

SO_GERICHTE VSBES.2023.309 vom 30. Januar 2025

SO Obergericht, 2025-01-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.309_d20250130

FR: SO_GERICHTE VSBES.2023.309 du 30 janvier 2025

IT: SO_GERICHTE VSBES.2023.309 del 30 gennaio 2025

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 3

3.1 Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 20. Dezember 2023 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 7 ff.):

3.2 Mit Eingabe vom 5. Januar 2024 (A.S. 34) reicht der Beschwerdeführer die Eintrittsbestätigung der Klinik D.____ vom 3. Januar 2024 per 8. Januar 2024 ein.

3.3 Mit Schreiben vom 19. Januar 2024 (A.S. 39) reicht der Beschwerdeführer den Kurzaustrittsbericht der Klinik D.____ vom 11. Januar 2024 ein.

3.4 Mit Eingabe vom 31. Januar 2024 (A.S. 42) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde.

3.5 Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend soweit erforderlich eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

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

2. Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen. Für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 entstanden ist und die zu diesem Zeitpunkt das 55. Altersjahr noch nicht vollendet haben, bleibt der bisherige Rentenanspruch auch ab dem 1. Januar 2022 so lange bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ändert (vgl. IVG, Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV], lit. b Abs. 1).

3. Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche

Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit weiteren Hinweisen). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit weiteren Hinweisen). Die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 lit. a Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]); Urteil des Bundesgerichts 9C_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1).

E. 4

4.1 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).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der

Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126 f., 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 21. Mai 2019 rückwirkend ab dem 1. Juli 2017 zugesprochene halbe Invalidenrente mit der hier angefochtenen Verfügung vom 28. November 2023 zu Recht bestätigt wurde. Diese Frage wird durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung vom 21. Mai 2019 und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung vom 28. November 2023 bestanden hat, beurteilt (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 f.).

6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 28. November 2023 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der C.____ vom 16. Juni 2022 (IV-Nr. 195.4; Fachrichtungen Neurologie, Neuropsychologie, Allgemeine Innere Medizin und Psychiatrie) ab, weshalb nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 Im internistischen Teilgutachten der C.____ (IV-Nr. 195.6) erhob der Gutachter folgende Befunde: Der Zehen- und Fersenstand sei möglich, ebenso der Einbeinstand, Schürzen- und Nackengriff links seien eingeschränkt. Blutdruck rechts sitzend 140/80 mmHg, regelmässiger Puls, Vesikuläratmen. Pulse inguinal und peripher palpabel. Ungepflegtes Integument mit vereinzelt Kratzspuren, pustulöse Veränderung über dem Nabel, er kratze hier immer wieder, dies entzünde sich auch. Das massiv adipöse Abdomen sei nicht weiter beurteilbar. Gestützt auf diese Befunde ist es grundsätzlich nachvollziehbar, dass der Internist keine Diagnosen stellte. Der Beschwerdeführer rügt in diesem Zusammenhang zwar nicht zu Unrecht, er leide unter anderem an Diabetes und Adipositas, was auch dem B.____-Gutachten entnommen werden könne und vom internistischen Gutachter somit zumindest hätte erwähnt werden müssen. Dies führt aber nicht dazu, dass auf das internistische Teilgutachten nicht abgestellt werden könnte. So wird weder vom Beschwerdeführer noch von den behandelnden Ärzten behauptet, dass der Diabetes und die Adipositas aus internistischer Sicht Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit hätten.

6.2 Im neuropsychologischen Teilgutachten der C.____ (IV-Nr. 195.7) erfolgte eine eingehende Befunderhebung und der Gutachter begründete die von ihm daraus gezogenen Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise: Seit einigen Jahren beklage der Beschwerdeführer zunehmende Gedächtnisprobleme und Vergesslichkeit sowie Konzentrationsprobleme. Im Mai 2018 sei er deswegen denn auch an der E.____ des F.____ neuropsychologisch abgeklärt worden. Die neuropsychologische Untersuchung habe lediglich minimale Auffälligkeiten in der Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie in der selektiven Aufmerksamkeit ergeben, ansonsten aber einen weitestgehend normalen neurokognitiven Befund. In den anlässlich der aktuellen Begutachtung durchgeführten Tests habe der Beschwerdeführer motiviert mitgearbeitet. Trotz intakter Motivation habe er im Verlauf des späteren Vormittags allgemein nachmittags einen merklichen allgemeinen Leistungsabbau gezeigt. Die Testanleitungen habe er bei komplexen Testanlagen erst verzögert verstanden. Sein Arbeitstempo habe aufgaben- / funktionsbezogen sowie müdigkeitsabhängig von deutlich verlangsamt bis normal schnell variiert. Selbiges habe auf die Sorgfalt zugetragen. Bei zunehmender Müdigkeit habe sich auch seine Fehlerkontrolle verschlechtert, er habe dann vorschnell geantwortet und planlos gehandelt. Auf der

psychometrischen Befundebene habe sich beim Versicherten dann eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung mit leichten attentionalen, leicht exekutiven und mittelschweren verbal-mnestischen Funktionsdefiziten objektivieren lassen. Die attentionalen Funktionsschwächen hätten sowohl die tonische und phasische Aktivierung und Daueraufmerksamkeit, als auch die selektive Aufmerksamkeit / Suppressionsfähigkeit und die geteilte Aufmerksamkeit betroffen. Die exekutiven Funktionsstörungen hätten das verbale Arbeitsgedächtnis, die verbale Fluenz, das sprachkategoriale Abstrahierungsvermögen und die visuokonstruktive Handlungsplanung umfasst. Die weiteren erhobenen Exekutivleistungen bewegten sich im unteren Normbereich. Die verbal-mnestischen Defizite schliesslich beinhalteten eine schwere Funktionsschwäche in der Merkfähigkeit für sinngebundene Informationen, eine leichte bis mittelschwere Merkfähigkeitsschwäche auch für nicht sinngebundene Informationen, ferner dann eine mittelschwere bis schwere Beeinträchtigung im zeitverzögerten freien Abruf einer zuvor in grenzwertig genügender Weise gelernter Wortliste, sowie eine zumindest leichte Beeinträchtigung im Wiedererkennen derselben Wortliste. Die Funktionen der nichtverbalen Mnestik seien ihrerseits normdurchschnittlich bis überdurchschnittlich gut ausgebildet gewesen. Bezüglich der Werkzeugfunktionen liessen sich bei nur cursorischer Austestung keine relevanten Funktionsdefizite ausweisen. Gemäss der begleitend vorgenommenen Leistungs- und Symptomvalidierung seien die aktuellen neuropsychologischen Befunde als valide und authentisch zu beurteilen. Diese gäben die lebensalltägliche kognitive Funktionalität des Versicherten somit korrekt wieder. Ein Vergleich mit den neuropsychologischen Vorbefunden vom Mai 2018, vor nun mehr als vier Jahren, sei angesichts teilweise verschiedener Testverfahren nur partiell oder auch nur summarisch möglich, weise aber in den direkt vergleichbaren Teilleistungsbereichen doch erhebliche zwischenzeitliche Verschlechterungen aus. So zeigten sich die Alertness (TAP) und die selektive Aufmerksamkeit / Suppressionsfähigkeit (TAP GoNogo) sowie insbesondere die verbal-mnestischen Teilleistungen (MNND AVGLT / VLMT) in der aktuellen Untersuchung im Vergleich zum Mai 2018 deutlich verschlechtert.

