im Jahr 2003 mit Frau und zwei Kindern aus [...] geflüchtet. Der Grund habe in der [...] Abstammung gelegen, die einige Gefängnisaufenthalte und die Enteignung seines Besitzes zur Folge gehabt habe. Zudem sei er im Kriegseinsatz an der Front gewesen und sei mit erheblichen traumatischen Erinnerungen belastet. Zur Prognose führte die behandelnde Psychiaterin aus, vermutlich seien dem Beschwerdeführer verschiedenste Tätigkeiten mit einem geringen Gefahrenpotential zuzumuten. Die bisherige Tätigkeit als LKW-Chauffeur könne nicht mehr ausgeübt werden. Wegen Sekundenschlafepisoden sei der Versicherte nicht fähig, am Strassenverkehr teilzunehmen. Wie viele Stunden dem Versicherten eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar sei, müsste im Rahmen eines Arbeitsversuchs mit angepasster Tätigkeit neu eruiert werden.

6.6 Am 19. Dezember 2019 erstattete Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im Auftrag der Taggeldversicherung des Beschwerdeführers einen Bericht mit Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 37.3, S. 1 ff.). Dr. med. L.____ stellte darin folgende Diagnosen:

Im Rahmen der schlafmedizinischen Abklärungen sei auch auf die möglicherweise als hauptverantwortlich für die Beschwerden vorhandene belastende psychosoziale Situation

hingewiesen worden. Die depressive Symptomatik sei offenbar nicht sehr offensichtlich gewesen, sei sie in den Berichten der doch psychiatrienahen Schlafmedizin mehr nebenbei und erst im Verlauf erwähnt worden, ohne dass eine Zustandsverschlechterung mit depressiver Symptomatik beschrieben worden sei. Im Arztbericht der behandelnden Psychiaterin seien eine PTSD und eine anhaltende mittelschwere Depression als Diagnosen genannt worden. Im Hinblick auf diese Diagnosen seien die Angaben im Bericht aber nicht schlüssig. Die eigene ausführliche, anamnestische Befragung des Versicherten fördere zwar prägend-belastende Kriegs- und Gefängnis-Erlebnisse zutage. Klare Hinweise auf eigentliche Traumatisierung im engeren Sinn ergäben sich im Untersuchungsgespräch aber nicht. Der später sehr hohe Alkoholkonsum und die dauernden Streitigkeiten könnten Hinweise für Traumafolgen sein. Die wiederholten Beschreibungen des Versicherten zu den familiären Streitigkeiten hätten plausible Gründe für die dauernden Spannungen erwähnt; sie schienen nicht primär von einem traumatisierten und sich daher dysfunktional verhaltenden Versicherten auszugehen. Damit werde nicht bestritten, dass der Versicherte ein von regelmässigen Schicksalsschlägen geprägtes Leben habe. Eine krankheitswertige Störung könne daraus aber nicht abgeleitet werden. Er habe zwar Albträume, auch ein mögliches Symptom einer Traumatisierung; inhaltlich gehe es dabei meist um die schwierige Situation in der Schweiz, nicht um frühere Erlebnisse. Auch Fragen nach Flashbacks seien verneint worden. Es hätten somit klare Hinweise auf eine eindeutig krankheitsbedingte Ursache der vielen Probleme des Versicherten gefehlt. Der Versicherte beklage sich aktuell neben der Schlafstörung, die sein grösstes Problem sei, über eine veränderte Stimmung, über einen freudlosen Alltag, über einen passiven Todeswunsch, über Konzentrationsprobleme und über Rückenbeschwerden. In der eigenen Untersuchung zeige sich ein im ersten Eindruck emotional verfügbar wirkender Versicherter, der doch im Verlauf der Untersuchung objektivierbare Veränderungen der Stimmung zeige, eine anhaltend depressive Verstimmung habe aber nicht festgestellt werden können; die Stimmung scheine sehr mit dem Berichteten mitzuschwingen. Der Versicherte erscheine ziemlich verzweifelt, aber in einem normalpsychologisch nachvollziehbaren Ausmass im Vergleich zum Erlebten. Auch die Konzentration sei während dem längeren Untersuchungsgespräch nicht spürbar beeinträchtigt gewesen. Insgesamt sei die depressive Symptomatik nicht ausreichend konsistent belegt, als dass ohne Zweifel von einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen werden müsste. Vielmehr scheine die depressive Symptomatik im Ausprägungsbereich einer leichtgradigen depressiven Episode zu liegen (5 vorhandene Symptome gemäss den ICD-10-Kriterien). Für die diagnostische Einordnung in dieser Untersuchung werde die Diagnose einer Anpassungsstörung gewählt (vergleichbar im Hinblick auf die Ausprägung der Symptomatik mit einer leichten Depression), da die Symptomatik von aussen gesehen und auch im Erklärungsmodell des Versicherten selber eine Reaktion auf die anhaltenden schweren Belastungen des Alltags sei. Und auch, da es sich beim Leitsymptom nicht um die Stimmungsänderung, sondern um die Schlafstörung handle.

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. L. ___ Folgendes aus: Bei einer Anpassungsstörung handle es sich um ein vergleichsweise leichtes psychiatrisches Störungsbild, von dem anzunehmen sei, dass es sich in Abhängigkeit von der äusseren Belastungssituation zurückbilde. Grundsätzlich sei von einer günstigen Prognose auszugehen. Die berufliche Leistungsfähigkeit könne durch eine Anpassungsstörung aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht anhaltend beeinträchtigt sein. Die Symptomatik könne zu einer Minderung der Arbeitsleistung führen, indem die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, die Fähigkeit und

Bereitschaft zu sozialen Interaktionen, die Entscheidungsfähigkeit oder die Proaktivität eingeschränkt seien. Der Verlauf der Störung des Versicherten sei schon etwas in die Länge gezogen. Er sei ■ wie die behandelnde Ärztin zur Recht anmerke ■ wohl hauptsächlich von einer günstigen beruflichen Perspektive und von einer Beruhigung der familiären Konflikte abhängig. Die Tätigkeit als Berufschaffeur sei auf absehbare Zeit in Anbetracht der vorhandenen bzw. sich immer wieder verstärkenden Schlafstörung unrealistisch, wie das auch schon von den schlafmedizinischen Kollegen eingeschätzt worden sei. Für einfache andere Tätigkeiten sei aber von mindestens einer Teilarbeitsfähigkeit auszugehen, welche in der Folge gesteigert werden könne (IV-Nr. 37.3, S. 8). Für jede der Ausbildung und den Fähigkeiten des Versicherten entsprechende Tätigkeit bei einem anderen Arbeitgeber bestehe aus versicherungsmedizinisch-theoretischer Sicht ab 1. Januar 2020 schätzungsweise eine Arbeitsfähigkeit von 40 %. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit um 20 % pro Monat sollte in der Folge möglich sein (IV-Nr. 37.3, S. 9). In Richtung einer Steigerung der Leistungsfähigkeit könnte eine erneute Anpassung der Therapie nützlich sein (Medikation; allenfalls psychotherapeutische Unterstützung in der Muttersprache). Es gebe aus medizinisch-theoretischer Sicht keine gesicherte Diagnose, welche eine weitere anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen könnte. Könne der Versicherte seine Arbeitsfähigkeit nicht praktisch realisieren, liege der wahrscheinlichste Grund in den beschriebenen krankheitsfremden Umständen bzw. an der Summe der bisherigen belastenden Erlebnisse. Daraus lasse sich aber keine primär krankheitsbedingte, psychiatrisch begründbare Arbeitsunfähigkeit ableiten (IV-Nr. 37.3, S. 8).

6.7 Dem Bericht des Spitals H.____ (Neurologischer Sprechstunden- und Elektrophysiologiebericht) vom 31. Januar 2020 (IV-Nr. 50, S. 7 f.) lässt sich entnehmen, der Patient zeige bekannte Diskopathien L4/5 und L5/S1 mit fraglicher Radikulopathie. In der Vorgeschichte (vor 7 ■ 8 Jahren) Lumbalgien, welche vollständig regredient gewesen seien. Aktuell ohne Lumbalgien, Gefühlsstörungen bds., wobei er sich insbesondere links gestört zeige. Klinisch gebe es jedoch einzig rechts leichte Auffälligkeiten mit Sensibilitätsstörung an Zehen und Ferse und leichter Schwäche des Einkrallens Dig 4/5 rechts. Die vom Patienten insbesondere linksseitig beschriebenen Par-/Dysästhesien mit möglichen Myoklonien, abendbetont mit Bewegungsdrang, seien, wenn sie auch klar einseitig auftraten, verdächtig für ein Restless-Legs-Syndrom, möglicherweise dennoch sekundär bei diskreter lumboradikulärer Affektion. Hinweise für eine Polyneuropathie seien neurographisch nicht ersichtlich.

6.8 Gemäss Austrittsbericht der Klinik M.____ vom 24. März 2020 (IV-Nr. 40) war der Beschwerdeführer vom 14. Februar 2020 bis 24. März 2020 in der Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Im Bericht wurden folgende Diagnosen genannt:

Gemäss Mini-ICF seien in den Bereichen Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, mittelgradige Beeinträchtigungen ersichtlich. In dem Bereich Widerstands- und Durchhaltefähigkeit seien erheblich ausgeprägte Beeinträchtigungen ersichtlich. Die genannten Beeinträchtigungen hätten zu einer deutlich reduzierten Belastbarkeit geführt. Der Versicherte werde weiterhin als nicht arbeitsfähig erachtet, da die Belastungen durch die Traumafolgestörung und die Depression weiterhin ausgeprägt seien. Eine AUF zu 100 % bis inkl. 8. April 2020 sei ausgestellt worden. Aufgrund der bestehenden Einschränkungen durch die Schlafapnoe und die bisher noch nicht hinreichende Behandlung derselben sei der berufliche Wiedereinstieg aktuell nicht

absehbar. Eine weitere Abklärung der gesundheitlichen Situation (Abklärung Kardiologie Spital N.____ am 28. April 2020 geplant) sowie eine weitere Behandlung der Schlafapnoe seien indiziert. Da das Tragen einer CPAP Maske auch erlebte Traumatisierungen triggern könne, werde bei hinreichender Stabilisierung die Behandlung der traumatischen Erfahrungen ebenfalls als indiziert erachtet.

6.9

6.9.1 Gemäss Bericht der Klinik I.____ vom 24. Juni 2020 (IV-Nr. 55, S. 3 ff.) sei die aktuelle Vorstellung zur Durchführung eines FE-MWT 2 mit der Frage nach Fahreignung von LKW erfolgt. Dieser Test sei nicht bestanden worden. Der Patient sei für das Führen von LKWs (medizinische Gruppe 2) aktuell nicht fahrgeeignet. Der Fahreignungs-Test für die medizinische Gruppe 1, dem im Vergleich zum vorgenannten Test weniger strenge Kriterien zugrunde lägen, sei bestanden worden, das Ergebnis sei jedoch grenzwertig und daher kontrollbedürftig (mehrere Mikroschlafepisoden). Bezüglich der Schlafstörung sei anamnestisch aktuell davon auszugehen, dass der Patient nur noch wenig von den gelernten Inhalten aus dem stationären verhaltenstherapeutischen Insomnie-Programm zu Hause umsetze. Bemerkenswert sei auch, dass der Patient anscheinend aktuell aufgrund seiner psychischen Situation ein IV Begehren gestellt habe und die Schlafproblematik darin wohl auch eine gewisse Rolle spiele. Das IV Begehren sei pendent.

6.9.2 Dem Bericht der Klinik I.____ vom 6. Oktober 2020 (IV-Nr. 72.8, S. 1 ff.) lässt sich entnehmen, in der durchgeführten FE-MWT habe der Versicherte eine normale Fähigkeit gezeigt, in monotonen Situationen wach zu bleiben, diesmal ohne Mikroschlafepisoden. Im psychomotorischen Vigilanztest hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Hiermit sei die Fahreignung sowohl für Gruppe 1 als auch für Gruppe 2 gegeben. Aktuell fahre der Patient keinen LKW und habe vor, möglichst auf diesen Beruf zu verzichten, was in seinem Fall durchaus sinnvoll sei. Ausserdem werde ein Vermeiden von jeglicher Schichttätigkeit mit Verschiebung der Bettzeiten empfohlen. Die kognitive Verhaltenstherapie der Insomnie solle mit gelernten Therapiemodulen fortgesetzt werden und das Schlafenster erst, wenn eine subjektive Schlafeffizienz bei mehr als 85 % liegen würde (aktuell ca. 75 %), in kleinen Schritten geöffnet werden.

6.10 Dem Verlaufsbericht von med. prakt. C.____ vom 8. Oktober 2020 (IV-Nr. 55, S. 1 f.) lässt sich entnehmen, die therapeutische Behandlung müsse vor allem als flankierende Massnahme zur Unterstützung bei hauptsächlich akuten familiären Konflikten angesehen werden. Der Versicherte fühle sich nie sicher und halte sich meistens in seinem Zimmer auf. Das Schlafverhalten sei stark gestört. Die Frustrationstoleranz sei erheblich herabgesetzt. Ständige Konflikte mit der Ehepartnerin, zum Teil mit Gewaltausbrüchen, verunmöglichten eine psychotherapeutische Behandlung im eigentlichen Sinne. Zum 1. Oktober 2020 habe sich der Versicherte von seiner Ehefrau getrennt und sei mit der Tochter aus der gemeinsamen Wohnung ausgezogen.

6.11 Im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 16. August 2021 (IV-Nr. 72.1 ■ 72.8) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-Nr. 72.2, S. 8):

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100 % und in einer Verweistätigkeit von 30 %. Dabei gelte das seitens des

neurologischen und psychiatrischen Teilgutachtens geäußerte Fähigkeitsprofil. Auf Grundlage der im heutigen Zeitpunkt erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen erschienen die echtzeitlich vorgenommenen, als wesentlich erachteten Beurteilungen als nachvollziehbar, da auch vorliegend eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit attestiert werde (aufgrund des Sekundenschlafes sei eine Arbeit als LKW-Fahrer unmöglich [und gar verboten]). Grundsätzlich bestehe von neurologischer Seite nur eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Hierbei könnte diese sicherlich weiter verbessert werden bei Verbesserung der Schlafqualität. Eine Verbesserung des aktuellen Zustandes sei durch medizinische Massnahmen möglich. Eine pharmakologische Therapie finde derzeit nicht statt, was eine deutliche Verbesserung hervorrufen könnte. Bislang sei der Versicherte einmal stationär im Spital gewesen. Eine weitere stationäre Behandlung könnte ebenfalls eine Verbesserung erbringen. Zudem erscheine eine Unterstützung zur Wiedereingliederung als sinnvoll und notwendig. Die Massnahme bei der Stiftung E. ___ sei vor allem wegen der körperlichen Beschwerden wie Augenoperation abgebrochen worden. Ein erneuter Versuch erscheine sinnvoll. Der psychiatrische Zustand erscheine im Vergleich zum letzten Mal deutlich verbessert. Durch die oben genannten medizinischen Massnahmen sei eine weitere Verbesserung möglich.

7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem ablehnenden Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre F. ___-Gutachten vom 16. August 2021 (IV-Nr. 72.1 ■ 72.8), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist:

7.1 Das polydisziplinäre Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärztinnen und Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Anamnese erhoben haben (IV-Nr. 72.4, S. 6 ff.; 72.5, S. 11 ff.; 72.6, S. 8 ff.; 72.7, S. 7 ff.). Wie das Aufführen und Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge erkennen lässt, wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt (IV-Nr. 72.3). Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

7.2 Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt:

7.2.1 Dr. med. O. ___, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im allgemeininternistischen Teilgutachten (IV-Nr. 72.4) aus, dass sich aus allgemeininternistischer Sicht einzig aufgrund des nicht therapierten Schlafapnoesyndroms eine Einschränkung der bisherigen Arbeitsfähigkeit als Lastwagenchauffeur von 100 % ergebe. So seien Tätigkeiten, die eine erhöhte Aufmerksamkeit oder die Fahreignung der medizinischen Gruppe 2 erforderten, dem Versicherten nicht gestattet (IV-Nr. 72.4, S. 20). Darüber hinaus ergäben sich aus allgemeininternistischer Sicht aber keine Einschränkungen der Leistungsfähigkeit (siehe IV-Nr. 72.4, S. 17 f.). Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die Befundlage sowie die im Rahmen der aktuellen Begutachtung durchgeführten Untersuchungen als plausibel.

