

SO_GERICHTE VSBES.2024.70 vom 8. März 2024

SO Obergericht, 2024-03-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.70

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.70 du 8 mars 2024

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.70 del 8 marzo 2024

Erwägungen

E. 1

Es sei die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 8. März 2024 vollumfänglich aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer ab Oktober 2019 eine ganze Invalidenrente der eidgenössischen Invalidenversicherung zuzusprechen.

E. 2

Es sei die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 8. März 2024 vollumfänglich aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer zu gegebener Zeit berufliche Eingliederungsmassnahmen zuzusprechen.

E. 3

Es sei dem Beschwerdeführer ein Replikrecht einzuräumen.

E. 4

Es sei ein gerichtliches Obergutachten zur Klärung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers einzuholen.

E. 4.3.1

Im kardiologischen Teilgutachten vom 2. Juni 2021 (IV-Nr. 60.4) stellte Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Kardiologie und Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, die folgenden Diagnosen: · Aktenanamnestisch St. n. Mitralklappenersatz (Edwards 36 mm anterolateral bei ehemals schwerer Mitralklappeninsuffizienz bei Flail Leaflet in P1/P2 bei Sehnenfadenabriss am 25. Oktober 2018), aktuell normale Klappenersatzfunktion (ICD-10 Z95.2) · Aktenanamnestisch St. n. Brady-Tachy-Syndrom und langer AV Block I. Grades und Implantation eines DDD-Schrittmachers (Biotronik Edora 8 am 5. November 2018), aktuell normale Schrittmacherfunktion, keine höhergradigen Herzrhythmusstörungen (ICD-10 Z95.0) · Postoperativ Vorhofflimmern (ICD-10 I48.0), aktuell Sinusrhythmus · Dyslipidämie, aktuell medikamentös therapiert (ICD-10 E78.2) · Präadipositas nach WHO (ICD-10 E66.99) · Arterielle Hypertonie, aktuell medikamentös therapiert (ICD-10 I11.90) · Nicht-stenosierende KHK (ICD-10 I25.19) Bei der Herleitung der Diagnosen stützte sich Dr. med. F.____ gemäss eigenen Ausführungen einerseits auf das Aktenstudium sowie andererseits auf die von ihm durchgeführte Begutachtung des Beschwerdeführers (IV-Nr. 60.4 S. 14). Die Diagnosen erweisen sich denn auch als nachvollziehbar. So betreffen die drei erstgenannten Diagnosen die in den medizinischen Vorakten mehrfach erwähnten operativen Eingriffe vom 25. Oktober 2018 (Mitralklappenersatz) und vom 5. November 2018 (Implantation eines Schrittmachers). In diesem Zusammenhang zu erwähnen ist die vom begutachtenden Kardiologen in Auftrag gegebene 2-Kammer-Schrittmacher-Kontrolle vom 25. Mai 2021 (IV-Nr. 60.4 S. 25), der eine regelrechte Schrittmacherfunktion mit erhaltener Batteriereserve zu entnehmen ist. Im