Gestützt auf die eingehenden Untersuchungen diagnostizierte der Gutachter mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung mit leichten attentionalen, leichten exekutiven und mittelgradigen verbal-mnestischen Funktionsdefiziten und verminderter mentaler Belastbarkeit, respektive akzentuierter mentaler Fatigue. Weiter führte der Gutachter hinsichtlich der Auswirkungen der gestellten Diagnosen aus, aufgrund der neuropsychologischen Störung seien dem Beschwerdeführer derzeit lediglich vertraute / repetitive, vornehmlich manuelle / handlungspraktische, komplexe Aufmerksamkeitsleistungen und das verbale Arbeits- und Kurzzeitgedächtnis nur wenig beanspruchende sowie keine ausgeprägt gute schulische Fertigkeiten voraussetzende Tätigkeiten zumutbar. Der Versicherte sei ferner objektiv klinisch mental erhöht ermüdbar und könne nur zeitbegrenzt seine Aufmerksamkeit / Konzentration in hinreichender Weise aufrechterhalten. Seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kurier oder früher als Vertreter, Aussendienstmitarbeiter, sei derzeit angesichts seiner attentionalen Defizite und fraglicher Fahreignung nicht geeignet. Als technischer Hausangestellter / Hauswart sei ihm ein seinen physischen Ressourcen angepasster Einsatz in arbeitszeitlich reduzierter, mehrfach pausenstrukturierter Weise bei leicht verminderter Leistung möglich.

Am Beweiswert des neuropsychologischen Teilgutachtens vermag sodann auch die Rüge des Beschwerdeführers, wonach der neuropsychologische Gutachter keine Bezifferung der

Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorgenommen habe, nichts zu ändern. Diesbezüglich kann auf die treffenden Ausführungen der Beschwerde-gegnerin verwiesen werden, wonach die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Nachgang an ein neuropsychologisches Gutachten grundsätzlich von einem psychiatrischen oder neurologischen Facharzt erfolgen muss, da eine neuropsychologische Untersuchung jeweils nur eine Zusatzuntersuchung darstellt.

Zusammenfassend kann somit auf das beweismässige neuropsychologische Teilgutachten der C.____ abgestellt werden.

6.3 Im neurologischen Teilgutachten der C.____ (IV-Nr. 195.8) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Polyneuropathie der unteren Extremitäten

· am ehesten bei bekanntem Diabetes mellitus

2. Aktenanamnestisch obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom

· unbehandelt

3. Psychophysische Belastbarkeitsminderung, wahrscheinlich multifaktoriell bedingt

Weiter begründete der neurologische Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen in nachvollziehbarer Weise: Zur Tagesmüdigkeit seien im Verlauf wiederholte Erhebungen der Epworth Sleepiness Scale (ESS, Selbsteinschätzung der Tagessomnolenz) dokumentiert, mit folgenden Werten: 10 Punkte am 17. Mai 2016, 21 Punkte am 20. März 2017, 9 Punkte 2018 im pneumologischen Gutachten der B.____. Anlässlich der aktuell im gutachterlichen Rahmen durchgeführten Erhebung des ESS ergebe sich ein Wert von 13/24 Punkten. Zur Bewertung gelte als Faustregel, dass Ergebnisse zwischen 0 und 10 Punkten normal seien, Werte zwischen 10 und 24 Punkten seien pathologisch. Die genannten Werte zeigten im Längsschnitt einen fluktuierenden Verlauf. Der aktuell erhobene Score sei leicht pathologisch und im Vergleich zum pneumologischen Gutachten 2018 etwas schlechter, im Vergleich zum Ergebnis 2017 jedoch besser. Zu vermerken sei ferner die damals geäusserte Empfehlung für eine alternative Behandlung des Schlaf-Apnoe-Syndroms mittels Kieferprotrusionsschiene, nachdem die CPAP-Behandlung nicht umsetzbar gewesen sei. Diese 2018 geäusserte Empfehlung habe bis heute offenbar nie umgesetzt werden können. Anlässlich der aktuell im gutachterlichen Rahmen durchgeführten klinisch-neurologischen Untersuchung zeigten sich somatisch-neurologisch als auffällige Befunde eine leichte Sensibilitätsstörung an den unteren Extremitäten distal, mit leichter Hypalgesie der Füsse sowie aufgehobenem Vibrationssinn an beiden Füssen, sowohl malleolär, als auch an den Zehen, ferner leicht abgeschwächte Achillessehnenreflexe und eine posturale Instabilität in den Steh- und Gehprüfungen bei verschärfter Beanspruchung der Gleichgewichtsfunktionen. Diese Befunde seien vereinbar mit der Diagnose einer peripheren Polyneuropathie der unteren Extremitäten. Sie plausibilisiere qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit infolge eines Long Covid-Syndroms sei aus verschiedenen Gründen schwierig und im Moment nicht abschliessend beurteilbar. Zunächst sei hier festzuhalten, dass an der genannten Diagnose einer im 11/2020 durchgemachten Covid-19-Infektion grundsätzlich nicht zu zweifeln sei. Zumal für einen gutachterlichen Kontext, mit geltend gemachter Zustandsverschlechterung im Gefolge dieser Erkrankung, sollte aber eine laborgestützte Bestätigung der Infektion mittels

PCR-Test beigebracht werden. Soweit dies aus der Aktenlage hervorgehe, liege ein entsprechender Bericht im Dossier nicht vor. Eine weitere Schwierigkeit ergebe sich darin, dass eine standardisierte Erfassung und Bewertungsgrundlage für die Bemessung invalidisierender Auswirkungen für Long Covid bis jetzt nicht verfügbar sei. Man habe zwar den von der SIM vorgeschlagenen EPOCA-Erfassungsbogen für Post Covid-Assessment bearbeitet; dieser erlaube aber bis dato keine zuverlässige Klassifizierung zur Bezifferung funktioneller Einschränkungen. Eine zusätzliche Schwierigkeit ergebe sich im vorliegenden Fall dadurch, dass die mit Long Covid geltend gemachten Symptome und Beschwerden teilweise schon vorbestehend gewesen seien (Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen). Zur Standortbestimmung im Rahmen der aktuellen Begutachtung habe man ergänzend eine Verlaufs-MRT des Neurocraniums sowie eine neuropsychologische Teilbegutachtung veranlasst. Die MRI-Untersuchung vom 29. April 2022 zeige lediglich vereinzelte unspezifische punktförmige hyperdense Marklagerläsionen, differenzialdiagnostisch allenfalls im Rahmen einer beginnenden Mikroangiopathie zu interpretieren. Ein massgeblicher Krankheitswert könne aus diesem Befund bildmorphologisch nicht abgeleitet werden. Insbesondere kämen im MRI weder hirndegenerative, noch relevante ischämische, noch postentzündliche Veränderungen zur Darstellung. Die im Rahmen dieser polydisziplinären Begutachtung ergänzend veranlasste neuropsychologische Evaluation ergebe authentifizierte Befunde einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung.