7.2.2 Dem neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 72.5) liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde. Für die Beurteilung führte Dr. med. P. ___, Facharzt für Neurologie FMH, zusätzlich zur klinischen Untersuchung (IV-Nr. 72.5, S. 18 f.) eine Elektroneurographie durch (IV-Nr. 72.5, S. 19 f.) und zog den im Rahmen der Begutachtung erstellten MRT-Bericht des Neurokraniums / NNH (IV-Nr. 72.8, S. 4 f.) sowie weitere Berichte bei (IV-Nr. 72.5, S. 28 ff.). Er beschäftigte sich in seiner

medizinischen Beurteilung eingehend mit den Vorakten und den vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden. Seine Schlussfolgerungen sind schlüssig und nachvollziehbar (IV-Nr. 72.5, S. 21 ff.): Für den Versicherten stehe die sehr schlechte Schlafqualität und die ausgeprägte Tagesmüdigkeit im Vordergrund. Diese sei lege artis in der Klinik I. ___ dokumentiert worden. Nach Diagnosestellung seien mehrere, meist halbjährliche Kontrollen erfolgt, die dies weiter hätten dokumentieren können. Eine Einschränkung auf Grund einer chronischen Insomnie sei somit gesichert, die Genese sei offen, diskutiert worden seien im Wesentlichen psychosoziale Faktoren. Spezielle Verhaltensmassnahmen hätten dies aber zuletzt auch bessern können, so sei im Oktober 2020 wieder eine Fahrtauglichkeit für Kategorie 1 und 2 gesehen worden. Weiter beklage der Versicherte lumbale Schmerzen, die aktuell nicht sehr im Vordergrund stünden und lokal angegeben worden seien. Ein MRI diesbezüglich, zuletzt dokumentiert im Oktober 2019, zeige sicherlich degenerative Veränderungen, die die Schmerzen erklären könnten. Eine schwerere Pathologie finde sich aber weder bildgebend, noch elektrophysiologisch, noch klinisch-neurologisch. Somit ergebe sich hieraus keine Arbeitsunfähigkeit. Schliesslich sei zeitweilig ein Restless-Legs-Syndrom diskutiert worden, aktuell ergebe sich diesbezüglich anamnestisch kein Anhalt.

Gestützt auf die obigen Ausführungen erscheint auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar: Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitszeit von 8.5 Stunden in der bisherigen Tätigkeit. Hierbei sei aber zu bedenken, dass aufgrund der Müdigkeit, die auch dokumentiert sei, die Erlaubnis zum Fahren eines LKWs von der Beurteilung der Klinik I. ___ abhängig sei. Aktuell sei dies erlaubt, dies könne sich aber ändern. Darüber hinaus ergebe sich von neurologischer Seite keine Einschränkung. Aufgrund der ausgeprägten Müdigkeit, die dokumentiert sei, seien vermehrte Pausen notwendig, so dass die Leistungsfähigkeit reduziert werde. Diese Reduktion werde mit 30 % angenommen. Diese Arbeitsfähigkeit gelte seit der Dokumentation der erneuten Arbeitsfähigkeit zum LKW-chauffieren vom Oktober 2020. Seit Krankenschreibung, d.h. seit Mai 2019 bis Oktober 2020, bestehe für die Tätigkeit als LKW-Chauffeur eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für eine angepasste Tätigkeit wäre es grundsätzlich in Zukunft wünschenswert, wenn der Versicherte nicht LKW fahren müsste, da die Erlaubnis aufgrund der Insomnie immer wieder widerrufen werden könnte. Ansonsten sei eine Tätigkeit angepasst, die wechselhafte Belastungen habe, auch körperliche Bewegung beinhalte und nicht zu lange "ermüdende Tätigkeiten" beinhalte, wie lange an einem Computer arbeiten oder auf Bildschirme schauen. Körperlich bestünden leichte Einschränkungen bezüglich der lumboradikulären Problematik, d.h. sehr schwere Lasten sollten nicht gehoben werden, nicht schwerer als 10 kg. Von neurologischer Seite wäre in einer solchen Tätigkeit die Arbeitszeit nicht eingeschränkt. Aufgrund der Insomnie bestehe aber auch in einer angepassten Tätigkeit eine reduzierte Leistungsfähigkeit, wie oben beschrieben, um 30 %.

7.2.3 Den Einschätzungen des orthopädischen Teilgutachters (IV-Nr. 72.6) liegt eine umfangreiche klinische Untersuchung (vgl. IV-Nr. 72.6, S. 15 ff. und S. 27 ff.) zugrunde. Auch Dr. med. Q. ___, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, setzte sich mit den Vorakten auseinander (IV-Nr. 72.6, S. 7 f. und 21). Der orthopädische Gutachter gelangte zum Ergebnis, aus orthopädischer Sicht könne eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung nicht attestiert werden. So bestünden weder motorische, mechanische oder statische Einschränkungen noch gebe es Einschränkungen bei Arbeiten in Zwangshaltungen oder aufgrund äusserer Umstände (Kälte, Feuchtigkeit, Nässe; IV-Nr.

72.6, S. 21). Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die umfangreichen klinischen Untersuchungen als plausibel. Auf das beweiswertige orthopädische Teilgutachten kann somit ebenfalls abgestellt werden.

7.2.4

7.2.4.1 Med. prakt. R. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erhob nach ausführlicher Befragung des Beschwerdeführers (IV-Nr. 72.7, S. 7 ff.) den psychiatrischen Befund (IV-Nr. 72.7, S. 16 ff.): Der Versicherte berichte, dass seine psychiatrischen Beschwerden Anfang 2019 mit Schlafstörungen begonnen hätten. Er sei seit Mai 2019 arbeitsunfähig. Zunächst sei er wegen Sekundenschlaf krankgeschrieben gewesen, inzwischen werde er von seiner Psychiaterin med. prakt. C. ____ krankgeschrieben. Der Versicherte berichte über Schlafstörungen, Antriebsstörung und Alpträume. Er habe Alpträume, dass er während der Arbeit die Bremse des LKWs nicht feststelle und der LKW dann wegrolle. Dazu habe er Alpträume aus dem [...], an dem er als Soldat teilgenommen habe. Er träume dann von verstorbenen Kollegen. Ausserdem träume er, dass er ohne Kleider nach draussen gehe, weswegen er sich sehr schäme. Wegen den Schlafstörungen sei er tagsüber müde, versuche aber, wach zu bleiben. Der Versicherte habe zwar keine grosse Freude am Leben, werde sich aber wegen der Kinder nicht suizidieren. Es bestünden keine Selbstverletzungen und keine Fremdgefährdung. Wegen depressiver Beschwerden sei er von Februar 2020 bis März 2020 in der Klinik M. ____ stationär behandelt worden (siehe E. II. 6.8 hiervoor). Psychotische Symptome, Wahnerleben oder andere produktive Symptomatik seien nicht zu eruieren. Der Konsum illegaler Drogen werde verneint. Er rauche eine Packung Zigaretten täglich. Der Versicherte berichte, dass er zwischen dem 20. und 34. Lebensjahr zwei Flaschen Wodka pro Abend getrunken habe. Zwischen 2002 und 2008 habe er keinen Alkohol getrunken. Zwischen 2008 und 2018 habe er am Wochenende in Massen Alkohol getrunken. Der Versicherte gebe an, damals etwa ein bis zwei Bier pro Wochenende am Abend konsumiert zu haben. Seit 2018 habe er dann wieder begonnen, mehr zu konsumieren. Regelmässig trinke er seit einigen Monaten wieder hochprozentigen Alkohol. Er trinke zwei halbe Gläser am Abend, was wahrscheinlich 0,2 l Spirituosen pro Abend entspreche. Ängste, Panik, Phobien sowie Zwangsstörungen seien verneint worden. Als Traumatisierung werde die Teilnahme am [...] beschrieben. Seitdem er 2003 in die Schweiz gekommen sei, seien jedoch keine Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung mehr aufgetreten. 2018 seien wieder Symptome aufgetreten. Teilweise sei dies drei bis vier Mal pro Woche gewesen, inzwischen träten Flashbacks einmal im Monat auf. Es fänden sich keine Hinweise für Persönlichkeitsstörungen.

7.2.4.2 Der psychiatrische Gutachter würdigt eingehend die Aussagen des Beschwerdeführers, befasst sich ausführlich mit den Vorakten und begründet ausführlich und nachvollziehbar, weshalb kein ausreichender Anhalt für eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (IV-Nr. 72.7, S. 19 ff.): Die definitionsgemäss bei depressiver Symptomatik vorliegenden Symptome von depressiver und gedrückter Stimmung fänden sich bei dem Versicherten leichtgradig ausgeprägt. Im Gespräch sei er gering eingeschränkt modulationsfähig, Unsicherheiten und Ängste schienen wenig ausgeprägt. Ebenso seien die Symptome Interessenverlust, Freudlosigkeit und Aktivitätseinschränkungen sowie Verminderung des Antriebs beim Versicherten mässig ausgeprägt zu erkennen. Subjektiv liege ein deutlicher Leidensdruck vor. Ein Rückgang des Aktivitätsniveaus sei zu erkennen. Objektivierbar seien mittelgradige bis schwere Symptome nicht zu erkennen. Zusätzliche Symptome wie Schuldgefühle,

negativistische Ideen, Suizidgedanken und verminderter Appetit seien nicht berichtet worden. Verminderte Konzentration liege beim Versicherten leichtgradig vor. Im Zusammenhang mit einem möglichen Suchtleiden führte med. prakt. R.____ aus, zum Zeitpunkt des Alkoholkonsums zwischen dem 20. und 34. Lebensjahr werde mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang mit den Kriegserlebnissen bestanden haben. Seitdem er seit 2003 in der Schweiz sei, habe auch der Alkoholkonsum nachgelassen. Er berichte, dass er seit 2003 keine Beschwerden der posttraumatischen Belastungsstörung gehabt habe. Von 2003 ■ 2008 sei er auch abstinent gewesen. Danach sei der Alkoholkonsum bis 2018 in gesellschaftlich akzeptiertem Rahmen am Wochenende gewesen. Seit 2018 bestehe wieder täglicher Konsum. Dies erscheine zeitgleich mit den Problemen auf der Arbeit, der Diagnose des Schlafapnoesyndroms und der zusätzlichen Probleme mit der Tochter aufgetreten zu sein. Das Abhängigkeitssyndrom habe aber zu keiner irreversiblen Gesundheitsstörung geführt. So habe der CDT Wert bei 2,0 gelegen, was eine nur geringe Erhöhung im Vergleich zum Normwert kleiner 1,7 sei.

Bei der aktuellen Begutachtung berichte der Versicherte über Alpträume und Flashbacks, die einmal pro Monat auftraten. Zwischen 2003, als er in die Schweiz gekommen sei, bis vor etwa 18 Monaten habe er damit überhaupt keine Probleme mehr gehabt. Eine posttraumatische Belastungsstörung, die diagnostiziert worden sei, erscheine derzeit nicht einschränkend mit einer monatlich auftretenden Frequenz von Flashbacks. Die zwischenzeitlich beschriebene schwere depressive Symptomatik sei derzeit nicht zu erkennen. Es liege eher eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion vor. Auch diesmal habe keine anhaltende depressive Verstimmung festgestellt werden können. Im psychischen Befund und in der Anamnese seien mässig eingeschränkte Modulationsfähigkeit, Antriebsminderung, fehlende Tagesstruktur und erneuter Alkoholkonsum festzuhalten. Im Vergleich erscheine der Versicherte bei der jetzigen Begutachtung deutlich weniger depressiv als zu dem Zeitpunkt der stationären Behandlung (Anmerkung: gemeint ist die stationäre Behandlung vom 14. Februar 2020 bis 24. März 2020 in der Klinik M.____; IV-Nr. 40) und der Teilnahme der Massnahme in der Einrichtung E.____. Aktuell sei die Schwere der Erkrankung in etwa mit der Beschreibung von Dr. med. L.____ vom 19. Dezember 2019 (IV-Nr. 37.3, S. 1 ff.) vergleichbar. Zudem seien eine Optimierung und Intensivierung der Behandlung möglich und sinnvoll. Eine psychopharmakologische Medikation erfolge derzeit nicht, was aber angesichts der langen Erkrankungsphasen mit teilweise schweren depressiven Phasen sinnvoll und notwendig erscheine.

7.2.4.3 Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit lässt sich dem psychiatrischen Teilgutachten Folgendes entnehmen (IV-Nr. 72.7, S. 26 f.): In der bisherigen Tätigkeit als LKW-Chauffeur sei der Versicherte aus schlafmedizinischer Sicht nicht mehr arbeitsfähig. Mit den Einschränkungen, die sich durch den Sekundenschlaf ergäben, sei der Versicherte in seiner letzten Tätigkeit nicht arbeitsfähig. Wenn diese Einschränkungen berücksichtigt würden, sei ein 100%-Pensum möglich. Somit besteht gemäss med. prakt. R.____ ausschliesslich aufgrund der Schlafstörung mit Sekundenschlaf eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Aus rein psychiatrischer Sicht besteht grundsätzlich keine Einschränkung.

7.2.4.4 Einzugehen ist auf die Einschätzungen des Psychiaters zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (IV-Nr. 72.7, S. 27 f.). Dazu führt er aus, aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte in anderen Berufen prinzipiell arbeitsfähig. Es bestünden jedoch deutliche

Einschränkungen, da er in der gelernten Tätigkeit als LKW-Chauffeur nicht mehr tätig sein könne. Aufgrund des Sekundenschlafes seien Tätigkeiten an Maschinen nicht möglich. Eine erneute Wiedereingliederungsmassnahme zur Testung der Belastung erscheine erneut sinnvoll. Der psychische Zustand des Versicherten sei aktuell deutlich weniger depressiv als dies bei der ersten Massnahme im Juli 2020 gewesen sei (Ziff. 8.2.1 im psychiatrischen Teilgutachten). Psychiatrischerseits sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit möglich. Aufgrund des bisherigen Verlaufes und dem Wechsel der Tätigkeit erscheine eine Wiedereingliederungsmassnahme zunächst notwendig und sinnvoll (Ziff. 8.2.2 im psychiatrischen Teilgutachten). Nach der längeren Zeit der Inaktivität wegen depressiver Beschwerden und Schlafapnoe mit Sekundenschlaf sei nicht davon auszugehen, dass dieser Versicherte sofort in einer neuen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Zunächst erscheine die Wiedereingliederungsmassnahme sinnvoll und notwendig (Ziff. 8.2.3 im psychiatrischen Teilgutachten). Prognostisch erscheine ein 100%iges Pensum nach Eingewöhnungszeit möglich (Ziff. 8.2.4 im psychiatrischen Teilgutachten). Nach etwa einem Jahr sollte ein erneutes 100%-Pensum möglich sein. Falls dies nicht der Fall sei, sei eine erneute Begutachtung sinnvoll (Ziff. 8.2.5 im psychiatrischen Teilgutachten).