Rahmen des von ihm ebenfalls veranlassten R-Tests wurde ein durchgehender Sinusrhythmus und kein Vorhofflimmern festgestellt (IV-Nr. 60.4 S. 26). Des Weiteren leuchtet die diagnostizierte Präadipositas ein, nachdem Dr. med. F.____ beim Beschwerdeführer gestützt auf eine Körpergrösse von 173 cm und ein Gewicht von 86 kg einen Body-Mass-Index von 28.78 kg/m² feststellte. Laut Dr. med. F.____ ergeben sich sodann gestützt auf ein am 25. Januar 2021 erstelltes Ruhe-EKG Hinweise auf eine Hypertonie, AV-Block I. Grades (IV-Nr. 60.4 S. 12). Der anlässlich der Begutachtung gemessene Blutdruck betrug im Liegen 155/90 mm Hg bei einem Puls von 57 pro Minute (IV-Nr. 60.4 S. 12). In den medizinischen Vorakten ist die Hypertonie mehrfach erwähnt (u.a. IV-Nr. 13 S. 4, IV-Nr. 21 S. 8 ff.), übrigens auch im davor erstellten allgemeininternistischen Teilgutachten der B.____ (siehe oben, E. II. 4.1). Daher vermag diese Diagnose ebenfalls zu überzeugen. Schliesslich ergeben sich aus den im Rahmen der Begutachtung eingeholten Laborwerten laborchemische Zeichen einer kombinierten Stoffwechselstörung (IV-Nr. 60.4 S. 13 und IV-Nr. 60.10). In diesem Zusammenhang hielt Dr. med. F.____ überzeugend fest, dass Präadipositas und arterielle Hypertonie in Kombination mit einer kombinierten Fettstoffwechselstörung zwar die Wahrscheinlichkeit von sekundären Herz-Kreislauf-Ereignissen wie Herzinfarkt und Schlaganfall erhöhten, aber im Zeitpunkt der Begutachtung versicherungsmedizinisch irrelevant seien. Schliesslich stimmt die im kardiologischen Teilgutachten an letzter Stelle aufgelistete Diagnose einer nicht-stenonisierenden koronaren Herzkrankheit (KHK) mit dem Ergebnis des vom begutachtenden Kardiologen veranlassten CT Coro vom 1. Juni 2021 (IV-Nr. 60.4 S. 31) überein und ist daher ebenfalls nachvollziehbar. Im Zusammenhang mit der Diagnoseliste rügt der Beschwerdeführer deren Unvollständigkeit. Eigenen Angaben zufolge leide er zusätzlich unter einem «Tachy-Brady-Syndrom mit Vorhofflimmern und rezidivierender atrialer Tachykardie» (A.S. 22). Dabei macht der Beschwerdeführer geltend, dass seit dem 22. August 2022 eine persistierende atriale Tachykardie bestehe beziehungsweise seit August 2021 eine anhaltende symptomatische atriale Tachykardie mit ungünstigem Verlauf nachgewiesen worden sei (Ziff. 32 der Beschwerdeschrift [A.S. 22 f.]). Diesbezüglich ist festzustellen, dass das kardiologische Teilgutachten am 2. Juni 2021 und das Gesamtgutachten am 21. Juni 2021 erstellt wurde. Somit macht der Beschwerdeführer eine seit der Begutachtung eingetretene Verschlechterung des kardiologischen Gesundheitszustands geltend. Auf dieses Vorbringen wird weiter unten einzugehen sein (siehe E. II. 4.3.2). Der Vollständigkeit halber sei hier darauf hingewiesen, dass Dr. med. F.____ das Brady-Tachy-Syndrom aktenanamnestisch in die Diagnoseliste aufnahm (IV-Nr. 60.4). Ihm zufolge sei aber anlässlich der im Rahmen der kardiologischen Begutachtung erstellten 2-Kammer-Schrittmacherkontrolle im Schrittmacher-Speicher keine Aufzeichnung von Vorhofflimmern oder ventrikulären Tachyarrythmien festgestellt worden (IV-Nr. 60.4 S. 25). Nach Gesagtem erweist sich die Diagnoseliste im Zeitpunkt der kardiologischen Begutachtung als vollständig. Gestützt darauf vermag die von Dr. med. F.____ erfolgte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (100 %) zu überzeugen. Zudem stimmt sie ebenfalls mit den medizinischen Vorakten überein. Im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit ist dem Bericht von Dr. med. G.____, Kardiologie und Innere Medizin FMH, anlässlich der am 12. April 2019 erfolgten Austrittsuntersuchung nach achtwöchiger ambulant erfolgter Rehabilitation zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer aus kardialer Sicht ab sofort wieder zu 100 % arbeitsfähig sei (IV-Nr. 29). In der Folge kam es zwar wegen Thoraxschmerzen beziehungsweise Schwindels kurz hintereinander zu zwei Konsultationen auf der Notfallstation des E.____; wie den entsprechenden Austrittsberichten

vom 5. und 18. April 2019 zu entnehmen ist, konnte der Beschwerdeführer jedoch beide Male gleichentags wieder entlassen werden (IV-Nr. 39 S. 5 ff.). Der Bericht der dazumal behandelnden Hausärztin, Dr. med. H.____, vom 6. August 2019 bestätigt, dass der Beschwerdeführer aus kardiologischer Sicht als arbeitsfähig gelte (IV-Nr. 21 S. 2). Sodann ist den medizinischen Akten ein von Dr. med. I.____, FMH für Kardiologie und Innere Medizin, verfasster Bericht vom 21. November 2019 (IV-Nr. 39 S. 14 f.) zu entnehmen, aus welchem hervorgeht, dass die postoperativen Echokardiographien sowie die Schrittmacherkontrolle im September 2019 aus kardialer Sicht unauffällig gewesen seien. Auch in der gleichentags von Dr. med. I.____ durchgeführten echokardiographischen Kontrolle habe sich eine normale biventrikuläre Pumpfunktion und eine gute Klappenfunktion gezeigt. Nach Gesagtem vermag das kardiologische Teilgutachten zu überzeugen. Was den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Begutachtungszeitpunkt anbelangt, kann deshalb darauf abgestellt werden.