Gestützt auf die obigen Erläuterungen vermögen sodann auch die gutachterlichen Ausführungen betreffend die Auswirkungen der gestellten Diagnosen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu überzeugen: Zur Auswirkung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen (Müdigkeit, Kräfteverlust, Konzentrationsstörungen) im gegenwärtigen Lebensalltag, lasse sich eruieren, dass sich der Explorand im gemeinsam mit seiner Ehefrau geführten Zweipersonenhaushalt in der 5½-Zimmerwohnung an den Haushaltsarbeiten beteilige. Er koche, wasche und verrichte anfallende Wartungs- und sonstige handwerkliche Arbeiten, manchmal gehe er auch einkaufen. Es liessen sich nichterwerbsbezogene Aktivitäten als Tierhalter eruieren: Der Explorand halte ca. 20 Hühner und verkaufe Eier; er halte eine Kaninchenzucht mit ca. 20 Kaninchen und betätige sich als Obmann eines Kaninchenvereins; überdies halte er zwei Hunde. Er berichte über gelegentliche Hilfestellungen durch einen Kollegen sowie in der persönlichen Administration durch die Ehefrau; ein erheblicher krankheitsbedingter Hilfsbedarf lasse sich indessen nicht zwanglos ableiten. In der Schilderung des Tagesablaufs falle die fehlende Belastbarkeit in den Vormittagsstunden auf (er könne vormittags nichts unternehmen, er müsse sich von unangenehmen Träumen erholen, manchmal schlafe er nochmals ein). Nach wie vor sei er in der Lage Auto zu fahren; ausserhalb von vertrauten Routen nehme er diesbezüglich Fremdhilfe in Anspruch. Insgesamt seien vielfältige Ressourcen im Lebensalltag des Exploranden ersichtlich. Weiter führte der neurologische Gutachter zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus, das Schlaf-Apnoe-Syndrom könne an einem Teil der geltend gemachten Beschwerden und Funktionseinschränkungen pathogenetisch beteiligt sein. Bei Intoleranz der versuchten CPAP-Therapie sei das Schlaf-Apnoe-Syndrom seit Jahren unbehandelt. Wie dies bereits anlässlich der polydisziplinären Vorbegutachtung durch das B.____ vom pneumologischen Gutachter vor vier Jahren dargelegt worden sei, gebe es Alternativen zur CPAP-Therapie. Die bereits damals geäusserte Empfehlung einer Behandlung mittels Kieferprotrusionsschiene sollte im Rahmen einer pneumologischen Standortbestimmung evaluiert und gegebenenfalls

umgesetzt werden. Unter günstigen Umständen bestehe durch eine erfolgreiche Behandlung des Schlaf-Apnoe-Syndroms ein Verbesserungspotenzial. Bezüglich der festgestellten Polyneuropathie komme als Ursache in erster Linie der bekannte Diabetes mellitus in Frage. Im Rahmen der weiteren ambulanten ärztlichen Behandlung sollten differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehende andere Polyneuropathie-Ursachen laborchemisch ausgeschlossen werden. Dem gegenwärtigen Aktivitätenspektrum im Lebensalltag des Exploranden könnten vorhandene Ressourcen entnommen werden, die eine Teilerwerbstätigkeit ermöglichen sollten. Somatisch-neurologisch seien qualitative Einschränkungen infolge der Polyneuropathie zu berücksichtigen: Tätigkeiten mit besonderer Beanspruchung der Gleichgewichtsfunktionen müssten vermieden werden (keine Verrichtungen auf unebenem / nicht ebenerdigem Gelände, beispielsweise auf Leitern und Gerüsten, keine Tätigkeiten mit ausschliesslicher Belastung im Stehen und Gehen). Aus somatisch neurologischer Sicht sei die früher ausgeübte Tätigkeit als Dachdecker und Spengler ungeeignet und nicht mehr zumutbar. Diese Tätigkeit gehe im Falle von Stürzen mit der Gefahr erheblicher Verletzungen einher; sie erfordere einwandfreie Gleichgewichtsfunktionen beim Arbeiten auf nicht ebenerdigem Gelände, was aufgrund der Polyneuropathie nicht mehr gewährleistet sei. Die früher ausgeübte Tätigkeit als Allrounder im Hausdienst sei unter rein neurologischen Gesichtspunkten grundsätzlich möglich. Da bei dieser Tätigkeit davon auszugehen sei, dass gelegentlich nicht ebenerdige Verrichtungen anfielen (z.B. Arbeiten auf Leitern), sei aus neurologischer Sicht für diese Tätigkeit eine Leistungseinschränkung von 20 % zu attestieren. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kurierfahrer sei gesamtmedizinisch unter massgeblicher Berücksichtigung der neuropsychologischen und psychiatrischen Evaluation zu beurteilen. Eine angepasste Tätigkeit sollte wechselbelastend sein, nicht ausschliesslich im Stehen und Gehen, ohne besondere Beanspruchung der Gleichgewichtsfunktionen (keine nicht ebenerdigen Tätigkeiten). In einer diesen Kriterien angepassten Tätigkeit bestehe aus somatisch neurologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Die medizinische Aktenlage beinhalte keine neurologischen Berichte. Insofern sei ein Vergleich zur Aktenlage nicht möglich. Die aktuell gestellte Diagnose einer Polyneuropathie der unteren Extremitäten sei aber neu, sodass es sich hier um eine leichte Verschlechterung des Gesundheitszustands handle, mit entsprechenden qualitativen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, wie oben dargelegt.

Am Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens vermögen sodann auch die Rügen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Die vom Beschwerdeführer, namentlich unter Verweis auf die von der SIM herausgegebenen «Empfehlungen für die versicherungsmedizinische Abklärung in der Schweiz bei Post-Covid-19-Erkrankung» (Version 2.0; Stand 31. Juli 2023; abrufbar: <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/storage/app/media/Downloads/Dokumente/covid-19_aktuelle_Meldungen/230823_RevidierteEmpfehlungen_Final.pdf>; nachfolgend: SIM-Empfehlungen), geäusserte Kritik am neurologischen Teilgutachten vermag keine konkreten Zweifel an dessen Vollständigkeit und Schlüssigkeit zu wecken. Unabhängig von der Frage, ob bzw. inwieweit den Empfehlungen der ad-hoc Kommission der SIM ein mit Qualitätsleitlinien, wie sie etwa für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung mit den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) bestehen (vgl. dazu BGE 140 V 260 E. 3.2.2 S. 262), vergleichbarer Status als anerkannter Standard für eine sachgerechte und rechtsgleiche Begutachtung beizumessen ist, ist vorliegend festzuhalten, dass das neurologische