Aus den Ausführungen lässt sich entnehmen, dass der psychiatrische Gutachter als Einschränkungen explizit den Sekundenschlaf sowie den Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht mehr als LKW-Chauffeur arbeiten könne, m.a.W. eine fehlende Ausbildung, welche den Einstieg in eine Verweistätigkeit erleichtern könnte, erwähnte (Ziff. 8.2.1 im psychiatrischen Teilgutachten). Auch eine längere Zeit der Inaktivität (wegen depressiver Beschwerden) nannte er als mögliches Hindernis für eine sofortige Aufnahme einer Arbeitstätigkeit (Ziff. 8.2.3 im psychiatrischen Teilgutachten). Medizinisch-psychiatrische Gründe, welche einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nehmen könnten, nannte er hingegen keine. Dafür spricht auch, dass der psychiatrische Gutachter ■ unter Berücksichtigung des Sekundenschlafs ■ dem Beschwerdeführer auch in der bisherigen Tätigkeit eine pensenmässig volle Arbeitsfähigkeit attestierte (Ziff. 8.1.3 im psychiatrischen Teilgutachten). Auch der Umstand, dass der Gutachter im psychiatrischen Teilgutachten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte (vgl. IV-Nr. 72.7, S. 18 f.) und in der Gesamtbeurteilung, welcher er zugestimmt hat, psychiatrisch eine volle Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit attestierte, während die gestellten psychiatrischen Diagnosen wiederum als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnet wurden (IV-Nr. 72.2, S. 8 und 10), spricht dafür, dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen in einer Verweistätigkeit bestehen. Die vom Gutachter empfohlenen Massnahmen dienen vielmehr einzig der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt und der Eingewöhnung in eine neue Tätigkeit, weil der Beschwerdeführer seine gelernte Tätigkeit als LKW-Chauffeur nicht mehr ausüben kann.

7.2.4.5 Im Bereich der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 28 E. 4a mit Hinweisen). Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall hat der

Beschwerdeführer im Verfügungszeitpunkt weder das 55. Lebensjahr zurückgelegt noch bestand vorgängig ein Rentenanspruch. Die Durchführung der vom psychiatrischen Teilgutachter empfohlenen Wiedereingliederungsmassnahmen ist für die Umsetzung der gutachterlich festgestellten Leistungsfähigkeit daher nicht erforderlich.

7.2.4.6 Zusammengefasst ist die Beurteilung von med. prakt. R.____, wonach rein fachpsychiatrisch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt werden könne, plausibel. Es ist daher keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Gestützt auf dieses beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

7.2.5 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten der F.____ zu überzeugen (IV-Nr. 72.2). Aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100 % und in einer Verweistätigkeit von 30 %. Dabei gelte das seitens des neurologischen und psychiatrischen Teilgutachten geäusserte Fähigkeitsprofil. Auf Grundlage der im heutigen Zeitpunkt erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen erschienen die echtzeitlich vorgenommenen, als wesentlich erachteten Beurteilungen als nachvollziehbar, da auch in der jetzigen Begutachtung eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne (aufgrund des Sekundenschlafes sei eine Arbeit als LKW-Fahrer unmöglich [und gar verboten]). Die Arbeitsunfähigkeitsbemessung gelte seit der somnologischen Abklärung im Mai 2019.

7.3 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre F.____-Gutachten grundsätzlich als beweiskräftig zu erachten. Daran vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers nichts zu ändern:

7.3.1 Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, es sei nach Massgabe des psychiatrischen F.____-Teilgutachtens davon auszugehen, dass im Zeitpunkt der Begutachtung keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt gegeben sei (A.S. 8 ff.). Wie bereits unter E. II. 7.2.4 hiavor dargelegt, hat der psychiatrische Gutachter abgesehen vom Sekundenschlaf dem Beschwerdeführer auch in der bisherigen Tätigkeit als LKW-Chauffeur eine pensemässig volle Arbeitsfähigkeit attestiert. Im psychiatrischen Teilgutachten hat er keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (vgl. IV-Nr. 72.7, S. 18 f.) und in der Gesamtbeurteilung, welcher er zugestimmt hat, hat er psychiatrisch eine volle Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit attestiert, während die gestellten psychiatrischen Diagnosen wiederum als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnet wurden (IV-Nr. 72.2, S. 8 und 10). Die vom Gutachter empfohlenen Massnahmen dienen einzig der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt und der Eingewöhnung in eine neue Tätigkeit, was ■ wie oben dargelegt ■ kein Erfordernis für die Umsetzung der attestierten Arbeitsfähigkeit darstellt. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers geht der psychiatrische Gutachter von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aus.

Wie der Beschwerdeführer zutreffend ausführte, hat die behandelnde Psychiaterin des Beschwerdeführers eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. A.S. 11 und 16). Dies jedoch ■ übereinstimmend mit den F.____-Gutachtern ■ einzig in der bisherigen Tätigkeit als LKW-Chauffeur. Was die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit anbelangt, so führte

sie aus, es sei gut denkbar und wahrscheinlich, dass der Versicherte in verschiedenen anderen Tätigkeitsgebieten wieder Fuss fassen könne. Für andere Tätigkeiten als die eines LKW-Chauffeurs sei er jedoch nicht ausgebildet. In diesem Fall sei er auf Grund der derzeitigen psychischen Verfassung und des Alters auf geeignete Umschulungs- bzw. Wiedereingliederungsmassnahmen angewiesen (IV-Nr. 37.4, S. 1 ff.). Somit hat auch die behandelnde Psychiaterin entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers eine andere Tätigkeit als möglich erachtet, wenn auch ohne Angabe des Umfangs, und die fehlende Ausbildung als Haupthindernis angesehen.

Des Weiteren ist nicht zu beanstanden, wenn der psychiatrische F. ___-Gutachter festhält, die depressive Symptomatik befinde sich auf einem Niveau wie im Dezember 2019 (Untersuchungszeitpunkt bei Dr. med. L. ___, IV-Nr. 37.3, S. 1 ff.), gleichzeitig aber eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit attestiert. Dr. med. L. ___ diagnostizierte im Dezember 2019 eine Anpassungsstörung, da die Symptomatik seiner Ansicht nach von aussen gesehen und auch im Erklärungsmodell des Versicherten selber eine Reaktion auf die anhaltenden schweren Belastungen des Alltags sei (IV-Nr. 37.3, S. 8). Konkret führte er aus, insgesamt sei die depressive Symptomatik nicht ausreichend konsistent belegt, als dass ohne Zweifel von einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen werden müsste. Vielmehr scheine die depressive Symptomatik im Ausprägungsbereich einer leichtgradigen depressiven Episode zu liegen (5 vorhandene Symptome gemäss den ICD-10-Kriterien). Er attestierte zwar eine Arbeitsfähigkeit von 40 %. Diese könne aber um 20 % pro Monat gesteigert werden (IV-Nr. 37.3, S. 9). Es gebe laut Dr. med. L. ___ aus medizinisch-theoretischer Sicht keine gesicherte Diagnose, welche eine weitere anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen könnte. Könne der Versicherte seine Arbeitsfähigkeit nicht praktisch realisieren, liege der wahrscheinlichste Grund in den beschriebenen krankheitsfremden Umständen bzw. an der Summe der bisherigen belastenden Erlebnisse. Daraus lasse sich aber keine primär krankheitsbedingte, psychiatrisch begründbare Arbeitsunfähigkeit ableiten (IV-Nr. 37.3, S. 8). Wie Dr. med. L. ___ diagnostizierte auch med. prakt. R. ___ eine Anpassungsstörung und keineschwere depressive Symptomatik. So sei die zwischenzeitlich beschriebene schwere depressive Symptomatik laut psychiatrischem Gutachter derzeit nicht zu erkennen. Es liege eher eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion vor. Auch diesmal habe keine anhaltende depressive Verstimmung festgestellt werden können. Im Vergleich erscheine der Versicherte bei der jetzigen Begutachtung deutlich weniger depressiv als zu dem Zeitpunkt der stationären Behandlung und der Teilnahme an der Massnahme in der Einrichtung E. ___ (siehe dazu die Ausführungen unter E. II. 7.2.4 hiervor). Dem psychiatrischen Gutachter präsentierte sich eine identische Befundlage wie bei Dr. med. L. ___ im Dezember 2019, weshalb seine obige Anmerkung durchaus nachvollziehbar erscheint. Wenn der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers als Nichtmediziner zu einer anderen Auffassung gelangt, vermag dies den Beweiswert der Beurteilung des psychiatrischen Teilgutachters nicht zu vermindern. Dasselbe gilt auch in Bezug auf die Vorbringen des Vertreters zu der von med. prakt. R. ___ diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung (A.S. 13 f.). Wie unter E. II. 7.2.4 hiervor dargelegt, fanden sich gemäss den überzeugenden Ausführungen des Gutachters weder Hinweise für Persönlichkeitsstörungen noch hat die diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung mit einer monatlich auftretenden Frequenz von Flashbacks einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

7.3.2 In Bezug auf das internistische Teilgutachten bringt der Beschwerdeführer vor, aufgrund der Bemerkung der internistischen Gutachterin, wonach auch bei erfolgreich therapiertem Schlafapnoesyndrom mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einer relevanten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, stehe fest, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege (A.S. 10). Mit der Beschwerdegegnerin (A.S. 29) ist nicht davon auszugehen, dass sich diese Aussage auf die Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Verweistätigkeit bezieht, zumal die internistische Gutachterin einzig Tätigkeiten, die eine erhöhte Aufmerksamkeit oder die Fahreignung der medizinischen Gruppe 2 erfordern, als nicht geeignet betrachtete (siehe Ziff. 8.2.1 im internistischen Gutachten), sonst aber keine Einschränkungen in einer leidensangepassten Tätigkeit attestierte (Ziff. 8.2.2 bis 8.2.4 im internistischen Gutachten). Auch in der Gesamtbeurteilung attestierte Dr. med. O.____ aus internistischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (IV-Nr. 72.2, S. 10) und nannte aus internistischer Sicht gleichzeitig keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 72.2, S. 8).

Des Weiteren bemängelt der Beschwerdeführer die im neurologischen Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer Verweistätigkeit (A.S. 14 f.). Er bringt aber nichts vor, was an den Einschätzungen des neurologischen Teilgutachters Zweifel erwecken könnten. Es ist darauf hinzuweisen, dass im neurologischen Gutachten von rein neurologischer Seite keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit attestiert wurde. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht ergibt sich einzig aus der reduzierten Leistungsfähigkeit von 30 % aufgrund der Insomnie. So seien aufgrund der ausgeprägten Müdigkeit vermehrte Pausen notwendig. Dass die Reduktion der Leistungsfähigkeit auf 30 % beziffert wurde, ist nachvollziehbar und nicht zu beanstanden (siehe dazu die Ausführungen unter E. II. 7.2.2 hiervor).

Was den vom Beschwerdeführer kritisierten Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung anbelangt (A.S. 15), hat der psychiatrische Gutachter in seinem Teilgutachten in der Tat festgehalten, dass der Beschwerdeführer im März 2020, als er aus der stationären Behandlung entlassen worden sei, als schwer depressiv eingeschätzt worden sei (IV-Nr. 72.7, S. 26; siehe auch Austrittsbericht der Klinik M.____ vom 24. März 2020, IV-Nr. 40, S. 2 ff.). Dass die F.____-Gutachter in ihrer Gesamtbeurteilung dennoch von einer seit der somnologischen Abklärung im Mai 2019 bestehenden Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ausgingen (IV-Nr. 72.2, S. 10 f.), kann aber nicht als schwerwiegender Widerspruch gesehen werden, so dass auf das F.____-Gutachten nicht abgestellt werden könnte. In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachten denn auch fest, dass eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit / Arbeitsunfähigkeit ohne die begutachtete Person auch früher selber untersucht zu haben, nicht unproblematisch sei. Retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der rechtzeitig erhobenen Befunde und gestützt darauf vorgenommenen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nicht möglich (IV-Nr. 72.2, S. 10). Vor diesem Hintergrund und auch mit Blick auf die psychiatrische Vorbegutachtung von Dezember 2019 (E. II. 6.6 hiervor), deren Ergebnisse mit jenen des psychiatrischen Teilgutachtens vom 1. Juli 2021 weitgehend übereinstimmten, kann eine länger dauernde volle Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit nicht als ausgewiesen gelten.

7.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die F.____-Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet

werden. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Damit ist diesem Gutachten auch unter Berücksichtigung der Vorbringen des Beschwerdeführers voller Beweiswert zuzumessen. Von einer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, den der Beschwerdeführer sinngemäss rügt (A.S. 17 f.), kann vor diesem Hintergrund nicht gesprochen werden. So liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise dann keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör, wenn der Versicherungsträger bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten (vgl. E. II. 3.3 hiervor). Davon ist vorliegend auszugehen.

E. 5

Dyslipidämie, ED 06/2019 - AGLA-Score 16.2 % (intermediäres Risiko)

E. 5.1

mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer im Verfügungszeitpunkt weder das 55. Lebensjahr zurückgelegt noch bestand vorgängig ein Rentenanspruch. Die Durchführung der vom psychiatrischen Teilgutachter empfohlenen Wiedereingliederungsmassnahmen ist für die Umsetzung der gutachterlich festgestellten Leistungsfähigkeit daher nicht erforderlich.

E. 6

Vitamin-B12 Unterversorgung (40.4 pmol/L am 26. Juni 2019)

E. 6.5

6.5.1 Med. prakt. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrem Bericht an die Taggeldversicherung des Beschwerdeführers vom 30. Oktober 2019 (IV-Nr. 37.4, S. 1 ff.) aus, bis zu den erwähnten Schlafstörungen habe der Versicherte trotz seiner ihn belastenden Vergangenheit seinen Beruf als LKW-Fahrer sehr gerne ausgeübt. Zurzeit lasse sich nicht beurteilen, ob er diese Tätigkeit je wieder werde ausüben können. Aus diesem Grund bestehe die einzige Möglichkeit darin, ihn mit einer Umschulung und Wiedereingliederungsmassnahmen beruflich zu integrieren. Eine wirksame therapeutische Behandlung lasse sich erst dann realisieren, wenn seine nähere Zukunft und die seiner Familie existenziell Perspektiven aufweise und abgesichert sei. Es könne mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden. Der Versicherte sei handwerklich in der Verarbeitung von Holz und Metall sehr talentiert, jedoch ohne Ausbildung. Baldige Umschulungs- und Eingliederungsmassnahmen von Seiten der IV wären mit Sicherheit unterstützenswert und indiziert. Der Versicherte könne auf unbestimmte Zeit nicht mehr als LKW-Chauffeur eingesetzt werden, dies aufgrund der chronischen Insomnie und des Schlafapnoe-Syndroms. Es sei gut denkbar und wahrscheinlich, dass der Versicherte in verschiedenen anderen Tätigkeitsgebieten wieder Fuss fassen könne. Für andere Tätigkeiten als die eines LKW-Chauffeurs sei er jedoch nicht ausgebildet. In diesem Fall sei er auf Grund der derzeitigen psychischen Verfassung und des Alters auf geeignete Umschulungs- bzw. Wiedereingliederungsmassnahmen angewiesen. In so einem Rahmen müssten seine Leistungsfähigkeit und das mögliche Pensum neu beurteilt werden. Vermutlich seien dem Versicherten verschiedenste Tätigkeiten mit einem geringen Gefahrenpotenzial zuzumuten. Einschränkungen beständen zurzeit durch eine erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und einer