E. 4.3.2

Im Beschwerdeverfahren reicht der Beschwerdeführer medizinische Unterlagen zu den Akten (Beschwerdebeilagen 2 bis 10), denen in kardiologischer Hinsicht eine seit der Begutachtung eingetretene Verschlechterung zu entnehmen ist. So hält Dr. med. J.____, FMH Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, in seinem Bericht vom 2. April 2024 (Beschwerdebeilage 9) zusammenfassend fest, dass der Beschwerdeführer seit August 2022 an immer wieder auftretenden und damals noch unklaren tachykarden Rhythmusstörungen leide. Trotz mehrerer Versuche mittels medikamentöser Therapie hätten diese nicht beherrscht werden können, weshalb insgesamt dreimal Elektrokardioversionen in Vollnarkose durchgeführt worden seien. Leider hätten auch diese Massnahmen die Rhythmusstörung nicht anhaltend kontrollieren können. Nach Ausschöpfung aller Massnahmen sei eine elektrophysiologische Untersuchung im K.____ erfolgt. Dabei hätten drei verschiedene Rhythmusstörungen dokumentiert werden können, wobei zwei davon interventionell mittels Pulmonalvenenisolation und Isthmusablation hätten behandelt werden können. Die dritte Form der Rhythmusstörung (atriale Tachykardie) bleibe aufgrund deutlich veränderter Anatomie der Vorkammern nach dem Mitralklappenersatz jedoch anhaltend und sei interventionell schlecht behandelbar. In der Elektrophysiologie sei daher die Ergänzung einer antiarrhythmischen Therapie mit Amiodaron vorgeschlagen und umgesetzt worden. Trotz maximaler Dosierung und zusätzlicher Gabe einer Therapie mittels Betablocker persistiere noch immer eine symptomatische atriale Tachykardie mit einer durchgehenden Herzfrequenz von 115/min, was zu schneller Ermüdung, Schlaflosigkeit und zunehmender psychischer Beeinträchtigung führe. Zur Linderung der Symptome werde die Schrittmacher-Programmierung umgestellt, um die Arrhythmie auf der Vorkammerebene möglichst nicht auf die Hauptkammerebene übertragen zu lassen. Diese Option helfe in der Regel nur vorübergehend. Durch die antiarrhythmische Therapie sei ein besserer Effekt zu erhoffen. Sollte dies nicht gelingen, müsse als letzte Option mit einer Verödung des AV-Knotens verfahren werden. Dies hätte eine komplette Schrittmacherabhängigkeit zur Folge, was angesichts des jungen Jahrgangs des Beschwerdeführers (1972) aufgrund von häufigem Batteriewechsel und Beeinträchtigung der Hauptkammerfunktion insgesamt eine schlechte Prognose hätte. Aus vorstehender Beschreibung gehe hervor, so Dr. med. J.____, dass sich die kardiologische Situation seit der Begutachtung im Jahr 2021 deutlich verschlechtert habe. Insbesondere lasse sich die aktuelle Rhythmusstörung nach wie vor nicht kontrollieren und müsse im Verlauf womöglich mit aggressiven und prognostisch ungünstigen Verfahren angegangen werden.

Aufgrund dieser komplexen kardiologischen Geschichte (ganz abgesehen von der psychischen Nebenkomponente) sei der Beschwerdeführer aus kardiologischer Sicht vorerst für nicht arbeits- beziehungsweise erwerbsfähig zu erachten. Diese Ausführungen des seit 2022 behandelnden Kardiologen, Dr. med. J. ____, bestätigen sich in den vom Beschwerdeführer ebenfalls zu den Akten gereichten Berichten des E. ____ und des K. ____.

So ist dem Bericht des E. ____ über die ausserordentliche PM-Kontrolle vom 9. Mai 2023 (Beschwerdebeilage 6) zu entnehmen, dass aktuell wie bereits bei der letzten Kontrolle im August 2022 ein Vorhofflattern mit 200/min auffalle, welches aktuell seit dem 3. Februar 2023 durchgehend bestehe. Der Beschwerdeführer berichte, dass in den letzten Monaten eine verminderte Belastbarkeit bestehe und Palpitationen aufträten. Daher sei dieses Vorhofflattern als symptomatisch und rezidivierend zu betrachten. Es werde eine Elektrokardioversion und eine Vorhofflatterablation empfohlen, was – wie dem Austrittsbericht des E. ____ vom 23. Dezember 2023 (Beschwerdebeilage 3) sowie dem Arztbrief des K. ____ vom 8. März 2024 (Beschwerdebeilage 7) zu entnehmen ist – in der Folge durchgeführt wurde. Gestützt auf die Aktenlage ist somit festzustellen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Anschluss an die Begutachtung in kardiologischer Hinsicht verschlechtert hat, weshalb sich die Einholung einer gutachterlichen Neu beurteilung rechtfertigt.