Teilgutachten, welches sich am Standard-Fragebogen der IV-Stelle orientierte, klinisch umfassend ist und sämtliche wesentlichen Aspekte bzw. Angaben berücksichtigt. Alleine der Umstand, dass der Gutachter bei seiner Beurteilung nicht auf den von der SIM vorgeschlagenen Erfassungsbogen «EPOCA» (= Evidence-based PostCovid-19-Assessment; siehe dazu SIM-Empfehlungen S. 11 Ziff. 6 und S. 19 Anhang 1 Abb. 1) abstellt, lässt das Gutachten nicht als unvollständig erscheinen, zumal der Experte darauf hinwies, man habe zwar den von der SIM vorgeschlagenen EPOCA-Erfassungsbogen für Post Covid-Assessment bearbeitet, dieser erlaube aber bis dato keine zuverlässige Klassifizierung zur Bezifferung funktioneller Einschränkungen. Weiter rügt der Beschwerdeführer, dem neurologischen Gutachten könne nicht entnommen werden, dass die erhöhte Ermüdbarkeit in irgendeiner Weise berücksichtigt worden wäre. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass der Gutachter bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht nur Beschwerden zu berücksichtigen hatte, welche er auch neurologisch objektivieren konnte und als neurologische Diagnose zu stellen waren. Bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ■ Leistungseinschränkung von 20 % in der vom Beschwerdeführer früher ausgeübten Tätigkeit als Allrounder im Hausdienst ■ berücksichtigte er, wie aus seinen Ausführungen ersichtlich, denn auch nur die im neurologischen Fachgebiet diagnostizierte Polyneuropathie (s. S. 24 f. und 28 des neurologischen Teilgutachtens; IV-Nr. 195.8, S. 24 f.). Dies ergibt sich auch aus den gutachterlichen Ausführungen zur Gutachtensfrage der Beschwerdegegnerin, ob sich seit der letzten Rentenverfügung vom 21. Mai 2019 eine Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben habe. Diesbezüglich hielt der Gutachter fest, die medizinische Aktenlage beinhalte keine neurologischen Berichte. Insofern sei ein Vergleich zur Aktenlage nicht möglich. Die aktuell gestellte Diagnose einer Polyneuropathie der unteren Extremitäten sei aber neu, sodass es sich hier um eine leichte Verschlechterung des Gesundheitszustands handle, mit entsprechenden qualitativen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, wie oben dargelegt. Wie die Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang sodann treffend ausführte, habe wegen der unklaren Ätiologie der Müdigkeit die diesbezügliche Restarbeitsfähigkeit nicht einwandfrei in den einzelnen Fachbereichen definiert werden können. Dementsprechend sei diese gesamtmedizinisch gewürdigt worden, worauf auch im neurologischen Teilgutachten hingewiesen worden sei (insb. S. 25/28) und welche im Rahmen der Konsensbesprechung stattgefunden habe. Schliesslich rügt der Beschwerdeführer, der Gutachter widerspreche sich mit seiner Einschätzung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit sodann selbst, denn auf S. 23 halte dieser fest, dass Ressourcen vorhanden seien, die eine Teilerwerbs-tätigkeit ermöglichen sollten. Weshalb er hiernach dennoch von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgehe, werde nicht begründet. Dem ist entgegenzuhalten, dass diese gutachterlichen Ausführungen nicht isoliert, sondern im Zusammenhang mit der Gesamtktenlage zu betrachten sind. So ist beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht seit Jahren nur noch eine Teilarbeitsfähigkeit erstellt. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass der neurologische Gutachter bei dieser Formulierung diese Einschränkungen mitberücksichtigt hat. Im Übrigen geht aus dem neurologischen Teilgutachten unzweifelhaft hervor, dass der Gutachter den Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit als voll arbeitsfähig erachtet.

Zusammenfassend kann somit auf das beweiswertige neurologische Teilgutachten der C.____ abgestellt werden.

6.4

6.4.1 Im psychiatrischen Teilgutachten der C.____ (IV-Nr. 195.5) wurden folgende Diagnosen gestellt:

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Sodann begründete der Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen in nachvollziehbarer Weise: Beim Exploranden habe sich eine deutliche Dysphorie feststellen lassen und er habe nachvollziehbar eine deutlich reduzierte Lebensfreude angegeben, was auf Freudlosigkeit hindeute. Der Antrieb sei jedoch nicht signifikant vermindert gewesen. So habe der Explorand noch genug Energie, sich ausführlich und stundenlang seiner Kleintieranlage zu widmen. Auch bestehe keine depressionstypische erhöhte Ermüdbarkeit. Der Explorand habe zwar darüber geklagt, dass er nach einer körperlichen Anstrengung rasch ermüde. Hier handle es sich allerdings eher um eine Fatigue-Symptomatik (die womöglich auf das nicht ausreichend behandelte Schlafapnoe-Syndrom mit konsekutiver Tagesmüdigkeit zurückgehe). Für eine depressionstypisch erhöhte Ermüdbarkeit wäre typisch, dass der Explorand schon vor Beginn der Tätigkeit wenig Energie habe, sich dieser Tätigkeit zu widmen. Dies habe der Explorand nicht beschrieben. Für die Graduierung einer Depression seien laut ICD-10 7 Nebensymptome massgebend und zwar 1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, 2. Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, 3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, 4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, 5. Suizidgedanken, 6. Schlafstörungen, 7. Verminderter Appetit. Hier sei zu bemerken, dass der Explorand zwar einen verminderten Appetit angegeben habe, er jedoch zugleich deutlich gemacht habe, dass er vor allem deshalb wenig esse, da er sonst Angst habe, unter Stresssituationen sofort auf die Toilette gehen zu müssen. Es handle sich also nicht um eine depressionstypische Appetitreduktion. Auch habe der Explorand angegeben, kaum Gewicht verloren zu haben und auch der körperliche Aspekt des Exploranden (ausgeprägte Adipositas) spräche gegen einen Gewichtsverlust. Bezüglich der Schlafstörung sei zu sagen, dass bei dem Exploranden ein Schlafapnoe-Syndrom vordiagnostiziert sei und auch eine Behandlung mit einer CPAP-Maske empfohlen worden sei. Laut Aktenmaterial habe sich der Explorand jedoch gegen das Tragen dieser Maske entschieden. Die Schlafstörungen könnten massgeblich durch das Schlafapnoe-Syndrom bedingt sein und stellten deshalb nicht notwendig ein depressionstypisches Symptom dar. Der Explorand habe keine Suizidgedanken, keine Schuldgefühle, keine Gefühle von Wertlosigkeit und auch kein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen beschrieben. Somit seien am ehesten die Diagnosekriterien einer leichten depressiven Episode erfüllt und an dieser Graduierung würde sich aufgrund der ICD-10-Kriterien selbst dann nichts ändern, wenn man die verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit als gesichert annehme.

Sodann sei die Herleitung der Diagnose «Reaktion auf schwere Belastung» im Teilgutachten von Dr. med. G.____, B.____ Versicherungsmedizin (IV-Nr. 132.2), sehr nachvollziehbar vollzogen worden. Insbesondere hervorzuheben und zu bekräftigen sei die im Gutachten erfolgte Abgrenzung des Beschwerdebildes des Exploranden von einer posttraumatischen Belastungsstörung. Übereinstimmend lasse sich aus dem Aktenmaterial ersehen, dass bei dem Exploranden nie Flashbacks oder intrusives Erleben bemerkt worden sei. Auch sei der Explorand über weite Strecken seines Lebens nicht von Erinnerungen an

die Gewalttätigkeiten, die er durch seinen Vater erlebt habe, geplagt worden. Diese seien erst wieder im Zusammenhang mit den als erniedrigend erlebten Situationen im Berufsleben (Kündigung einer Arbeitsstelle) aufgetreten. Dies spreche dafür, dass es sich nicht um ein klassisches Trauma gehandelt habe, sondern eher um ein in der Kindheit angelegtes Schema, das in Stresssituationen aktiviert werden könne, wie es auch im Gutachten von Herr Dr. G.____ dargelegt worden sei. An den erfolgten und erheblichen Gewalttätigkeiten, denen der Explorand in der Kindheit und Jugend durch den Vater ausgesetzt gewesen sei, könne aufgrund der kohärenten Aktenlage kein Zweifel bestehen.

Des Weiteren sei die Diagnose Albträume zu stellen, wenn der Explorand häufig aus dem Nachtschlaf aufwache und eine detaillierte und lebhaftere Erinnerung an Angstträume habe, welche mit der Bedrohung des Lebens, der Sicherheit und des Selbstwertgefühls verbunden seien. Auch entstehe durch das Traumerlebnis ein deutlicher Leidensdruck und nach dem Aufwachen sei der Explorand in der Regel fähig, sich rasch zu orientieren. Der Explorand habe während der Exploration diese Symptome ausführlich und plastisch beschrieben. Nicht beschrieben seien vom Exploranden Symptome wie Panik, Schreien, übermäßige Körperbewegung und ausserordentlich starke vegetative Erregung, wie sie für die Differentialdiagnose «Pavor nocturnus» typisch wären. Insofern seien die diagnostischen Leitlinien der Diagnose F41.5 (Albträume, bzw. Angstträume) erfüllt. Es sei allerdings zu betonen, dass diese Diagnose nur unter Vorbehalt gestellt werden könne, da derzeit keine adäquate Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms vorliege. Die gesamte Diagnosekategorie F51 (und mithin sämtliche nicht-organischen Schlafstörungen, zu denen auch die Parasomnien [also auch die Alpträumstörung] gehörten) sei per definitionem nicht organisch und Diagnosen aus dieser Kategorie könnten nur unter Vorbehalt gestellt werden, wenn eine komorbide organische Schlafstörung bestehe, zu der im weiteren Sinne auch ein Schlafapnoe-Syndrom zu zählen sei.