verminderten Merkfähigkeit. Der Versicherte müsse vorgängig in einer geschützten Umgebung die Möglichkeit bekommen, herauszufinden, welche Tätigkeit er in welchem Umfang leisten könne. 6.5.2 Med. prakt. C.____ hielt in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 16. Dezember 2019 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 29): - Traumafolgestörungen / Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Mittelschwere depressive Episoden (ICD-10 F32.2) - Chronische Insomnie - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom Der Beschwerdeführer sei von seinem Hausarzt Dr. med. K.____ zugewiesen worden. Die Gründe seien vor allem die Auswirkungen einer chronischen Insomnie und eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms gewesen, das vom 25. Juni 2019 bis 8. Juli 2019 in der Klinik I.____ diagnostiziert und behandelt worden sei. Der Beschwerdeführer habe trotzdem in der Folge seine Tätigkeit als LKW Chauffeur anfangs nur noch zum Teil und später nicht mehr ausüben können. Der Beschwerdeführer sei im Jahr 2003 mit Frau und zwei Kindern aus [...] geflüchtet. Der Grund habe in der [...] Abstammung gelegen, die einige Gefängnisaufenthalte und die Enteignung seines Besitzes zur Folge gehabt habe. Zudem sei er im Kriegseinsatz an der Front gewesen und sei mit erheblichen traumatischen Erinnerungen belastet. Zur Prognose führte die behandelnde Psychiaterin aus, vermutlich seien dem Beschwerdeführer verschiedenste Tätigkeiten mit einem geringen Gefahrenpotential zuzumuten. Die bisherige Tätigkeit als LKW-Chauffeur könne nicht mehr ausgeübt werden. Wegen Sekundenschlafepisoden sei der Versicherte nicht fähig, am Strassenverkehr teilzunehmen. Wie viele Stunden dem Versicherten eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar sei, müsste im Rahmen eines Arbeitsversuchs mit angepasster Tätigkeit neu eruiert werden. 6.6 Am 19. Dezember 2019 erstattete Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im Auftrag der Taggeldversicherung des Beschwerdeführers einen Bericht mit Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 37.3, S. 1 ff.). Dr. med. L.____ stellte darin folgende Diagnosen: - Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) - anhaltende, komplexe psychosoziale Belastungssituation - anhaltende Schlafstörung - Schmerzproblematik Wirbelsäule (in somatischer Abklärung) - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom Im Rahmen der schlafmedizinischen Abklärungen sei auch auf die möglicherweise als hauptverantwortlich für die Beschwerden vorhandene belastende psychosoziale Situation hingewiesen worden. Die depressive Symptomatik sei offenbar nicht sehr offensichtlich gewesen, sei sie in den Berichten der doch psychiatrienahen Schlafmedizin mehr nebenbei und erst im Verlauf erwähnt worden, ohne dass eine Zustandsverschlechterung mit depressiver Symptomatik beschrieben worden sei. Im Arztbericht der behandelnden Psychiaterin seien eine PTSD und eine anhaltende mittelschwere Depression als Diagnosen genannt worden. Im Hinblick auf diese Diagnosen seien die Angaben im Bericht aber nicht schlüssig. Die eigene ausführliche, anamnestische Befragung des Versicherten fördere zwar prägend-belastende Kriegs- und Gefängnis-Erlebnisse zutage. Klare Hinweise auf eigentliche Traumatisierung im engeren Sinn ergäben sich im Untersuchungsgespräch aber nicht. Der später sehr hohe Alkoholkonsum und die dauernden Streitigkeiten könnten Hinweise für Traumafolgen sein. Die wiederholten Beschreibungen des Versicherten zu den familiären Streitigkeiten hätten plausible Gründe für die dauernden Spannungen erwähnt; sie schienen nicht primär von einem traumatisierten und sich daher dysfunktional verhaltenden Versicherten auszugehen. Damit werde nicht bestritten, dass der Versicherte ein von regelmässigen Schicksalsschlägen geprägtes Leben habe. Eine krankheitswertige Störung könne daraus aber nicht abgeleitet werden. Er habe zwar Albträume, auch ein mögliches Symptom einer Traumatisierung; inhaltlich gehe es dabei meist um die

schwierige Situation in der Schweiz, nicht um frühere Erlebnisse. Auch Fragen nach Flashbacks seien verneint worden. Es hätten somit klare Hinweise auf eine eindeutig krankheitsbedingte Ursache der vielen Probleme des Versicherten gefehlt. Der Versicherte beklage sich aktuell neben der Schlafstörung, die sein grösstes Problem sei, über eine veränderte Stimmung, über einen freudlosen Alltag, über einen passiven Todeswunsch, über Konzentrationsprobleme und über Rückenbeschwerden. In der eigenen Untersuchung zeige sich ein im ersten Eindruck emotional verfügbar wirkender Versicherter, der doch im Verlauf der Untersuchung objektivierbare Veränderungen der Stimmung zeige, eine anhaltend depressive Verstimmung habe aber nicht festgestellt werden können; die Stimmung schein sehr mit dem Berichteten mitzuschwingen. Der Versicherte erscheine ziemlich verzweifelt, aber in einem normalpsychologisch nachvollziehbaren Ausmass im Vergleich zum Erlebten. Auch die Konzentration sei während dem längeren Untersuchungsgespräch nicht spürbar beeinträchtigt gewesen. Insgesamt sei die depressive Symptomatik nicht ausreichend konsistent belegt, als dass ohne Zweifel von einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen werden müsste. Vielmehr schein die depressive Symptomatik im Ausprägungsbereich einer leichtgradigen depressiven Episode zu liegen (5 vorhandene Symptome gemäss den ICD-10-Kriterien). Für die diagnostische Einordnung in dieser Untersuchung werde die Diagnose einer Anpassungsstörung gewählt (vergleichbar im Hinblick auf die Ausprägung der Symptomatik mit einer leichten Depression), da die Symptomatik von aussen gesehen und auch im Erklärungsmodell des Versicherten selber eine Reaktion auf die anhaltenden schweren Belastungen des Alltags sei. Und auch, da es sich beim Leitsymptom nicht um die Stimmungsänderung, sondern um die Schlafstörung handle. Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. L. ___ Folgendes aus: Bei einer Anpassungsstörung handle es sich um ein vergleichsweise leichtes psychiatrisches Störungsbild, von dem anzunehmen sei, dass es sich in Abhängigkeit von der äusseren Belastungssituation zurückbilde. Grundsätzlich sei von einer günstigen Prognose auszugehen. Die berufliche Leistungsfähigkeit könne durch eine Anpassungsstörung aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht anhaltend beeinträchtigt sein. Die Symptomatik könne zu einer Minderung der Arbeitsleistung führen, indem die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, die Fähigkeit und Bereitschaft zu sozialen Interaktionen, die Entscheidungsfähigkeit oder die Proaktivität eingeschränkt seien. Der Verlauf der Störung des Versicherten sei schon etwas in die Länge gezogen. Er sei – wie die behandelnde Ärztin zur Recht anmerke – wohl hauptsächlich von einer günstigen beruflichen Perspektive und von einer Beruhigung der familiären Konflikte abhängig. Die Tätigkeit als Berufschaffeur sei auf absehbare Zeit in Anbetracht der vorhandenen bzw. sich immer wieder verstärkenden Schlafstörung unrealistisch, wie das auch schon von den schlafmedizinischen Kollegen eingeschätzt worden sei. Für einfache andere Tätigkeiten sei aber von mindestens einer Teilarbeitsfähigkeit auszugehen, welche in der Folge gesteigert werden könne (IV-Nr. 37.3, S. 8). Für jede der Ausbildung und den Fähigkeiten des Versicherten entsprechende Tätigkeit bei einem anderen Arbeitgeber bestehe aus versicherungsmedizinisch-theoretischer Sicht ab 1. Januar 2020 schätzungsweise eine Arbeitsfähigkeit von 40 %. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit um 20 % pro Monat sollte in der Folge möglich sein (IV-Nr. 37.3, S. 9). In Richtung einer Steigerung der Leistungsfähigkeit könnte eine erneute Anpassung der Therapie nützlich sein (Medikation; allenfalls psychotherapeutische Unterstützung in der Muttersprache). Es gebe aus medizinisch-theoretischer Sicht keine gesicherte Diagnose, welche eine weitere anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen könnte. Könne der Versicherte seine Arbeitsfähigkeit nicht

praktisch realisieren, liege der wahrscheinlichste Grund in den beschriebenen krankheitsfremden Umständen bzw. an der Summe der bisherigen belastenden Erlebnisse. Daraus lasse sich aber keine primär krankheitsbedingte, psychiatrisch begründbare Arbeitsunfähigkeit ableiten (IV-Nr. 37.3, S. 8).

6.7 Dem Bericht des Spitals H.____ (Neurologischer Sprechstunden- und Elektrophysiologiebericht) vom 31. Januar 2020 (IV-Nr. 50, S. 7 f.) lässt sich entnehmen, der Patient zeige bekannte Diskopathien L4/5 und L5/S1 mit fraglicher Radikulopathie. In der Vorgeschichte (vor 7 – 8 Jahren) Lumbalgien, welche vollständig regredient gewesen seien. Aktuell ohne Lumbalgien, Gefühlsstörungen bds., wobei er sich insbesondere links gestört zeige. Klinisch gebe es jedoch einzig rechts leichte Auffälligkeiten mit Sensibilitätsstörung an Zehen und Ferse und leichter Schwäche des Einkrallens Dig 4/5 rechts. Die vom Patienten insbesondere linksseitig beschriebenen Par-/Dysästhesien mit möglichen Myoklonien, abendbetont mit Bewegungsdrang, seien, wenn sie auch klar einseitig aufträten, verdächtig für ein Restless-Legs-Syndrom, möglicherweise dennoch sekundär bei diskreter lumboradikulärer Affektion. Hinweise für eine Polyneuropathie seien neurographisch nicht ersichtlich.

6.8 Gemäss Austrittsbericht der Klinik M.____ vom 24. März 2020 (IV-Nr. 40) war der Beschwerdeführer vom 14. Februar 2020 bis 24. März 2020 in der Klinik in stationärer Behandlung gewesen. Im Bericht wurden folgende Diagnosen genannt: 1. Rezidivierende depressive Störung, ggw. schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) 2. Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) 3. Schlafapnoesyndrom, CPAP Therapie (ICD-10 G47.39) 4. Bandscheibenvorfall L1 /L2 (ICD-10 M51.2) 5. Essentielle Hypertonie benigne mit Angabe einer hypertensiven Krise (ICD-10 I10.01) 6. V.a. KHK bei anstrengungsbedingtem präkordialen Druck und Atemnot bei ws. hohem AGLA Gemäss Mini-ICF seien in den Bereichen Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, mittelgradige Beeinträchtigungen ersichtlich. In dem Bereich Widerstands- und Durchhaltefähigkeit seien erheblich ausgeprägte Beeinträchtigungen ersichtlich. Die genannten Beeinträchtigungen hätten zu einer deutlich reduzierten Belastbarkeit geführt. Der Versicherte werde weiterhin als nicht arbeitsfähig erachtet, da die Belastungen durch die Traumafolgestörung und die Depression weiterhin ausgeprägt seien. Eine AUF zu 100 % bis inkl. 8. April 2020 sei ausgestellt worden. Aufgrund der bestehenden Einschränkungen durch die Schlafapnoe und die bisher noch nicht hinreichende Behandlung derselben sei der berufliche Wiedereinstieg aktuell nicht absehbar. Eine weitere Abklärung der gesundheitlichen Situation (Abklärung Kardiologie Spital N.____ am 28. April 2020 geplant) sowie eine weitere Behandlung der Schlafapnoe seien indiziert. Da das Tragen einer CPAP Maske auch erlebte Traumatisierungen triggern könne, werde bei hinreichender Stabilisierung die Behandlung der traumatischen Erfahrungen ebenfalls als indiziert erachtet.

E. 6.9

6.9.1 Gemäss Bericht der Klinik I.____ vom 24. Juni 2020 (IV-Nr. 55, S. 3 ff.) sei die aktuelle Vorstellung zur Durchführung eines FE-MWT 2 mit der Frage nach Fahreignung von LKW erfolgt. Dieser Test sei nicht bestanden worden. Der Patient sei für das Führen von LKWs (medizinische Gruppe 2) aktuell nicht fahrgeeignet. Der Fahreignungs-Test für die medizinische Gruppe 1, dem im Vergleich zum vorgenannten Test weniger strenge Kriterien zugrunde lägen, sei bestanden worden, das Ergebnis sei jedoch grenzwertig und daher kontrollbedürftig (mehrere Mikroschlafepisodes). Bezüglich der Schlafstörung sei anamnestisch aktuell davon auszugehen, dass der Patient nur noch wenig von den gelernten

Inhalten aus dem stationären verhaltenstherapeutischen Insomnie-Programm zu Hause umsetze. Bemerkenswert sei auch, dass der Patient anscheinend aktuell aufgrund seiner psychischen Situation ein IV Begehren gestellt habe und die Schlafproblematik darin wohl auch eine gewisse Rolle spiele. Das IV Begehren sei pendent. 6.9.2 Dem Bericht der Klinik I.____ vom 6. Oktober 2020 (IV-Nr. 72.8, S. 1 ff.) lässt sich entnehmen, in der durchgeführten FE-MWT habe der Versicherte eine normale Fähigkeit gezeigt, in monotonen Situationen wach zu bleiben, diesmal ohne Mikroschlafepisoden. Im psychomotorischen Vigilanztest hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Hiermit sei die Fahreignung sowohl für Gruppe 1 als auch für Gruppe 2 gegeben. Aktuell fahre der Patient keinen LKW und habe vor, möglichst auf diesen Beruf zu verzichten, was in seinem Fall durchaus sinnvoll sei. Ausserdem werde ein Vermeiden von jeglicher Schichttätigkeit mit Verschiebung der Bettzeiten empfohlen. Die kognitive Verhaltenstherapie der Insomnie solle mit gelernten Therapiemodulen fortgesetzt werden und das Schlafenster erst, wenn eine subjektive Schlaffeffizienz bei mehr als 85 % liegen würde (aktuell ca. 75 %), in kleinen Schritten geöffnet werden. 6.10 Dem Verlaufsbericht von med. prakt. C.____ vom 8. Oktober 2020 (IV-Nr. 55, S. 1 f.) lässt sich entnehmen, die therapeutische Behandlung müsse vor allem als flankierende Massnahme zur Unterstützung bei hauptsächlich akuten familiären Konflikten angesehen werden. Der Versicherte fühle sich nie sicher und halte sich meistens in seinem Zimmer auf. Das Schlafverhalten sei stark gestört. Die Frustrationstoleranz sei erheblich herabgesetzt. Ständige Konflikte mit der Ehepartnerin, zum Teil mit Gewaltausbrüchen, verunmöglichten eine psychotherapeutische Behandlung im eigentlichen Sinne. Zum 1. Oktober 2020 habe sich der Versicherte von seiner Ehefrau getrennt und sei mit der Tochter aus der gemeinsamen Wohnung ausgezogen. 6.11 Im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 16. August 2021 (IV-Nr. 72.1 – 72.8) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-Nr. 72.2, S. 8): - Leichtes, in Rückenlage schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, ED 02/2019 (ICD-10 G47.31) - Aktuell keine etablierte Therapie - Fehlende Fahreignung für die medizinische Gruppe 2 (Klinik I.____ 06/2020) - Chronische Insomnie (ICD-10 F51.0) mit / bei - Klinisch: Durchschlafstörung, frühmorgendliches Erwachen, deutliche Tagesschläfrigkeit - In Rückenlage schwere Schlafapnoe / Hypopnoe - Ätiologie: Psychophysiologisch, DD zirkadiane Rhythmusstörung - Bildgebend (MRI Schädel) 2/2021: Kein Nachweis einer strukturellen Läsion Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD 10 F43.2) - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeit, derzeit geringer Konsum (ICD