Sodann habe der Explorand angegeben, dass er seit der Jugend keine öffentlichen Verkehrsmittel nutze, da er dort «Platzangst» habe. Es handle sich offenbar um eine Angst vor grossen Menschenmengen, die sich auf engem Raum versammelten, was ein typisches Symptom einer Agoraphobie sei. Der Explorand habe sich durch das Nutzen eines eigenen PKWs dennoch eine hohe Mobilität bewahren können. Er habe wegen der Agoraphobie auch nie eine spezifische Behandlung aufgesucht, was gegen einen hohen Leidensdruck spreche (für die Agoraphobie bestünden gut etablierte, verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden, die im Aktenmaterial an keiner Stelle erwähnt seien). Von Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit sei somit nicht auszugehen. Von einer Panikstörung sei nicht auszugehen. Eine Panikstörung sei ein kurzes, crescendo-artiges Ansteigen intensiver Angst, das typischerweise mit der Sorge einhergehe, zu ersticken, verrückt zu werden und / oder zu sterben. Der Explorand habe keinerlei dieser Symptomatik beschrieben und diese seien auch im Aktenmaterial nicht erwähnt worden.

Weiter führte der Gutachter aus, durch das subjektive Kränkungsleben im Rahmen der Kündigung seien demütigende Erfahrungen aus Kindheit und Jugend wieder reaktiviert worden, wie dies überzeugend im Gutachten von Herrn Dr. G.____, B.____ Versicherungsmedizin, dargelegt werde. Weiterhin sei anzunehmen, dass das ausgeprägte und unbehandelte Schlafapnoe-Syndrom vermutlich zu kognitiven Defiziten geführt habe, die sich unter anderem in Gedächtnisstörungen äusserten. Es sei allerdings hinzuzufügen, dass es sich hier um Mutmassungen handle, die nicht in das Fachgebiet des Exploranden fielen. Diese Erwägungen könnten jedoch von der psychiatrischen Würdigung des Falls

nicht getrennt werden, da insbesondere die Gedächtnisfähigkeit eines Menschen eng verknüpft sei mit seinem seelischen Erleben. Die Ergebnisse der in der aktuellen polydisziplinären Begutachtung durchgeführten neuropsychologischen Testung stützten allerdings ebenfalls die obige Hypothese. Die psychiatrischen Diagnosen selbst hätten eher einen leichtgradigen Charakter und in den letzten 4 ■ 5 Jahren sei es diesbezüglich nicht zu erheblichen Schwankungen oder neuen Belastungen gekommen. Vielmehr seien die Antriebsstörungen, die in dem Gutachten von Herrn Dr. G. ____, B. ____ Versicherungsmedizin, noch gesondert herausgehoben worden seien, im Laufe der letzten Jahre offenbar eher in den Hintergrund getreten. Hinzugetreten sei nun eine erhöhte Fatigue-Symptomatik (erhöhte Erschöpfbarkeit), die allerdings aus Sicht des Explorierenden nicht klar von den medizinischen Folgen eines unbehandelten Schlafapnoe-Syndroms abgegrenzt werden könne.

6.4.2

6.4.2.1 Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte der psychiatrische Gutachter aus, als Detailmonteur könne der Explorand aus psychiatrischer Sicht in einem Pensum von 50 % bei voller Leistungsfähigkeit tätig sein. Die Einschränkungen ergäben sich aus einem erhöhten Pausenbedarf und einer reduzierten Frustrationstoleranz aufgrund der Depression, aufgrund einer reduzierten Teamfähigkeit aufgrund der Belastungsreaktion und aufgrund einer reduzierten Planungs- und Organisationsfähigkeit, weil dem Exploranden aufgrund seiner Alpträume die Regenerationszeit fehle. Die genannte Einschränkung bestehe seit der letzten Rentenverfügung unverändert fort. Auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Einschränkung von 50 %. Die Tätigkeit als Monteur sei schon als ideal angepasst zu betrachten, da der Explorand sehr überzeugend deutlich gemacht habe, dass er sich körperliche Tätigkeiten am ehesten vorstellen könne.

Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag.

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

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

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

-Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b)Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c)Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2)Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

-gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

-behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen in E. II. 6.4.1 hiavor verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass die psychiatrischen Diagnosen eher leichtgradig ausgeprägt seien.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, die aktuellen Massnahmen, insbesondere die Hinzunahme von Duloxetin in die Medikation (seit dem Aufenthalt des Exploranden im H.____) seien geeignet, zu einer weiteren Verbesserung des depressiven Zustandsbildes zu führen. Duloxetin sei ein stark stimmungsaufhellendes Antidepressivum. Hiervon liessen sich Verbesserungen der Affektivität realistisch erwarten. Die Fortführung dieser Medikation sei dem Exploranden auch ohne weiteres zumutbar, wobei regelmässige Labor- und EKG-Kontrollen durchgeführt werden sollten und insbesondere auch Gewichtskontrollen. Die Dosis des Trazodons sollte unbedingt überprüft werden, da hier in der Medikamentenspiegel-Bestimmung ein Spiegel deutlich über dem Referenzbereich festgestellt worden sei. Weiterhin sollte psychotherapeutisch durch engagierte expositionsorientierte Verhaltenstherapie die Agoraphobie des Exploranden behandelt werden.

Demnach ist beim Beschwerdeführer nicht von einer Behandlungsresistenz auszugehen. Sodann macht der Gutachter hinsichtlich einer allfälligen Eingliederungsresistenz zwar keine näheren Ausführungen, aber gestützt auf die Vorakten und der vom Gutachter erhobenen Befunde ist im Resultat ebenfalls nicht von einer objektiv begründbaren Eingliederungsresistenz auszugehen.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Der psychiatrische Gutachter führte diesbezüglich aus, ein grosses Problem seien die somatischen Komorbiditäten, insbesondere die ausgeprägte Adipositas und das unbehandelte Schlafapnoe-Syndrom, die erhebliche

Risikofaktoren für die mentale und körperliche Gesundheit des Exploranden darstellten.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, der Explorand lebe mit seiner Ehefrau zusammen in einer gemeinsamen Wohnung. Er habe ein gutes Verhältnis zu seiner Ehefrau und zu seinen beiden erwachsenen Kindern. Es sei dem Exploranden gelungen, trotz heftiger Gewalterfahrung durch den eigenen Vater in Kindheit und Jugend ein gesetzeskonformes Leben zu führen, das frei von Gewalttätigkeiten anderen Menschen gegenüber (und auch frei von Gewalt sich selbst gegenüber) sei. Der Explorand habe sich in seiner Berufslaufbahn bereits mehrfach flexibel umorientiert. Die Angaben des Exploranden wirkten insgesamt konsistent und plausibel. Es sei insbesondere auch aus den Schilderungen des Tagesablaufs deutlich geworden, dass der Explorand zwar noch gewisse Inseln der Lebensfreude habe (so z.B. seine Kleintierhaltung). Er gehe aber kaum sozialen Anlässen nach und verlasse sein Haus kaum. Wenn seine Ehefrau nicht zugegen sei, koche er auch nicht, was dafür spreche, dass er starke Anreize und den entsprechenden Kontext brauche, um Selbstfürsorge zu praktizieren. Dieser Mangel an Initiative bei der Selbstfürsorge sei ein typisches Symptom einer Depression. Der Explorand sei introspektionsfähig und in der Lage, sich selbst zu beschäftigen, was sich z. B. in seiner Tätigkeit in der Kleintierzucht zeige. Die gereizte Affektlage führe dazu, dass der Explorand bisweilen seine Umgebung verschrecken könne. Hier sei es zu einem gewissen Abbau sozialer Fähigkeiten gekommen, was vermutlich darauf zurückzuführen sei, dass bei dem Exploranden in den letzten Jahren ein Verbitterungsprozess stattgefunden habe. Dieser Verbitterungsprozess begründe allerdings nicht für sich genommen eine psychiatrische Pathologie. An Ressourcen bestehe unter anderem das sehr stabile Verhältnis zu den beiden Kindern und zur Ehefrau.

Demnach liegen beim Beschwerdeführer neben Einschränkungen auch positive soziale und persönliche Ressourcen vor.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Gestützt auf die gutachterliche Anamneseerhebung und die Schilderung des Beschwerdeführers zu seinem Tagesablauf (s. IV-Nr. 195.5, S. 18 f.) ist das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus tendenziell zu bejahen.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führte der Gutachter aus, der Explorand nehme alle zwei Wochen eine psychiatrische Behandlung bei seinem ambulanten Behandler wahr. Zudem bestehe eine adäquate antidepressive psychiatrische Medikation aus Lyrica, Trazodon und Duloxetin. Wie dem beigefügten Medikamentenspiegel entnommen werden könne, befinde sich der Spiegel von Duloxetin leicht oberhalb des Referenzbereiches, was noch toleriert werden könne. Trazodon liege deutlich über dem Referenzbereich und es sollte über eine Reduktion der Dosis nachgedacht werden. Lyrica liege leicht unterhalb des Referenzbereiches. Kein Zweifel könne daran bestehen, dass der Explorand alle drei Medikamente einnehme. Der Explorand habe auch schon mehrfach stationäre Behandlungen wahrgenommen in den letzten Jahren (unter anderem die erst vor wenigen Wochen abgeschlossene Behandlung im H. ___ und davor eine längere Behandlung in der Klinik I. ___). Etwas unglücklich sei, dass die bei dem Exploranden seit der Jugend bestehende agoraphobische Tendenz trotz der an sich guten Heilungschancen nicht ausreichend behandelt worden sei. Der Explorand beschreibe, dass er schon seit der Jugend immer alle Wege vorrangig mit dem Auto unternommen habe, um nicht auf öffentliche Verkehrsmittel ausweichen zu müssen. Bei öffentlichen Verkehrsmitteln mache ihm die Anwesenheit vieler anderer Menschen Angst. Die Agoraphobie schränke den Exploranden zwar nicht wesentlich in seinem Leben ein und habe ihn auch nie an der Ausübung seiner Berufstätigkeiten gehindert. Grundsätzlich könne eine Agoraphobie, vor allem wenn sie jahrelang bestehe, jedoch zu einem generellen Misstrauen und Unbehagen in Situationen führen, in denen andere Menschen anwesend seien. Dies könne langfristig die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen. Die agoraphobische Tendenz des Exploranden sollte daher durch eine engagierte Psychotherapie behandelt werden. Weiterhin sei bemerkt, dass eine engagierte Therapie des Schlafapnoe-Syndroms für das medizinische Gesamtbild (somatisch und psychiatrisch) von entscheidender Bedeutung sei. Das unbehandelte Schlafapnoe-Syndrom sei ein hoher Risikofaktor für kognitive Einschränkungen, die sowohl die seelische als auch die somatische Gesundheit des Exploranden nachhaltig schädigen könnten. Im Lichte der vorstehenden Ausführungen ist somit ■ trotz gewissen unbehandelten Diagnosen ■ von einem ausgewiesenen Leidensdruck auszugehen.

6.4.2.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als hinreichend ausgewiesen. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 6.4.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag die gutachterliche Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 50 % zu überzeugen.

6.4.3 Am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermögen sodann die dem Gutachten entgegenstehenden Berichte der behandelnden Psychiater nichts zu ändern. Der psychiatrische Gutachter setzte sich eingehend mit den Vorakten auseinander und führte

aus, es gebe erhebliche Qualitätsunterschiede in den psychiatrischen Berichten. Im Austrittsbericht der J. ___ vom 14. März 2022 (IV-Nr. 190) werde die vergebene Diagnose posttraumatische Belastungsstörung an keiner Stelle begründet. Es werde zwar auf häusliche Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend eingegangen, doch rechtfertigten diese für sich genommen in keiner Hinsicht die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Sie stellten nur ein Eingangsmerkmal für die Überprüfung dieser Diagnose dar, doch die Diagnose selbst könne nur anhand der Frage gestellt werden, ob es eine Verarbeitungsstörung in Bezug auf diese frühen biographischen Ereignisse gebe. Zum Beispiel müsste geklärt werden, ob Wesensveränderungen vorlägen oder Vermeidungstendenzen in Bezug auf die Erinnerung an die genannten Ereignisse beständen (laut ICD-10 das Kardinalsymptom der posttraumatischen Belastungsstörung). Dies werde in dem Bericht an keiner Stelle diskutiert. Vielmehr werde nur erwähnt, dass keine «Flashbacks» (als Gegenwart erlebte Erinnerungen) vorlägen, was offensichtlich gegen die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung spreche. Auch werde im Austrittsbericht die mittelgradige depressive Episode nicht differentialdiagnostisch gegen eine leichtgradige schwergradige Depression abgegrenzt. In Bezug auf die depressive Symptomatik würden an Symptomen «Ängste» genannt, die aber für sich genommen kein Kennzeichen einer Depression seien, sondern nur komorbid zu einer Depression auftreten könnten. Als einziges depressionstypisches Symptom werde Gedankenkreisen genannt. Ein psychopathologischer Befund fehle. Weiterhin gehe aus dem Arztbrief des behandelnden Psychiaters Dr. K. ___ vom 16. Juli 2021 nicht hervor, warum die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode vergeben worden sei. Weiterhin werde auch an keiner Stelle ausgeführt, wie von der vorliegenden Diagnose auf eine Einschränkung des Arbeitspensums von 80 % geschlossen werde. Die im psychopathologischen Befund genannten Antriebsstörungen liessen sich in der aktuellen Exploration nicht objektivieren. Die genannten kognitiven Einschränkungen, die insbesondere im Hinblick auf das Gedächtnis (nicht jedoch im Hinblick auf Konzentration und Auffassung) auch in der aktuellen Exploration beobachtbar gewesen seien, seien aus Sicht des Explorierenden nicht eindeutig auf die Depression rückführbar, da sie sehr wohl als Folge eines unbehandelten Schlafapnoe-Syndroms auftreten könnten. Die genannten Einschränkungen im formalen Gedankengang seien insbesondere in Bezug auf das «perseverierende oder weitschweifende» gedankliche Verhalten in der aktuellen Exploration an keiner Stelle in Erscheinung getreten; der Explorand sei vielmehr wortkarg. Auch würden die sehr rasche Ermüdbarkeit und übermässige Ermüdung aus Sicht des Explorierenden von Herr Dr. K. ___ vorschnell auf eine depressive Genese zurückgeführt. Auch hier wäre an das unbehandelte Schlafapnoe-Syndrom zu denken. Die Diagnose «Long-Covid» sei für sich genommen keine psychiatrische Diagnose und könne sicherlich nicht allein durch einen Vertreter der psychiatrischen Disziplin diagnostiziert werden. Insbesondere fielen die im Bericht genannten Symptome Kurzatmigkeit und Verlust des Geschmacksinnes nicht in den psychiatrischen Fachbereich. Konsistent mit den Befunden der aktuellen Exploration sei allerdings die Angabe, dass der Explorand nach dreissig Minuten eine Pause machen müsse. Allerdings habe der Explorand in der aktuellen Exploration angegeben, dass ihm dann üblicherweise eine 10-minütige Pause genügen würde, um wieder zu Kräften zu kommen. Ein solches Pausenverhalten (30 Min. Tätigkeit und 10 Min. Pause) wäre sicherlich noch mit den meisten Tätigkeiten vereinbar und passe nicht zu einer Reduktion des Arbeitspensums auf 20 %, was de facto einer nicht gegebenen Arbeitsfähigkeit entspreche. Von ausgesprochen hoher Qualität sei das psychiatrische Gutachten von Herr Dr. G. ___,