E. 7

V.a. Tennisellbogen Der Versicherte sei vom 25. Juni bis 8. Juli 2019 in der Klinik hospitalisiert gewesen. Der Versicherte habe erfolgreich am multidisziplinären stationären CBT-I Programm teilgenommen. Ziel sei es gewesen, die Durchschlafinsomnie und die Schläfrigkeit zu verbessern, um eine rasche berufliche Integration als LKW-Chauffeur zu erreichen. Aufgrund von täglich wechselnden Arbeitszeiten seien die Bettzeiten des Patienten anamnestisch sehr unregelmässig und hätten täglich von 02:00 Uhr bis 05:00 Uhr variiert. Auch die Festlegung einer fixen morgendlichen Arbeitszeit um 04:45 Uhr vor zwei Monaten habe bisher keine Besserung der Durchschlafstörung im ambulanten Setting erbracht. Nach problemloser Einschlafphase innerhalb von wenigen Minuten (gegen 23:00 Uhr) sei es nach ca. zwei bis drei Stunden Schlaf zu einem grundlosen Erwachen mit längeren (ca. ein- bis dreistündigen) Wachzeiten gekommen, so dass niedrige

Schlafeffizienzen um 60 % resultiert hätten. Ausgehend davon sei eine Restriktion auf fünf Stunden Bettliegezeit / Nacht (00:00 bis 5:00 Uhr) begonnen worden. Unter aktimetrischer Kontrolle und täglicher Schlafdruckmessung habe festgestellt werden können, dass sich dieser rasch innerhalb weniger Tage aufgebaut habe. Innerhalb der ersten sechs Tage hätten sich die Durchschlafstörungen reduziert, die langen Wachzeiten seien nicht mehr aufgetreten und die Schlafeffizienzen seien auf 93 % gestiegen. Allerdings sei es weiterhin fünf bis sechs Mal pro Nacht zu kurzen Wachphasen für wenige Minuten gekommen, was den Patienten subjektiv deutlich beeinträchtigt habe, auch weil hierbei oft ein schreckhaftes Erwachen und Gedankengrübeln aufgetreten seien. Es sei daher zusätzlich mit der Behandlung mit Quetiapin 50 mg begonnen worden, worunter sich die Symptomatik gebessert habe und das kurze Erwachen noch ein bis zwei Mal in der Nacht aufgetreten sei. Gleichzeitig habe das Schlafenster auf sechs Stunden (23:30 bis 05:30 Uhr) geöffnet werden können. Die Schlafqualität sei von 2 – 3/10 auf 7 – 8/10 gestiegen, nicht jedoch die subjektive Müdigkeit (weiterhin bei 3 – 4/10 identisch mit dem Ausgangswert 3 – 4/10). Unter dem hohen Schlafdruck und dem gebesserten Nachtschlaf sei ein nächtliches Verlassen des Bettes bei Wachphasen nur am Anfang nötig gewesen, wobei der Patient hier die Grundprinzipien der Stimuluskontrolle sehr konsequent und effektiv umgesetzt habe. Der Patient habe von einem speziellen EEG-monitorierten Schlafwahrnehmungstraining profitiert, so dass er gegen Ende des Trainings die meisten Einschlafepisoden richtig wahrgenommen habe. Begleitend seien psychologische Gespräche erfolgt, schlafhygienische und verhaltenstherapeutische Bewältigungsstrategien der Insomnie, körperliche Aktivierung, Psychoedukation, Training von Achtsamkeit und Entspannung (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson), Imaginationsübungen und Biofeedback. Der Versicherte habe sehr motiviert an den Skills und Verhaltenstrainings mitgearbeitet. Dem Versicherten sei es gut gelungen, die schlafedukativen Informationen in seinen Alltag einzubauen. Mittels Biofeedback und Entspannungstraining sei es ihm zunehmend gelungen, die für das Einschlafen notwendige Entspannung zu steuern. Nur bedingt hätten angesichts der kurzen Aufenthaltsdauer Strategien zur Verarbeitung der belastenden familiären Konflikte vermittelt werden können (Details. s. psychotherapeutischer Verlauf). Für die weitere Stabilisierung der Symptomatik würden im Verlauf drei Faktoren entscheidend sein: Erstens, ob der Patient trotz der sehr wechselnden Arbeitszeiten die Anwendung der schlafmedizinischen Module umsetzen könne; ggf. seien sonst Anpassungen der Arbeitszeiten zu diskutieren. Zweitens, ob mit weiterer Konsolidierung des Nachtschlafs sich auch die Tagesschläfrigkeit konsekutiv verbessere. Dies habe kurzfristig innerhalb der zweiwöchigen CBT-I nicht erreicht werden können. Es sei daher geplant, die Tagesschläfrigkeit mit Hilfe eines FE-MWTs bei der nächsten Wiedervorstellung zu objektivieren, auch weil die Arbeitsfähigkeit des Patienten als LKW-Chauffeur davon abhängen. Drittens, ob es dem Patienten gelinge, Coping-Strategien seiner familiären Konflikte zu erlernen. Diese seien zweifellos wichtige Kofaktoren der Durchinsomnie.

6.3.2 Dem Verlaufsbericht der Klinik I. ___ vom 10. September 2019 (IV-Nr. 37.4, S. 16 ff.) lässt sich entnehmen, dem Versicherten sei es nicht gelungen, das CBT-I-Programm im ambulanten Setting weiterzuführen. Insbesondere die Einhaltung des Schlaffensters sowie die Umsetzung der Stimuluskontrolle seien nicht gelungen. Erst nach Einnahme von Cipralext und Relaxane habe sich bei einer Kernbettzeit von 24:00 bis 6:00 Uhr die Einschlaflatenz verkürzt. Es träten allerdings noch Durchschlafstörungen mit kurzem Erwachen auf. Insgesamt fühle sich der Patient den gesamten Tag müde, motivations- und unternehmungslös. Der Verlauf zeige, dass die Insomnie komorbid mit

einer depressiven Störung auftrate und diese aktuell im Vordergrund sei. Aus schlafmedizinischer Sicht werde empfohlen, die Synchronisierung des Schlaf-Wachrhythmus über die kognitiv-behaviorale Therapie und die chronobiologischen Massnahmen fortzusetzen. Gegebenenfalls seien in Abhängigkeit vom Verlauf weitere medikamentöse Therapieversuche einzuleiten (z.B. Umstellung auf Valdoxan). Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit und Fahreignung sei neben der somnologischen Einschätzung nun eine psychiatrische Festlegung notwendig, da die depressive Erkrankung mehr und mehr im Vordergrund stehe. Aus rein schlafmedizinischer Sicht sei der Patient zum aktuellen Zeitpunkt nur unter angepassten Bedingungen 100 % arbeitsfähig. Diese beinhalteten eine Anpassung insbesondere der morgendlichen Arbeitszeiten, um das Schlaffenster einhalten zu können und die Vermeidung von stark wechselnden Arbeitszeiten, die den zirkadianen Rhythmus beeinträchtigten. Der Versicherte habe aktuell formal einen normalen, aber kontrollbedürftigen Fahreignungs-MWT. Die Fähigkeit, in monotonen Situationen wach zu bleiben, sei im heutigen Test erhalten, es träten jedoch Mikroschlafepisodes auf, die kontrollbedürftig seien, weshalb der Test in ca. vier bis fünf Monaten kontrolliert werde.

6.3.3 Im gleichentags erstellten Bericht an die Taggeldversicherung des Beschwerdeführers (IV-Nr. 37.3, S. 10 f.) führte die Klinik I.____ zusätzlich aus, in der bisherigen Tätigkeit sei der Patient aus schlafmedizinischer Sicht prinzipiell arbeitsunfähig als LKW-Chauffeur aufgrund der ausgeprägten Tagesschläfrigkeit, die objektiv nachweisbar sei. In der letzten Vorstellung vom 19. August 2019 habe sich dieser Test zwar deutlich verbessert, sei aber weiterhin aufgrund des Auftretens von Schlafmikroepisodes als kontrollbedürftig einzuschätzen. Die Kontrolle sei für Dezember 2019 / Januar 2020 geplant. Bis dahin sei der Patient aus rein somnologischer Sicht arbeitsfähig unter angepassten Bedingungen. So seien die Arbeitszeiten so anzupassen, dass eine Störung des zirkadianen Rhythmus nicht mit der Therapie interferiere, insbesondere müsse es dem Patienten möglich sein, das Schlaffenster von 00:00 – 06:00 Uhr einhalten zu können. In anderen Tätigkeiten sei der Patient aus somnologischer Sicht arbeitsfähig, auch hier sei das Pensum abhängig vom weiteren Verlauf und dem Erfolg der Therapien. Auch hier sei die psychiatrische Einschätzung führend. Aus rein somnologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit auf zunächst 100 % festgelegt worden unter derzeit gebesserter Schlafqualität.

6.4 Dem Bericht der J.____ (Notfall- und Krisenambulanz) vom 24. Juli 2019 (IV-Nr. 46, S. 26 f.) lässt sich die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) entnehmen. Der Versicherte sei zur Nachbetreuung nach einem stationären Aufenthalt wegen Schlafstörungen und zur Behandlung von Impulsivität mit aggressiven Durchbrüchen seitens der Behandler in der Klinik I.____ zu einem Gesprächstermin in der Notfall- und Krisenambulanz des J.____ angemeldet worden. Psychopharmakologisch sei eine antidepressive Therapie mit Escitalopram in einer täglichen Dosierung von initial 5 mg etabliert worden. Des Weiteren sei nach Erörterung der Therapieoptionen mit dem Patienten eine symptomatische Therapie mit Relaxane in einer Dosierung von drei Tabletten täglich etabliert worden.

E. 7.2

Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt: 7.2.1 Dr. med. O.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im allgemeininternistischen Teilgutachten (IV-Nr. 72.4) aus, dass sich aus allgemeininternistischer Sicht einzig aufgrund des nicht therapierten Schlafapnoesyndroms eine Einschränkung der bisherigen Arbeitsfähigkeit als Lastwagenchauffeur von 100 % ergebe. So seien Tätigkeiten, die eine erhöhte Aufmerksamkeit oder die Fahreignung der

medizinischen Gruppe 2 erforderten, dem Versicherten nicht gestattet (IV-Nr. 72.4, S. 20). Darüber hinaus ergäben sich aus allgemeininternistischer Sicht aber keine Einschränkungen der Leistungsfähigkeit (siehe IV-Nr. 72.4, S. 17 f.). Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die Befundlage sowie die im Rahmen der aktuellen Begutachtung durchgeführten Untersuchungen als plausibel.

7.2.2 Dem neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 72.5) liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde. Für die Beurteilung führte Dr. med. P.____, Facharzt für Neurologie FMH, zusätzlich zur klinischen Untersuchung (IV-Nr. 72.5, S. 18 f.) eine Elektroneurographie durch (IV-Nr. 72.5, S. 19 f.) und zog den im Rahmen der Begutachtung erstellten MRT-Bericht des Neurokraniums / NNH (IV-Nr. 72.8, S. 4 f.) sowie weitere Berichte bei (IV-Nr. 72.5, S. 28 ff.). Er beschäftigte sich in seiner medizinischen Beurteilung eingehend mit den Vorakten und den vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden. Seine Schlussfolgerungen sind schlüssig und nachvollziehbar (IV-Nr. 72.5, S. 21 ff.): Für den Versicherten stehe die sehr schlechte Schlafqualität und die ausgeprägte Tagesmüdigkeit im Vordergrund. Diese sei lege artis in der Klinik I.____ dokumentiert worden. Nach Diagnosestellung seien mehrere, meist halbjährliche Kontrollen erfolgt, die dies weiter hätten dokumentieren können. Eine Einschränkung auf Grund einer chronischen Insomnie sei somit gesichert, die Genese sei offen, diskutiert worden seien im Wesentlichen psychosoziale Faktoren. Spezielle Verhaltensmassnahmen hätten dies aber zuletzt auch bessern können, so sei im Oktober 2020 wieder eine Fahrtauglichkeit für Kategorie 1 und 2 gesehen worden. Weiter beklage der Versicherte lumbale Schmerzen, die aktuell nicht sehr im Vordergrund stünden und lokal angegeben worden seien. Ein MRI diesbezüglich, zuletzt dokumentiert im Oktober 2019, zeige sicherlich degenerative Veränderungen, die die Schmerzen erklären könnten. Eine schwerere Pathologie finde sich aber weder bildgebend, noch elektrophysiologisch, noch klinisch-neurologisch. Somit ergebe sich hieraus keine Arbeitsunfähigkeit. Schliesslich sei zeitweilig ein Restless-Legs-Syndrom diskutiert worden, aktuell ergebe sich diesbezüglich anamnestisch kein Anhalt. Gestützt auf die obigen Ausführungen erscheint auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar: Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitszeit von 8.5 Stunden in der bisherigen Tätigkeit. Hierbei sei aber zu bedenken, dass aufgrund der Müdigkeit, die auch dokumentiert sei, die Erlaubnis zum Fahren eines LKWs von der Beurteilung der Klinik I.____ abhängig sei. Aktuell sei dies erlaubt, dies könne sich aber ändern. Darüber hinaus ergebe sich von neurologischer Seite keine Einschränkung. Aufgrund der ausgeprägten Müdigkeit, die dokumentiert sei, seien vermehrte Pausen notwendig, so dass die Leistungsfähigkeit reduziert werde. Diese Reduktion werde mit 30 % angenommen. Diese Arbeitsfähigkeit gelte seit der Dokumentation der erneuten Arbeitsfähigkeit zum LKW-chauffieren vom Oktober 2020. Seit Krankenschreibung, d.h. seit Mai 2019 bis Oktober 2020, bestehe für die Tätigkeit als LKW-Chauffeur eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für eine angepasste Tätigkeit wäre es grundsätzlich in Zukunft wünschenswert, wenn der Versicherte nicht LKW fahren müsste, da die Erlaubnis aufgrund der Insomnie immer wieder widerrufen werden könnte. Ansonsten sei eine Tätigkeit angepasst, die wechselhafte Belastungen habe, auch körperliche Bewegung beinhalte und nicht zu lange „ermüdende Tätigkeiten“ beinhalte, wie lange an einem Computer arbeiten oder auf Bildschirme schauen. Körperlich bestünden leichte Einschränkungen bezüglich der lumboradikulären Problematik, d.h. sehr schwere Lasten sollten nicht gehoben werden, nicht schwerer als 10 kg. Von neurologischer Seite wäre in einer solchen Tätigkeit die Arbeitszeit nicht eingeschränkt. Aufgrund der Insomnie bestehe aber auch in einer angepassten Tätigkeit eine reduzierte

Leistungsfähigkeit, wie oben beschrieben, um 30 %. 7.2.3 Den Einschätzungen des orthopädischen Teilgutachters (IV-Nr. 72.6) liegt eine umfangreiche klinische Untersuchung (vgl. IV-Nr. 72.6, S. 15 ff. und S. 27 ff.) zugrunde. Auch Dr. med. Q.____, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, setzte sich mit den Vorakten auseinander (IV-Nr. 72.6, S. 7 f. und 21). Der orthopädische Gutachter gelangte zum Ergebnis, aus orthopädischer Sicht könne eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung nicht attestiert werden. So bestünden weder motorische, mechanische oder statische Einschränkungen noch gebe es Einschränkungen bei Arbeiten in Zwangshaltungen oder aufgrund äusserer Umstände (Kälte, Feuchtigkeit, Nässe; IV-Nr. 72.6, S. 21). Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die umfangreichen klinischen Untersuchungen als plausibel. Auf das beweiswertige orthopädische Teilgutachten kann somit ebenfalls abgestellt werden.