B.____ Versicherungsmedizin, vom 6. Juni 2018, insbesondere im Hinblick auf die biographische Situation des Exploranden. In dem Gutachten werde differenziert dargelegt, wie sich die Gewalterfahrungen des Exploranden in Form von Übertragungsphänomenen (= Reaktivierung von demütigenden Schemata) in der Gegenwart zeigten, wenn bestimmte Stresssituationen aufträten. Gegenüber den Befunden der damaligen Exploration durch Dr. G.____ habe sich der aktuelle psychiatrische Zustand tendenziell eher leicht verbessert, indem die persistierende Antriebsstörung nicht mehr bestehe. Es sei allerdings eine Fatigue-Symptomatik hinzugetreten, wobei diese (wie weiter oben ausgeführt) nicht eindeutig auf psychische Faktoren zurückgeführt werden könne.

Ebenso vermögen die Rügen des Beschwerdeführers den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens der C.____ nicht zu vermindern, wie nachfolgend darzulegen ist. Der Beschwerdeführer macht unter anderem geltend, die Annahme des psychiatrischen Gutachters sei falsch, wonach der Beschwerdeführer noch genug Energie habe, sich ausführlich und stundenlang seiner Kleintieranlage zu widmen. Dem steht jedoch die anlässlich der Begutachtung vom Beschwerdeführer gemachten Aussage entgegen, er habe eine Kleintieranlage, die fünf Minuten von seinem Haus (zu Fuss) entfernt sei. In dieser Kleintieranlage lebten 20 ■ 30 Tiere und er kümmere sich um diese Tiere. Dies sei für ihn insbesondere eine wichtige Erholung, da er dort gut «abschalten» könne. Er verbringe dort circa drei Stunden und füttere die Tiere. Des Weiteren rügt der Beschwerdeführer, der psychiatrische Gutachter habe die erhöhte Fatigue-Symptomatik in seiner Beurteilung nicht berücksichtigt. Dem ist entgegenzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar darlegte, dass die Fatigue-Symptomatik nicht eindeutig auf psychische Faktoren zurückgeführt werden könne (s. E. II. 6.4.1 hiervor). Er legte in diesem Zusammenhang denn auch einleuchtend dar, dass keine depressionstypische erhöhte Ermüdbarkeit bestehe. Der Explorand habe zwar darüber geklagt, dass er nach einer körperlichen Anstrengung rasch ermüde. Hier handle es sich allerdings eher um eine Fatigue-Symptomatik (die womöglich auf das nicht ausreichend behandelte Schlafapnoe-Syndrom mit konsekutiven Tagesmüdigkeit zurückgehe). Für eine depressionstypisch erhöhte Ermüdbarkeit wäre typisch, dass der Explorand schon vor Beginn der Tätigkeit wenig Energie habe, sich dieser Tätigkeit zu widmen. Dies habe der Explorand nicht beschrieben. Weiter führte der Gutachter hinsichtlich der neuropsychologisch festgestellten Einschränkungen aus, die genannten kognitiven Einschränkungen, die insbesondere im Hinblick auf das Gedächtnis (nicht jedoch im Hinblick auf Konzentration und Auffassung) auch in der aktuellen Exploration beobachtbar gewesen seien, seien aus Sicht des Explorierenden nicht eindeutig auf die Depression rückführbar, da sie sehr wohl als Folge eines unbehandelten Schlafapnoe-Syndroms auftreten könnten. Dementsprechend ist es grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Gutachter die Fatigue-Symptomatik sowie die kognitiven Einschränkungen nicht als psychiatrische Diagnosen aufführte. Daran vermögen auch die Ausführungen des neuropsychologischen Gutachters nichts zu ändern, wonach die akzentuiert erhöhte kognitiv-mentale Ermüdbarkeit Folge und Ausdruck der psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers sei. So gehört es nicht in den Fachbereich eines Neuropsychologen, sich zu einer allfälligen psychiatrischen Genese kognitiver Einschränkungen zu äussern.

Zusammenfassend kann somit auf das beweismässige psychiatrische Teilgutachten der C.____ abgestellt werden. Wie jedoch in E. II. 6.2 hiervor festgehalten, muss die Arbeitsfähigkeitseinschätzung im Nachgang an ein neuropsychologisches Gutachten

grundsätzlich von einem psychiatrischen oder neurologischen Facharzt erfolgen, da eine neuropsychologische Untersuchung jeweils nur eine Zusatzuntersuchung darstellt. Wie aus den vorgehenden Ausführungen ersichtlich, wurden die gestützt auf das beweismässige neuropsychologische Teilgutachten erstellten kognitiven Einschränkungen jedoch weder im neurologischen noch im psychiatrischen Teilgutachten bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt, was vom Beschwerdeführer denn auch zurecht gerügt wird. Es ist somit nachfolgend zu prüfen, ob diese Einschränkungen in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung der C.____-Gutachter entsprechend berücksichtigt wurden.

6.5 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des C.____ vom 16. Juni 2022 (IV-Nr. 195.4) wurden zusammenfassend folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Polyneuropathie der unteren Extremitäten

· am ehesten bei bekanntem Diabetes mellitus

2. Aktenanamnestisch obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom

· unbehandelt

3. Psychophysische Belastbarkeitsminderung, wahrscheinlich multifaktoriell bedingt

· St. n. Covid-19 Infektion

4. Leichtgradige depressive Episode (ICD-10 Code: F33.0)

5. Nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastungen (ICD-10 Code: F43.9); Alpträume (F41.5)

6. Leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung mit leichten attentionalen, leichten exekutiven und mittelgradigen verbal-mnestischen Funktionsdefiziten und verminderten mentalen Belastbarkeit, respektive akzentuierter mentaler Fatigue.

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

7. Agoraphobie ohne Panikstörung (F40.0)

Zur Beurteilung hielten die Gutachter fest, im polydisziplinären Gutachten der B.____ vom 8. November 2018 sei dem Exploranden, in einer angepassten Tätigkeit, einschliesslich der früheren Tätigkeit als Allrounder im Hausdienst, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei massgeblich mit psychiatrischen Faktoren begründet worden. Das B.____-Gutachten habe keine neurologische und keine neuropsychologische Beurteilung beinhaltet. Insofern sei eine Verlaufsbeurteilung zu diesem früheren Gutachten aus neurologischer Sicht nicht möglich gewesen. Aus somatisch neurologischer Sicht sei die früher ausgeübte Tätigkeit als Dachdecker und Spengler ungeeignet und nicht mehr zumutbar. Diese Tätigkeit gehe im Falle von Stürzen mit der Gefahr erheblicher Verletzungen einher; sie erfordere einwandfreie Gleichgewichtsfunktionen beim Arbeiten auf nicht ebenerdigem Gelände, was aufgrund der Polyneuropathie nicht mehr gewährleistet sei. Die früher ausgeübte Tätigkeit als Allrounder im Hausdienst sei unter rein neurologischen Gesichtspunkten grundsätzlich möglich. Da bei dieser Tätigkeit davon auszugehen sei, dass gelegentlich nicht ebenerdige Verrichtungen anfielen (z.B. Arbeiten auf Leitern), sei aus neurologischer Sicht für diese Tätigkeit eine

Leistungseinschränkung von 20 % zu attestieren. Arbiträr gelte die neurologische Einschätzung spätestens ab Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung. Als Detailmonteur und im Hausdienst könne der Explorand aus psychiatrischer Sicht in einem Pensum von 50 % bei voller Leistungsfähigkeit tätig sein. Die Einschränkungen ergäben sich aus einem erhöhten Pausenbedarf und einer reduzierten Frustrationstoleranz aufgrund der Depression, aufgrund einer reduzierten Teamfähigkeit aufgrund der Belastungsreaktion und aufgrund einer reduzierten Planungs- und Organisationsfähigkeit, weil dem Exploranden aufgrund seiner Albträume die Regenerationszeit fehle. Die genannte Einschränkung bestehe seit der letzten Rentenverfügung unverändert fort. Beim Versicherten liege sodann eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung mit den oben beschriebenen kognitiven Funktionsschwächen und Ressourcen vor. Auf deren Hintergrund seien ihm derzeit lediglich vertraute / repetitive, vornehmlich manuelle / handlungspraktische, komplexe Aufmerksamkeitsleistungen und das verbale Arbeits- und Kurzzeitgedächtnis nur wenig beanspruchende sowie keine ausgeprägt gute schulische Fertigkeiten voraussetzende Tätigkeiten zumutbar. Der Versicherte sei ferner objektiv klinisch mental erhöht ermüdbar und könne nur zeitbegrenzt seine Aufmerksamkeit / Konzentration in hinreichender Weise aufrechterhalten. Seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kurier oder früher als Vertreter, Aussendienstmitarbeiter, sei derzeit angesichts seiner attentionalen Defizite und fraglichen Fahreignung nicht geeignet. Als technischer Hausangestellter / Hauswart sei ihm ein seinen physischen Ressourcen angepasster Einsatz in arbeitszeitlich reduzierter, mehrfach pausenstrukturierter Weise bei leicht verminderter Leistung möglich. Nach eingehender Konsensbesprechung komme man somit zum Schluss, dass dem Versicherten die angestammte Tätigkeit als Dachdecker oder eine vergleichbare nicht adaptierte Tätigkeit weiterhin andauernd nicht mehr möglich sei. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe weiterhin gesamtmedizinisch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit.

Gestützt auf diese nachvollziehbare interdisziplinäre Gesamtbeurteilung ist festzuhalten, dass die Gutachter des C. ___ bei der Beurteilung der Gesamtarbeitsfähigkeit sowohl die vom Beschwerdeführer geklagte Müdigkeit als auch die kognitiven Einschränkungen mitberücksichtigt haben. So wurde diesen unter anderem beim eingeschränkten Zumutbarkeitsprofil Rechnung getragen. Zudem wurde der erhöhte Pausenbedarf auch bei dem noch zumutbaren 50%-Pensum mitberücksichtigt. Auf das beweismässige C. ___-Gutachten vom 16. Juni 2022 kann somit abgestellt werden. Bei diesem Resultat ist es schliesslich auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die beabsichtigte Stellung von Ergänzungsfragen an die C. ___-Gutachter verzichtet hat (vgl. Schreiben der IV-Stelle vom 16. Juni 2023 und 23. Juni 2023; IV-Nr. 227 und 231).

Insofern der Beschwerdeführer geltend macht, aufgrund der geklagten Kurzatmigkeit bzw. des Asthma hätten die Gutachter bildgebende Abklärungen und einen Lungenfunktionstest durchführen müssen, ist festzuhalten, dass in den Akten keine Berichte behandelnder Ärzte vorhanden sind, welche dem Beschwerdeführer diesbezüglich eine Einschränkung attestieren. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die C. ___-Gutachter diesbezüglich keine weiteren Untersuchungen durchführten, zumal es im Kompetenzbereich des betreffenden Gutachters liegt, ob er hinsichtlich beklagter Beschwerden weitere Abklärungen als notwendig erachtet. Insofern der Beschwerdeführer weiter rügt, seit der Erstellung des C. ___-Gutachtens sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, ist festzuhalten, dass eine relevante Verschlechterung gestützt auf die vorhandenen Berichte nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Im Austrittsbericht der J. ___, vom

20. Februar 2023 (IV-Nr. 222), wurden zwar eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) und eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) diagnostiziert. Die gleichen Diagnosen wurden jedoch bereits im Austrittsbericht der J. ___ vom 14. März 2022 (IV-Nr. 190) gestellt. Diesbezüglich kann auf die überzeugenden Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten der C. ___ (s. E. II. 6.4.3 hiervor) verwiesen werden, worin der Gutachter aufzeigte, dass die gestellten Diagnosen «mittelgradige Depression» und «Posttraumatische Belastungsstörung» im betreffenden Bericht nur ungenügend begründet wurden. Dies gilt denn auch für den vorgenannten Austrittsbericht vom 20. Februar 2023, zumal sich auch aus den erhobenen Befunden im Vergleich zum C. ___-Gutachten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine gesundheitliche Verschlechterung ableiten lässt. Schliesslich reichte der Beschwerdeführer einen Kurzaustrittsbericht der Klinik D. ___, vom 11. Januar 2024 (Beschwerdebeilage 4) ein, wo er vom 8. ■ 12. Januar 2024 stationär hospitalisiert war. Darin wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2), diagnostiziert. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die angefochtene Verfügung vom 28. November 2023 grundsätzlich die Grenze für die richterliche Überprüfungsbefugnis darstellt (BGE 129 V 4 E. 1.2, 105 V 161 f. E. 2d). Somit ist dieser Bericht für die Beurteilung im vorliegenden Bericht nicht mehr zu berücksichtigen, zumal in den Akten keine Hinweise darauf ersichtlich sind, dass eine allfällige gesundheitliche psychiatrische Verschlechterung bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung vorgelegen hätte.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Rentenverfügung vom 21. Mai 2019 aus neuropsychologischer Sicht zwar verschlechtert hat. Gesamthaft führt dies aber insgesamt ebenfalls zu einer 50%igen und damit unveränderten Arbeitsfähigkeit, wie dies schon im B. ___-Gutachten vom 8. November 2018 (IV-Nr. 132.1) festgestellt wurde. Nachdem eine revisionsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes zu verneinen ist, kann demnach auf die Durchführung einer Invaliditätsberechnung verzichtet werden.

E. 5

Nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastungen (ICD-10 Code: F43.9); Alpträume (F41.5)

E. 6

Leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung mit leichten attentionalen, leichten exekutiven und mittelgradigen verbal-mnestischen Funktionsdefiziten und verminderten mentalen Belastbarkeit, respektive akzentuierter mentaler Fatigue. Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

E. 7

7.1 Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

7.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

7.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu

bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin	Der Gerichtsschreiber
Weber-Probst	Isch

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