E. 7.2.4.1

Med. prakt. R.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erhob nach ausführlicher Befragung des Beschwerdeführers (IV-Nr. 72.7, S. 7 ff.) den psychiatrischen Befund (IV-Nr. 72.7, S. 16 ff.): Der Versicherte berichte, dass seine psychiatrischen Beschwerden Anfang 2019 mit Schlafstörungen begonnen hätten. Er sei seit Mai 2019 arbeitsunfähig. Zunächst sei er wegen Sekundenschlaf krankgeschrieben gewesen, inzwischen werde er von seiner Psychiaterin med. prakt. C.____ krankgeschrieben. Der Versicherte berichte über Schlafstörungen, Antriebsstörung und Albträume. Er habe Albträume, dass er während der Arbeit die Bremse des LKWs nicht feststelle und der LKW dann wegrolle. Dazu habe er Albträume aus dem [...], an dem er als Soldat teilgenommen habe. Er träume dann von verstorbenen Kollegen. Ausserdem träume er, dass er ohne Kleider nach draussen gehe, weswegen er sich sehr schäme. Wegen den Schlafstörungen sei er tagsüber müde, versuche aber, wach zu bleiben. Der Versicherte habe zwar keine grosse Freude am Leben, werde sich aber wegen der Kinder nicht suizidieren. Es bestünden keine Selbstverletzungen und keine Fremdgefährdung. Wegen depressiver Beschwerden sei er von Februar 2020 bis März 2020 in der Klinik M.____ stationär behandelt worden (siehe E. II. 6.8 hiervor). Psychotische Symptome, Wahnerleben oder andere produktive Symptomatik seien nicht zu eruieren. Der Konsum illegaler Drogen werde verneint. Er rauche eine Packung Zigaretten täglich. Der Versicherte berichte, dass er zwischen dem 20. und 34. Lebensjahr zwei Flaschen Wodka pro Abend getrunken habe. Zwischen 2002 und 2008 habe er keinen Alkohol getrunken. Zwischen 2008 und 2018 habe er am Wochenende in Massen Alkohol getrunken. Der Versicherte gebe an, damals etwa ein bis zwei Bier pro Wochenende am Abend konsumiert zu haben. Seit 2018 habe er dann wieder begonnen, mehr zu konsumieren. Regelmässig trinke er seit einigen Monaten wieder hochprozentigen Alkohol. Er trinke zwei halbe Gläser am Abend, was wahrscheinlich 0,2 l Spirituosen pro Abend entspreche. Ängste, Panik, Phobien sowie Zwangsstörungen seien verneint worden. Als Traumatisierung werde die Teilnahme am [...] beschrieben. Seitdem er 2003 in die Schweiz gekommen sei, seien jedoch keine Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung mehr aufgetreten. 2018 seien wieder Symptome aufgetreten. Teilweise sei dies drei bis vier Mal pro Woche gewesen, inzwischen träten Flashbacks einmal im Monat auf. Es fänden sich keine Hinweise für Persönlichkeitsstörungen.

E. 7.2.4.2

Der psychiatrische Gutachter würdigt eingehend die Aussagen des Beschwerdeführers, befasst sich ausführlich mit den Vorakten und begründet ausführlich und nachvollziehbar,

weshalb kein ausreichender Anhalt für eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (IV-Nr. 72.7, S. 19 ff.): Die definitionsgemäss bei depressiver Symptomatik vorliegenden Symptome von depressiver und gedrückter Stimmung fänden sich bei dem Versicherten leichtgradig ausgeprägt. Im Gespräch sei er gering eingeschränkt modulationsfähig, Unsicherheiten und Ängste schienen wenig ausgeprägt. Ebenso seien die Symptome Interessenverlust, Freudlosigkeit und Aktivitätseinschränkungen sowie Verminderung des Antriebs beim Versicherten mässig ausgeprägt zu erkennen. Subjektiv liege ein deutlicher Leidensdruck vor. Ein Rückgang des Aktivitätsniveaus sei zu erkennen. Objektivierbar seien mittelgradige bis schwere Symptome nicht zu erkennen. Zusätzliche Symptome wie Schuldgefühle, negativistische Ideen, Suizidgedanken und verminderter Appetit seien nicht berichtet worden. Verminderte Konzentration liege beim Versicherten leichtgradig vor. Im Zusammenhang mit einem möglichen Suchtleiden führte med. prakt. R. ___ aus, zum Zeitpunkt des Alkoholkonsums zwischen dem 20. und 34. Lebensjahr werde mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang mit den Kriegserlebnissen bestanden haben. Seitdem er seit 2003 in der Schweiz sei, habe auch der Alkoholkonsum nachgelassen. Er berichte, dass er seit 2003 keine Beschwerden der posttraumatischen Belastungsstörung gehabt habe. Von 2003 – 2008 sei er auch abstinent gewesen. Danach sei der Alkoholkonsum bis 2018 in gesellschaftlich akzeptiertem Rahmen am Wochenende gewesen. Seit 2018 bestehe wieder täglicher Konsum. Dies erscheine zeitgleich mit den Problemen auf der Arbeit, der Diagnose des Schlafapnoesyndroms und der zusätzlichen Probleme mit der Tochter aufgetreten zu sein. Das Abhängigkeitssyndrom habe aber zu keiner irreversiblen Gesundheitsstörung geführt. So habe der CDT Wert bei 2,0 gelegen, was eine nur geringe Erhöhung im Vergleich zum Normwert kleiner 1,7 sei. Bei der aktuellen Begutachtung berichte der Versicherte über Alpträume und Flashbacks, die einmal pro Monat aufträten. Zwischen 2003, als er in die Schweiz gekommen sei, bis vor etwa 18 Monaten habe er damit überhaupt keine Probleme mehr gehabt. Eine posttraumatische Belastungsstörung, die diagnostiziert worden sei, erscheine derzeit nicht einschränkend mit einer monatlich auftretenden Frequenz von Flashbacks. Die zwischenzeitlich beschriebene schwere depressive Symptomatik sei derzeit nicht zu erkennen. Es liege eher eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion vor. Auch diesmal habe keine anhaltende depressive Verstimmung festgestellt werden können. Im psychischen Befund und in der Anamnese seien mässig eingeschränkte Modulationsfähigkeit, Antriebsminderung, fehlende Tagesstruktur und erneuter Alkoholkonsum festzuhalten. Im Vergleich erscheine der Versicherte bei der jetzigen Begutachtung deutlich weniger depressiv als zu dem Zeitpunkt der stationären Behandlung (Anmerkung: gemeint ist die stationäre Behandlung vom

E. 7.2.4.3

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit lässt sich dem psychiatrischen Teilgutachten Folgendes entnehmen (IV-Nr. 72.7, S. 26 f.): In der bisherigen Tätigkeit als LKW-Chauffeur sei der Versicherte aus schlafmedizinischer Sicht nicht mehr arbeitsfähig. Mit den Einschränkungen, die sich durch den Sekundenschlaf ergäben, sei der Versicherte in seiner letzten Tätigkeit nicht arbeitsfähig. Wenn diese Einschränkungen berücksichtigt würden, sei ein 100%-Pensum möglich. Somit besteht gemäss med. prakt. R. ___ ausschliesslich aufgrund der Schlafstörung mit Sekundenschlaf eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Aus rein psychiatrischer Sicht besteht grundsätzlich keine Einschränkung.

E. 7.2.4.4

Einzugehen ist auf die Einschätzungen des Psychiaters zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (IV-Nr. 72.7, S. 27 f.). Dazu führt er aus, aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte in anderen Berufen prinzipiell arbeitsfähig. Es bestünden jedoch deutliche Einschränkungen, da er in der gelernten Tätigkeit als LKW-Chauffeur nicht mehr tätig sein könne. Aufgrund des Sekundenschlafes seien Tätigkeiten an Maschinen nicht möglich. Eine erneute Wiedereingliederungsmassnahme zur Testung der Belastung erscheine erneut sinnvoll. Der psychische Zustand des Versicherten sei aktuell deutlich weniger depressiv als dies bei der ersten Massnahme im Juli 2020 gewesen sei (Ziff. 8.2.1 im psychiatrischen Teilgutachten). Psychiatrischerseits sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit möglich. Aufgrund des bisherigen Verlaufes und dem Wechsel der Tätigkeit erscheine eine Wiedereingliederungsmassnahme zunächst notwendig und sinnvoll (Ziff. 8.2.2 im psychiatrischen Teilgutachten). Nach der längeren Zeit der Inaktivität wegen depressiver Beschwerden und Schlafapnoe mit Sekundenschlaf sei nicht davon auszugehen, dass dieser Versicherte sofort in einer neuen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Zunächst erscheine die Wiedereingliederungsmassnahme sinnvoll und notwendig (Ziff. 8.2.3 im psychiatrischen Teilgutachten). Prognostisch erscheine ein 100%iges Pensum nach Eingewöhnungszeit möglich (Ziff. 8.2.4 im psychiatrischen Teilgutachten). Nach etwa einem Jahr sollte ein erneutes 100%-Pensum möglich sein. Falls dies nicht der Fall sei, sei eine erneute Begutachtung sinnvoll (Ziff. 8.2.5 im psychiatrischen Teilgutachten). Aus den Ausführungen lässt sich entnehmen, dass der psychiatrische Gutachter als Einschränkungen explizit den Sekundenschlaf sowie den Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht mehr als LKW-Chauffeur arbeiten könne, m.a.W. eine fehlende Ausbildung, welche den Einstieg in eine Verweistätigkeit erleichtern könnte, erwähnte (Ziff. 8.2.1 im psychiatrischen Teilgutachten). Auch eine längere Zeit der Inaktivität (wegen depressiver Beschwerden) nannte er als mögliches Hindernis für eine sofortige Aufnahme einer Arbeitstätigkeit (Ziff. 8.2.3 im psychiatrischen Teilgutachten). Medizinisch-psychiatrische Gründe, welche einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nehmen könnten, nannte er hingegen keine. Dafür spricht auch, dass der psychiatrische Gutachter – unter Berücksichtigung des Sekundenschlafs – dem Beschwerdeführer auch in der bisherigen Tätigkeit eine pensenmässig volle Arbeitsfähigkeit attestierte (Ziff. 8.1.3 im psychiatrischen Teilgutachten). Auch der Umstand, dass der Gutachter im psychiatrischen Teilgutachten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte (vgl. IV-Nr. 72.7, S. 18 f.) und in der Gesamtbeurteilung, welcher er zugestimmt hat, psychiatrisch eine volle Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit attestierte, während die gestellten psychiatrischen Diagnosen wiederum als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnet wurden (IV-Nr. 72.2, S. 8 und 10), spricht dafür, dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen in einer Verweistätigkeit bestehen. Die vom Gutachter empfohlenen Massnahmen dienen vielmehr einzig der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt und der Eingewöhnung in eine neue Tätigkeit, weil der Beschwerdeführer seine gelernte Tätigkeit als LKW-Chauffeur nicht mehr ausüben kann.

E. 7.2.4.5

Im Bereich der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 28 E. 4a mit Hinweisen). Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach

mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E).

E. 7.2.4.6

Zusammengefasst ist die Beurteilung von med. prakt. R.____, wonach rein fachpsychiatrisch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt werden könne, plausibel. Es ist daher keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Gestützt auf dieses beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

E. 7.2.5

Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten der F.____ zu überzeugen (IV-Nr. 72.2). Aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100 % und in einer Verweistätigkeit von 30 %. Dabei gelte das seitens des neurologischen und psychiatrischen Teilgutachten geäusserte Fähigkeitsprofil. Auf Grundlage der im heutigen Zeitpunkt erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen erschienen die echtzeitlich vorgenommenen, als wesentlich erachteten Beurteilungen als nachvollziehbar, da auch in der jetzigen Begutachtung eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne (aufgrund des Sekundenschlafes sei eine Arbeit als LKW-Fahrer unmöglich [und gar verboten]). Die Arbeitsunfähigkeitsbemessung gelte seit der somnologischen Abklärung im Mai 2019. 7.3 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre F.____-Gutachten grundsätzlich als beweiskräftig zu erachten. Daran vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers nichts zu ändern: 7.3.1 Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, es sei nach Massgabe des psychiatrischen F.____-Teilgutachtens davon auszugehen, dass im Zeitpunkt der Begutachtung keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt gegeben sei (A.S. 8 ff.). Wie bereits unter E. II. 7.2.4 hiavor dargelegt, hat der psychiatrische Gutachter abgesehen vom Sekundenschlaf dem Beschwerdeführer auch in der bisherigen Tätigkeit als LKW-Chauffeur eine pensenmässig volle Arbeitsfähigkeit attestiert. Im psychiatrischen Teilgutachten hat er keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (vgl. IV-Nr. 72.7, S. 18 f.) und in der Gesamtbeurteilung, welcher er zugestimmt hat, hat er psychiatrisch eine volle Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit attestiert, während die gestellten psychiatrischen Diagnosen wiederum als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnet wurden (IV-Nr. 72.2, S. 8 und 10). Die vom Gutachter empfohlenen Massnahmen dienen einzig der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt und der Eingewöhnung in eine neue Tätigkeit, was – wie oben dargelegt – kein Erfordernis für die Umsetzung der attestierten Arbeitsfähigkeit darstellt. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers geht der psychiatrische Gutachter von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aus. Wie der Beschwerdeführer zutreffend ausführte, hat die behandelnde Psychiaterin des Beschwerdeführers eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. A.S. 11 und 16). Dies jedoch – übereinstimmend mit den F.____-Gutachtern – einzig in der bisherigen Tätigkeit als LKW-Chauffeur. Was die

Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit anbelangt, so führte sie aus, es sei gut denkbar und wahrscheinlich, dass der Versicherte in verschiedenen anderen Tätigkeitsgebieten wieder Fuss fassen könne. Für andere Tätigkeiten als die eines LKW-Chauffeurs sei er jedoch nicht ausgebildet. In diesem Fall sei er auf Grund der derzeitigen psychischen Verfassung und des Alters auf geeignete Umschulungs- bzw.

Wiedereingliederungsmassnahmen angewiesen (IV-Nr. 37.4, S. 1 ff.). Somit hat auch die behandelnde Psychiaterin entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers eine andere Tätigkeit als möglich erachtet, wenn auch ohne Angabe des Umfangs, und die fehlende Ausbildung als Haupthindernis angesehen. Des Weiteren ist nicht zu beanstanden, wenn der psychiatrische F.____-Gutachter festhält, die depressive Symptomatik befinde sich auf einem Niveau wie im Dezember 2019 (Untersuchungszeitpunkt bei Dr. med. L.____, IV-Nr. 37.3, S. 1 ff.), gleichzeitig aber eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit attestiert. Dr. med. L.____ diagnostizierte im Dezember 2019 eine Anpassungsstörung, da die Symptomatik seiner Ansicht nach von aussen gesehen und auch im Erklärungsmodell des Versicherten selber eine Reaktion auf die anhaltenden schweren Belastungen des Alltags sei (IV-Nr. 37.3, S. 8). Konkret führte er aus, insgesamt sei die depressive Symptomatik nicht ausreichend konsistent belegt, als dass ohne Zweifel von einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen werden müsste. Vielmehr scheine die depressive Symptomatik im Ausprägungsbereich einer leichtgradigen depressiven Episode zu liegen (5 vorhandene Symptome gemäss den ICD-10-Kriterien). Er attestierte zwar eine Arbeitsfähigkeit von 40 %. Diese könne aber um 20 % pro Monat gesteigert werden (IV-Nr. 37.3, S. 9). Es gebe laut Dr. med. L.____ aus medizinisch-theoretischer Sicht keine gesicherte Diagnose, welche eine weitere anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen könnte. Könne der Versicherte seine Arbeitsfähigkeit nicht praktisch realisieren, liege der wahrscheinlichste Grund in den beschriebenen krankheitsfremden Umständen bzw. an der Summe der bisherigen belastenden Erlebnisse. Daraus lasse sich aber keine primär krankheitsbedingte, psychiatrisch begründbare Arbeitsunfähigkeit ableiten (IV-Nr. 37.3, S. 8). Wie Dr. med. L.____ diagnostizierte auch med. prakt. R.____ eine Anpassungsstörung und keine schwere depressive Symptomatik. So sei die zwischenzeitlich beschriebene schwere depressive Symptomatik laut psychiatrischem Gutachter derzeit nicht zu erkennen. Es liege eher eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion vor. Auch diesmal habe keine anhaltende depressive Verstimmung festgestellt werden können. Im Vergleich erscheine der Versicherte bei der jetzigen Begutachtung deutlich weniger depressiv als zu dem Zeitpunkt der stationären Behandlung und der Teilnahme an der Massnahme in der Einrichtung E.____ (siehe dazu die Ausführungen unter E. II. 7.2.4 hiervor). Dem psychiatrischen Gutachter präsentierte sich eine identische Befundlage wie bei Dr. med. L.____ im Dezember 2019, weshalb seine obige Anmerkung durchaus nachvollziehbar erscheint. Wenn der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers als Nichtmediziner zu einer anderen Auffassung gelangt, vermag dies den Beweiswert der Beurteilung des psychiatrischen Teilgutachters nicht zu vermindern. Dasselbe gilt auch in Bezug auf die Vorbringen des Vertreters zu der von med. prakt. R.____ diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung (A.S. 13 f.). Wie unter E. II. 7.2.4 hiervor dargelegt, fanden sich gemäss den überzeugenden Ausführungen des Gutachters weder Hinweise für Persönlichkeitsstörungen noch hat die diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung mit einer monatlich auftretenden Frequenz von Flashbacks einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. 7.3.2 In Bezug auf das internistische Teilgutachten bringt der Beschwerdeführer vor, aufgrund der Bemerkung der internistischen Gutachterin,

wonach auch bei erfolgreich therapiertem Schlafapnoesyndrom mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einer relevanten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, stehe fest, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege (A.S. 10). Mit der Beschwerdegegnerin (A.S. 29) ist nicht davon auszugehen, dass sich diese Aussage auf die Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Verweistätigkeit bezieht, zumal die internistische Gutachterin einzig Tätigkeiten, die eine erhöhte Aufmerksamkeit oder die Fahreignung der medizinischen Gruppe 2 erfordern, als nicht geeignet betrachtete (siehe Ziff. 8.2.1 im internistischen Gutachten), sonst aber keine Einschränkungen in einer leidensangepassten Tätigkeit attestierte (Ziff. 8.2.2 bis 8.2.4 im internistischen Gutachten). Auch in der Gesamtbeurteilung attestierte Dr. med. O. ___ aus internistischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (IV-Nr. 72.2, S. 10) und nannte aus internistischer Sicht gleichzeitig keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 72.2, S. 8). Des Weiteren bemängelt der Beschwerdeführer die im neurologischen Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer Verweistätigkeit (A.S. 14 f.). Er bringt aber nichts vor, was an den Einschätzungen des neurologischen Teilgutachters Zweifel erwecken könnten. Es ist darauf hinzuweisen, dass im neurologischen Gutachten von rein neurologischer Seite keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit attestiert wurde. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht ergibt sich einzig aus der reduzierten Leistungsfähigkeit von 30 % aufgrund der Insomnie. So seien aufgrund der ausgeprägten Müdigkeit vermehrte Pausen notwendig. Dass die Reduktion der Leistungsfähigkeit auf 30 % beziffert wurde, ist nachvollziehbar und nicht zu beanstanden (siehe dazu die Ausführungen unter E. II. 7.2.2 hiervor). Was den vom Beschwerdeführer kritisierten Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung angeht (A.S. 15), hat der psychiatrische Gutachter in seinem Teilgutachten in der Tat festgehalten, dass der Beschwerdeführer im März 2020, als er aus der stationären Behandlung entlassen worden sei, als schwer depressiv eingeschätzt worden sei (IV-Nr. 72.7, S. 26; siehe auch Austrittsbericht der Klinik M. ___ vom 24. März 2020, IV-Nr. 40, S. 2 ff.). Dass die F. ___-Gutachter in ihrer Gesamtbeurteilung dennoch von einer seit der somnologischen Abklärung im Mai 2019 bestehenden Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ausgingen (IV-Nr. 72.2, S. 10 f.), kann aber nicht als schwerwiegender Widerspruch gesehen werden, so dass auf das F. ___-Gutachten nicht abgestellt werden könnte. In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachten denn auch fest, dass eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit / Arbeitsunfähigkeit ohne die begutachtete Person auch früher selber untersucht zu haben, nicht unproblematisch sei. Retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der echtzeitlich erhobenen Befunde und gestützt darauf vorgenommenen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nicht möglich (IV-Nr. 72.2, S. 10). Vor diesem Hintergrund und auch mit Blick auf die psychiatrische Vorbegutachtung von Dezember 2019 (E. II. 6.6 hiervor), deren Ergebnisse mit jenen des psychiatrischen Teilgutachtens vom 1. Juli 2021 weitgehend übereinstimmten, kann eine länger dauernde volle Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit nicht als ausgewiesen gelten.

7.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die F. ___-Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Damit ist diesem Gutachten auch unter Berücksichtigung der Vorbringen des Beschwerdeführers voller Beweiswert zuzumessen.

Von einer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, den der Beschwerdeführer sinngemäss rügt (A.S. 17 f.), kann vor diesem Hintergrund nicht gesprochen werden. So liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise dann keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör, wenn der Versicherungsträger bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten (vgl. E. II. 3.3 hiervor). Davon ist vorliegend auszugehen.

8. 8.1 Der Invaliditätsgrad ist aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. II. 2.3 hiervor). Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich ist – abgesehen von der Frage eines leidensbedingten Abzugs – unbestritten geblieben und grundsätzlich auch nicht zu beanstanden. Das in der Verfügung vom 5. April 2022 errechnete Valideneinkommen von CHF 70'902.00 stützt sich auf die Angaben des Arbeitgebers (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 31. Januar 2020, IV-Nr. 35). Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 70 % auszuüben, er aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der LSE festgesetzt werden. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Entscheid auf LSE 2018, TA1_tirage_skill Level, Medianlohn für Männer im Total, Kompetenzniveau 1, ab. Die mittlerweile aktuellere Tabelle 2020 (veröffentlicht am 23. August 2022) lag im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (5. April 2022) noch nicht vor und ist daher nicht einschlägig. Gemäss LSE 2018, TA1_tirage_skill_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'417.00 auszugehen. Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr 2020 hochzurechnen und an den Nominallohnindex für das Jahr 2020 anzupassen ($CHF\ 5'417.00 \times 12 = CHF\ 65'004.00 / 40 \times 41.7 : 105.1 [2018] \times 106.8 [2020]$). Damit ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 70 % ein Invalideneinkommen von CHF 48'204.00 (70 % von CHF 68'863.00).

8.2 8.2.1 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

8.2.2 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid vom 5. April 2022 keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Der Beschwerdeführer macht geltend, es sei vom Tabellenlohn ein leidensbedingter Abzug von insgesamt 25 % vorzunehmen. 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).

8.2.3 Der Beschwerdeführer bringt vor, aufgrund von Teilzeitarbeit müsse ein Abzug erfolgen (vgl. A.S. 19). Ein solcher Teilzeitabzug ist

jedoch vorliegend nicht gerechtfertigt, kann doch der Beschwerdeführer längerfristig eine leidensangepasste Tätigkeit ganztags ausüben, jedoch mit einer Leistungseinschränkung von 30 % (vgl. IV-Nr. 72.5, S. 24 f.; Urteile des Bundesgerichts 9C_407/2019 vom 28. August 2019 E. 4.4.1; 8C_884/2017 vom 24. Mai 2018 E. 4.4). Der vom Beschwerdeführer angeführten ungenügenden bzw. fehlenden Ausbildung wird bereits bei der Wahl des Kompetenzniveaus 1 Rechnung getragen. Diese Aspekte sind deshalb ebenfalls nicht abzugsrelevant (Urteil des Bundesgerichts 8C_549/2019 vom 26. November 2019 E. 7.7). Der Faktor Alter muss sich nicht (zwingend) lohnsenkend auswirken, da Hilfsarbeiten auf dem (massgebenden) hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_403/2017 vom 25. August 2017 E. 4.4.1). Bei Männern im Alterssegment von 50 bis 64 / 65 Jahren wirkt sich das Alter gemäss den LSE-Erhebungen bei Stellen ohne Kaderfunktion sogar eher lohnerhöhend aus (vgl. Tabelle TA9, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert und Quartilbereich] nach Lebensalter, beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater Sektor, 2020 [veröffentlicht am 28. März 2022]; Urteil des Bundesgerichts 9C_702/2020 vom 1. Februar 2021 E. 6.3.2). Mit Blick auf das Kompetenzniveau 1 kommt auch dem Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht mehr in seiner angestammten Tätigkeit arbeiten kann und im Rahmen einer Verweistätigkeit kein Erfahrungswissen aufweist, keine relevante Bedeutung zu. Weil ein neuer Arbeitsplatz darüber hinaus stets mit einer Eingewöhnungsphase einhergeht, vermag auch ein allfälliger Anpassungsaufwand keinen Tabellenlohnabzug zu rechtfertigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_200/2017 vom 14. November 2017 E. 4.5). Zudem ist das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers nicht derart eingeschränkt, als dass sich hier ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug rechtfertigen würde.

8.2.4 Dagegen lässt sich den Akten entnehmen, dass der Beschwerdeführer im frühestmöglichen Zeitpunkt des Rentenbezugs (Mai 2020) lediglich über eine Aufenthaltsbewilligung B verfügte (vgl. IV-Nr. 24; Protokolleintrag vom 11. Mai 2020). Aus der Tabelle T12_b, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert und Quartilbereich), Schweizer/innen und Ausländer/innen, nach beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor zusammen, 2020 (veröffentlicht am 28. März 2022), ergibt sich, dass in diesem Jahr Männer der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Aufenthaltsbewilligung B im Vergleich zum Total von Schweizern und Ausländern der gleichen Kategorie einen um 12.41 % geringeren Lohn erzielten (vgl. in diesem Sinne auch Urteil des Bundesgerichts 9C_360/2022 vom 4. November 2022 E. 4.3.2). Der Tabelle TA12, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert und Quartilbereich), Schweizer/innen und Ausländer/innen, nach beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater Sektor, 2020 (veröffentlicht am 28. März 2022), ist ein um 10.94 % tieferer Lohn zu entnehmen. Zugleich verdienen jedoch Männer mit einer Aufenthaltsbewilligung B in Anwendung der Tabelle T12_b (Medianlohn: CHF 5'443.00) lediglich 1.12 % weniger, in Anwendung der Tabelle TA12 (Medianlohn: CHF 5'372.00) 2.41 % weniger als der vorliegend für die Ermittlung des Invalideneinkommens herangezogene, der Nominallohnentwicklung angepasste Medianlohn von CHF 5'504.60 (vgl. E. II. 8.1 hiervor; siehe zu diesem Vorgehen auch Urteil des Bundesgerichts 8C_301/2021 vom 23. Juni 2021 E. 6.3). Der Aufenthaltsstatus des Beschwerdeführers ist somit im Rahmen eines Abzugs zu berücksichtigen, wobei eine Festlegung auf 5 % als dem konkreten Einzelfall angemessen erscheint.

8.2.5 In Würdigung sämtlicher Umstände ist dem Beschwerdeführer demnach aufgrund seines Aufenthaltsstatus ein Tabellenlohnabzug von 5 % zu gewähren. Unter Berücksichtigung desselben ergibt sich ein jährliches Invalideneinkommen von CHF 45'794.00. Verglichen mit dem Valideneinkommen von

CHF 70'902.00 pro Jahr resultiert ein Invaliditätsgrad von 35 %. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. An diesem Ergebnis würde sich selbst dann nichts ändern, wenn – entsprechend der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_360/2022 vom 4. November 2022 E. 4.3.2) – aufgrund der Aufenthaltsbewilligung B des Beschwerdeführers ein Abzug von 10 % vorzunehmen wäre (nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von [aufgerundet] 39 %). 9. Angesichts des Invaliditätsgrades von 35 % hat der Beschwerdeführer grundsätzlich Anspruch auf berufliche Massnahmen. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung halten die F.___-Gutachter fest, eine Unterstützung zur Wiedereingliederung erscheine sinnvoll und notwendig (IV-Nr. 72.2, S. 11; siehe insbesondere auch im psychiatrischen Teilgutachten, IV-Nr. 72.7, S. 27 f.). Tatsächlich aber lassen die vom Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern gemachten Äusserungen auf eine nach wie vor bestehende Krankheits- und Invalidenüberzeugung schliessen: Der Beschwerdeführer äusserte während der gutachterlichen Untersuchung bei med. prakt. R.___, er könne sich nicht vorstellen, derzeit irgendeine Arbeit zu machen, dazu habe er keine Kraft (IV-Nr. 72.7, S. 13). Med. prakt. R.___ führte zudem aus, die Motivation, eine erneute Tätigkeit aufzunehmen, auch in einer Sozialunternehmung, erscheine wenig ausgeprägt, da der Versicherte sich nicht dazu in der Lage sehe (IV-Nr. 72.7, S. 14). Anlässlich der neurologischen Untersuchung bei Dr. med. P.___ äusserte der Beschwerdeführer, aktuell könne er sich keine Arbeit vorstellen, er habe die Leistung verloren, sei erschöpft. Insbesondere mache ihn der schlechte Schlaf kaputt, dieser müsste besser sein. Zuletzt machten auch Depressionen und Albträume das Arbeiten unmöglich, so käme er schnell in Stress und die Schlafstörung würde noch schlimmer werden (IV-Nr. 72.5, S. 14). Die im Rahmen der Begutachtung von ihm gemachten Angaben lassen nicht darauf schliessen, dass berufliche Massnahmen im vorliegenden Fall sinnvoll oder zweckmässig sein könnten. Vielmehr steht dem Beschwerdeführer seine subjektive Krankheitsüberzeugung im Wege. Dafür spricht auch das Ergebnis des Belastbarkeitstrainings in der Einrichtung E.___. Gemäss Abschlussbericht vom 8. September 2020 (IV-Nr. 53) wurde das Belastbarkeitstraining nicht nur wegen einer bevorstehenden Augenoperation vorzeitig beendet, sondern auch wegen psychosozialen Belastungen. So wurde im Bericht festgehalten, dass nach der Augenoperation ein Wiedereinstieg mit einem Belastbarkeitstraining wegen zu grossen gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen nicht möglich sei. Zu seiner subjektiven Einschätzung zur Eingliederungsfähigkeit befragt, antwortete der Beschwerdeführer, er schätze sich aktuell als nicht arbeitsfähig ein. Er habe keine Energie. Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer während des hier zu beurteilenden Zeitraums bis zum Erlass der Verfügung vom 5. April 2022 an der subjektiven Eingliederungsbereitschaft fehlte, weshalb der Antrag auf Durchführung beruflicher Massnahmen abzuweisen ist. 10. Zusammenfassend ist somit die angefochtene Verfügung 5. April 2022 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da von der durch den Beschwerdeführer beantragte Erstellung eines neuen

polydisziplinären Gutachtens (vgl. A.S. 17 f.) keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist davon abzusehen. 11. 11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). Dagegen ist der im Beschwerdeverfahren geheilten Verletzung des rechtlichen Gehörs (vgl. E. II. 5 hiervor) durch Zusprache einer reduzierten Parteientschädigung Rechnung zu tragen, soweit dem Beschwerdeführer dadurch zusätzliche Kosten entstanden sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_68/2012 vom 30. März 2012 E. 3.1 mit Hinweisen). Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer die Beschwerde auch ohne die Gehörsverletzung erhoben hätte. Für den im Zusammenhang mit der gerügten Gehörsverletzung in der Beschwerdeschrift getätigten Aufwand sind dem Beschwerdeführer aber pauschal zwei Stunden zu vergüten und damit eine reduzierte Parteientschädigung von CHF 560.00 (2 Stunden à CHF 260.00 zuzüglich MwSt.). 11.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 8 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Zenari hat in der von ihm eingereichten Kostennote vom 26. Oktober 2022 (A.S. 66 f.) einen Zeitaufwand von insgesamt 10.61 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 260.00 und Barauslagen von insgesamt CHF 154.50 geltend gemacht. Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. gelten praxismässig als Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Die unter den Daten vom 7. April 2022, 6. Mai 2022, 20. Mai 2022, 4. August 2022, 23. August 2022, 1. September 2022, 23. September 2022 und 18. Oktober 2022 angegebenen Positionen «Brief an Klient» (je 0.17 Std. resp. 0.25 Std.) können somit nicht berücksichtigt werden, da hier von der Zustellung von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen ist. Demnach ist der geltend gemachte Zeitaufwand um 1.68 Stunden auf 8.93 Stunden zu reduzieren. Da dem Beschwerdeführer zwei Stunden über die Parteientschädigung vergütet werden (E. II. 11.1 hiervor), reduziert sich der Stundenaufwand auf 6.93 Stunden. Der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt CHF 180.00. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 1'509.85 (Honorar von CHF 1'247.40 zuzüglich Auslagen von CHF 154.50 und MwSt.). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Im Weiteren besteht ein Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 373.20 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar; eine Honorarvereinbarung mit einem Stundenansatz von CHF 260.00 liegt nicht vor). 11.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

E. 8

8.1 Der Invaliditätsgrad ist aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. II. 2.3 hiervor). Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich ist ■ abgesehen von der Frage eines leidensbedingten Abzugs ■ unbestritten geblieben und grundsätzlich auch nicht zu beanstanden. Das in der Verfügung vom 5. April 2022 errechnete Valideneinkommen von CHF 70'902.00 stützt sich auf die Angaben des Arbeitgebers (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 31. Januar 2020, IV-Nr. 35).

Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 70 % auszuüben, er aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der LSE festgesetzt werden. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Entscheid auf LSE 2018, TA1_tirage_skill Level, Medianlohn für Männer im Total, Kompetenzniveau 1, ab. Die mittlerweile aktuellere Tabelle 2020 (veröffentlicht am 23. August 2022) lag im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (5. April 2022) noch nicht vor und ist daher nicht einschlägig. Gemäss LSE 2018, TA1_tirage_skill_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'417.00 auszugehen. Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr 2020 hochzurechnen und an den Nominallohnindex für das Jahr 2020 anzupassen ($CHF\ 5'417.00 \times 12 = CHF\ 65'004.00 / 40 \times 41.7 : 105.1 [2018] \times 106.8 [2020]$). Damit ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 70 % ein Invalideneinkommen von CHF 48'204.00 (70 % von CHF 68'863.00).

E. 8.2

8.2.1 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

8.2.2 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid vom 5. April 2022 keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Der Beschwerdeführer macht geltend, es sei vom Tabellenlohn ein leidensbedingter Abzug von insgesamt 25 % vorzunehmen. 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).

8.2.3 Der Beschwerdeführer bringt vor, aufgrund von Teilzeitarbeit müsse ein Abzug erfolgen (vgl. A.S. 19). Ein solcher Teilzeitabzug ist jedoch vorliegend nicht gerechtfertigt,

kann doch der Beschwerdeführer längerfristig eine leidensangepasste Tätigkeit ganztags ausüben, jedoch mit einer Leistungseinschränkung von 30 % (vgl. IV-Nr. 72.5, S. 24 f.; Urteile des Bundesgerichts 9C_407/2019 vom 28. August 2019 E. 4.4.1; 8C_884/2017 vom 24. Mai 2018 E. 4.4). Der vom Beschwerdeführer angeführten ungenügenden bzw. fehlenden Ausbildung wird bereits bei der Wahl des Kompetenzniveaus 1 Rechnung getragen. Diese Aspekte sind deshalb ebenfalls nicht abzugsrelevant (Urteil des Bundesgerichts 8C_549/2019 vom 26. November 2019 E. 7.7). Der Faktor Alter muss sich nicht (zwingend) lohnsenkend auswirken, da Hilfsarbeiten auf dem (massgebenden) hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_403/2017 vom 25. August 2017 E. 4.4.1). Bei Männern im Alterssegment von 50 bis 64 / 65 Jahren wirkt sich das Alter gemäss den LSE-Erhebungen bei Stellen ohne Kaderfunktion sogar eher loohnerhöhend aus (vgl. Tabelle TA9, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert und Quartilbereich] nach Lebensalter, beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater Sektor, 2020 [veröffentlicht am 28. März 2022]; Urteil des Bundesgerichts 9C_702/2020 vom 1. Februar 2021 E. 6.3.2). Mit Blick auf das Kompetenzniveau 1 kommt auch dem Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht mehr in seiner angestammten Tätigkeit arbeiten kann und im Rahmen einer Verweistätigkeit kein Erfahrungswissen aufweist, keine relevante Bedeutung zu. Weil ein neuer Arbeitsplatz darüber hinaus stets mit einer Eingewöhnungsphase einhergeht, vermag auch ein allfälliger Anpassungsaufwand keinen Tabellenlohnabzug zu rechtfertigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_200/2017 vom 14. November 2017 E. 4.5). Zudem ist das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers nicht derart eingeschränkt, als dass sich hier ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug rechtfertigen würde.

8.2.4 Dagegen lässt sich den Akten entnehmen, dass der Beschwerdeführer im frühestmöglichen Zeitpunkt des Rentenbezugs (Mai 2020) lediglich über eine Aufenthaltsbewilligung B verfügte (vgl. IV-Nr. 24; Protokolleintrag vom 11. Mai 2020). Aus der Tabelle T12_b, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert und Quartilbereich), Schweizer/innen und Ausländer/innen, nach beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor zusammen, 2020 (veröffentlicht am 28. März 2022), ergibt sich, dass in diesem Jahr Männer der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Aufenthaltsbewilligung B im Vergleich zum Total von Schweizern und Ausländern der gleichen Kategorie einen um 12.41 % geringeren Lohn erzielten (vgl. in diesem Sinne auch Urteil des Bundesgerichts 9C_360/2022 vom 4. November 2022 E. 4.3.2). Der Tabelle TA12, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert und Quartilbereich), Schweizer/innen und Ausländer/innen, nach beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater Sektor, 2020 (veröffentlicht am 28. März 2022), ist ein um 10.94 % tieferer Lohn zu entnehmen. Zugleich verdienen jedoch Männer mit einer Aufenthaltsbewilligung B in Anwendung der Tabelle T12_b (Medianlohn: CHF 5'443.00) lediglich 1.12 % weniger, in Anwendung der Tabelle TA12 (Medianlohn: CHF 5'372.00) 2.41 % weniger als der vorliegend für die Ermittlung des Invalideneinkommens herangezogene, der Nominallohnentwicklung angepasste Medianlohn von CHF 5'504.60 (vgl. E. II. 8.1 hiervor; siehe zu diesem Vorgehen auch Urteil des Bundesgerichts 8C_301/2021 vom 23. Juni 2021 E. 6.3). Der Aufenthaltsstatus des Beschwerdeführers ist somit im Rahmen eines Abzugs zu berücksichtigen, wobei eine Festlegung auf 5 % als dem konkreten Einzelfall angemessen erscheint.

8.2.5 In Würdigung sämtlicher Umstände ist dem Beschwerdeführer demnach aufgrund seines Aufenthaltsstatus ein Tabellenlohnabzug von 5 % zu gewähren. Unter Berücksichtigung desselben ergibt sich ein jährliches Invalideneinkommen von CHF 45'794.00. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 70'902.00 pro Jahr resultiert ein Invaliditätsgrad von 35 %. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. An diesem Ergebnis würde sich selbst dann nichts ändern, wenn ■ entsprechend der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_360/2022 vom 4. November 2022 E. 4.3.2) ■ aufgrund der Aufenthaltsbewilligung B des Beschwerdeführers ein Abzug von 10 % vorzunehmen wäre (nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von [aufgerundet] 39 %).

9. Angesichts des Invaliditätsgrades von 35 % hat der Beschwerdeführer grundsätzlich Anspruch auf berufliche Massnahmen. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung halten die F.____-Gutachter fest, eine Unterstützung zur Wiedereingliederung erscheine sinnvoll und notwendig (IV-Nr. 72.2, S. 11; siehe insbesondere auch im psychiatrischen Teilgutachten, IV-Nr. 72.7, S. 27 f.). Tatsächlich aber lassen die vom Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern gemachten Äusserungen auf eine nach wie vor bestehende Krankheits- und Invalidenüberzeugung schliessen: Der Beschwerdeführer äusserte während der gutachterlichen Untersuchung bei med. prakt. R.____, er könne sich nicht vorstellen, derzeit irgendeine Arbeit zu machen, dazu habe er keine Kraft (IV-Nr. 72.7, S. 13). Med. prakt. R.____ führte zudem aus, die Motivation, eine erneute Tätigkeit aufzunehmen, auch in einer Sozialunternehmung, erscheine wenig ausgeprägt, da der Versicherte sich nicht dazu in der Lage sehe (IV-Nr. 72.7, S. 14). Anlässlich der neurologischen Untersuchung bei Dr. med. P.____ äusserte der Beschwerdeführer, aktuell könne er sich keine Arbeit vorstellen, er habe die Leistung verloren, sei erschöpft. Insbesondere mache ihn der schlechte Schlaf kaputt, dieser müsste besser sein. Zuletzt machten auch Depressionen und Alpträume das Arbeiten unmöglich, so käme er schnell in Stress und die Schlafstörung würde noch schlimmer werden (IV-Nr. 72.5, S. 14). Die im Rahmen der Begutachtung von ihm gemachten Angaben lassen nicht darauf schliessen, dass berufliche Massnahmen im vorliegenden Fall sinnvoll oder zweckmässig sein könnten. Vielmehr steht dem Beschwerdeführer seine subjektive Krankheitsüberzeugung im Wege. Dafür spricht auch das Ergebnis des Belastbarkeitstrainings in der Einrichtung E.____. Gemäss Abschlussbericht vom 8. September 2020 (IV-Nr. 53) wurde das Belastbarkeitstraining nicht nur wegen einer bevorstehenden Augenoperation vorzeitig beendet, sondern auch wegen psychosozialen Belastungen. So wurde im Bericht festgehalten, dass nach der Augenoperation ein Wiedereinstieg mit einem Belastbarkeitstraining wegen zu grossen gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen nicht möglich sei. Zu seiner subjektiven Einschätzung zur Eingliederungsfähigkeit befragt, antwortete der Beschwerdeführer, er schätze sich aktuell als nicht arbeitsfähig ein. Er habe keine Energie. Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer während des hier zu beurteilenden Zeitraums bis zum Erlass der Verfügung vom 5. April 2022 an der subjektiven Eingliederungsbereitschaft fehlte, weshalb der Antrag auf Durchführung beruflicher Massnahmen abzuweisen ist.

10. Zusammenfassend ist somit die angefochtene Verfügung 5. April 2022 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer

Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da von der durch den Beschwerdeführer beantragte Erstellung eines neuen polydisziplinären Gutachtens (vgl. A.S. 17 f.) keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist davon abzusehen.

E. 10

F10.2) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10 F43.1) - Chronisches lumbales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.16) mit / bei - Bildgebend (MRI LWS): Geringe Rezessuseinengung der Nervenwurzeln L5 bds., rezessale Einengung der Wurzel S1 rechts - Klinisch: Fühlstörungen der rechten Ferse, sonst unauffälliger Befund - Unauffällige somatosensorisch-evozierte Potentiale von den Nn. tibiales (aktuell) - Diskusprotrusion L4/5 linksbetont mit HIZ (high intensity zone) im Sinne eines Einrisses des Annulus fibrosus - Diskusprotrusion L5/S1 rechtsbetont, moderate Spondylarthrose, keine höhergradige Diskushernie oder Spinalkanalstenose - Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.91) - Aktuell nicht therapiert - Nikotinabusus, kum. ca. 40 py (ICD-10 Z72.0) - Dyslipidämie, ED 06/2019 (ICD-10 E78.9) Aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100 % und in einer Verweistätigkeit von 30 %. Dabei gelte das seitens des neurologischen und psychiatrischen Teilgutachtens geäusserte Fähigkeitsprofil. Auf Grundlage der im heutigen Zeitpunkt erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen erschienen die echtzeitlich vorgenommenen, als wesentlich erachteten Beurteilungen als nachvollziehbar, da auch vorliegend eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit attestiert werde (aufgrund des Sekundenschlafes sei eine Arbeit als LKW-Fahrer unmöglich [und gar verboten]). Grundsätzlich bestehe von neurologischer Seite nur eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Hierbei könnte diese sicherlich weiter verbessert werden bei Verbesserung der Schlafqualität. Eine Verbesserung des aktuellen Zustandes sei durch medizinische Massnahmen möglich. Eine pharmakologische Therapie finde derzeit nicht statt, was eine deutliche Verbesserung hervorrufen könnte. Bislang sei der Versicherte einmal stationär im Spital gewesen. Eine weitere stationäre Behandlung könnte ebenfalls eine Verbesserung erbringen. Zudem erscheine eine Unterstützung zur Wiedereingliederung als sinnvoll und notwendig. Die Massnahme bei der Stiftung E. ___ sei vor allem wegen der körperlichen Beschwerden wie Augenoperation abgebrochen worden. Ein erneuter Versuch erscheine sinnvoll. Der psychiatrische Zustand erscheine im Vergleich zum letzten Mal deutlich verbessert. Durch die oben genannten medizinischen Massnahmen sei eine weitere Verbesserung möglich. 7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem ablehnenden Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre F. ___-Gutachten vom 16. August 2021 (IV-Nr. 72.1 – 72.8), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist: 7.1 Das polydisziplinäre Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärztinnen und Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Anamnese erhoben haben (IV-Nr. 72.4, S. 6 ff.; 72.5, S. 11 ff.; 72.6, S. 8 ff.; 72.7, S. 7 ff.). Wie das Aufführen und Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge erkennen lässt, wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt (IV-Nr. 72.3). Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

E. 11

11.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 8 hiuvor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Zenari hat in der von ihm eingereichten Kostennote vom 26. Oktober 2022 (A.S. 66 f.) einen Zeitaufwand von insgesamt 10.61 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 260.00 und Barauslagen von insgesamt CHF 154.50 geltend gemacht.

Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. gelten praxisgemäss als Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Die unter den Daten vom 7. April 2022, 6. Mai 2022, 20. Mai 2022, 4. August 2022, 23. August 2022, 1. September 2022, 23. September 2022 und 18. Oktober 2022 angegebenen Positionen «Brief an Klient» (je 0.17 Std. resp. 0.25 Std.) können somit nicht berücksichtigt werden, da hier von der Zustellung von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen ist. Demnach ist der geltend gemachte Zeitaufwand um 1.68 Stunden auf 8.93 Stunden zu reduzieren. Da dem Beschwerdeführer zwei Stunden über die Parteientschädigung vergütet werden (E. II. 11.1 hiuvor), reduziert sich der Stundenaufwand auf 6.93 Stunden. Der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt CHF 180.00. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 1'509.85 (Honorar von CHF 1'247.40 zuzüglich Auslagen von CHF 154.50 und MwSt.). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Im Weiteren besteht ein Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 373.20 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar; eine Honorarvereinbarung mit einem Stundenansatz von CHF 260.00 liegt nicht vor).

11.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

4. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden

(Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Vizepräsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Lazar

E. 14

Februar 2020 bis 24. März 2020 in der Klinik M.____; IV-Nr. 40) und der Teilnahme der Massnahme in der Einrichtung E.____. Aktuell sei die Schwere der Erkrankung in etwa mit der Beschreibung von Dr. med. L.____ vom 19. Dezember 2019 (IV-Nr. 37.3, S. 1 ff.) vergleichbar. Zudem seien eine Optimierung und Intensivierung der Behandlung möglich und sinnvoll. Eine psychopharmakologische Medikation erfolge derzeit nicht, was aber angesichts der langen Erkrankungsphasen mit teilweise schweren depressiven Phasen sinnvoll und notwendig erscheine.

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