4.4 Im neurologischen Teilgutachten vom 26. März 2021 (IV-Nr. 60.6) stellte Dr. med. L. ____, Facharzt FMH für Neurologie, die folgenden Diagnosen: · Bildgebend Nachweis von multiplen cerebralen und kortikal betonten Mikroblutungen (MRI September 2019) (ICD-10: I67.88) mit/bei - DD: U.a. bei Hypotonie und Antikoagulation, Amyloidangiopathie - Verlaufsuntersuchung September 2020 (E. ____): · Mögliches Restless-Legs-Syndrom (ICD-10: G25.81) mit/bei - Nicht ganz typischer Symptomatik - Anamnestisch kein Ansprechen auf Dopaminagonisten · St. n. Operation eines Sulcus ulnaris-Syndroms links September 2019 (ICD-10: G56.2) mit/bei - Aktuell: unauffällige Elektroneurographie - Weiterhin Beklagen von sensiblen Störungen

Zur Herleitung dieser Diagnosen stellte Dr. med. L. ____ zusammenfassend fest, dass sich auf dem neurologischen Fachgebiet diverse Beschwerden ergäben, für die aber – ausser den Microbleeds – keine harten Befunde vorlägen (IV-Nr. 60.6 S. 22 f.). Dieser Feststellung kann gefolgt werden. So machte der Beschwerdeführer verschiedentlich eine Kraftminderung in der linken Hand geltend, was im Übrigen einer der Gründe war, weshalb im Laufe der Begutachtung auch ein Neurologe beigezogen wurde (vgl. IV-Nr. 47 f.). Dr. med. L. ____ hielt im neurologischen Teilgutachten hierzu fest, dass sich eine Parese klinisch nicht nachweisen lasse. Es sei deshalb schwer abzuschätzen, inwieweit tatsächlich Residualbeschwerden eines Sulcus ulnaris-Syndroms bestünden. Angesichts der gutachterlichen Untersuchungsbefunde und der elektroneurographischen Beurteilung (IV-Nr. 60.6 S. 18 ff.) leuchten diese Ausführungen ein. Auch stimmen sie mit dem Sprechstundenbericht anlässlich der Abschlusskontrolle vom 29. Oktober 2019 (IV-Nr. 32 S. 3 f.) überein, der einen ordentlichen Verlauf nach der am 24. September 2019 erfolgten Nervus-ulnaris-Vorverlagerung dokumentiert. Diesem Bericht zufolge sei die Operationsnarbe reizlos verheilt und der Beschwerdeführer weitgehend beschwerdefrei. Intermittierend träten noch leichte, in den Klein- und Ringfinger ziehende Schmerzen auf. Anlässlich der neurologischen Begutachtung schilderte der Beschwerdeführer, dass die «Dig. III bis IV (...) wie angespannt, schmerzhaft und taub» seien (IV-Nr. 60.6 S. 11). In Anbetracht dieser Schilderung und der gutachterlichen Untersuchungsergebnisse ist nicht zu beanstanden, wenn Dr. med. L. ____ zum Schluss gelangt, dass die Beschwerden nicht so ausgeprägt seien, dass sie zu einer relevanten Arbeitsunfähigkeit führen würden. Auch die

Ausführungen im Zusammenhang mit der als «mögliches Restless-Legs-Syndrom» aufgeführten Diagnose vermögen zu überzeugen. Diesbezüglich hält der neurologische Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer über unruhige Beine und Bewegungen klagt, was erstmals im Februar 2020 von der M.____ dokumentiert worden sei (vgl. IV-Nr. 60.11 S. 4 f.). Gemäss Dr. med. L.____ passe indes nicht ganz ins Bild, dass der Beschwerdeführer eigenen Angaben zufolge wegen dieser Beschwerden in der Nacht nicht aufstehe und eine Medikation mit Pramipexol nicht wirksam gewesen sei. Das gutachterliche Fazit, dass ein leichtes, etwas atypisches Restless-Legs-Syndrom nicht ausgeschlossen werden könne, leuchtet genauso ein wie die Feststellung, dass es sich hierbei angesichts der beklagten Beschwerden nicht um einen relevanten Faktor handle. Zu keiner Diagnose kam Dr. med. L.____ in Bezug auf den Schwindel, für dessen neurologische Beurteilung er ebenfalls beigezogen worden war (vgl. IV-Nr. 47 f.). Diesbezüglich ist dem Teilgutachten zu entnehmen, dass es möglicherweise im August 2020 zu einer akuten Vestibulopathie gekommen sei. Eine darüberhinausgehende organische Ursache habe im erneuten MRI des Schädels und in der Untersuchung nicht gefunden werden können. Eine psychosomatische Mitgenese sei denkbar. Jedenfalls lägen keine harten somatischen Befunde vor, die eine Arbeitsunfähigkeit erklären würden. Hierzu ist das Folgende festzuhalten: Der Gutachterstelle lag zwar der Bericht des neurologischen Konsiliums vom 10. und 17. November 2020 der M.____ (60.11 S. 1 ff.) vor, dem in der Diagnoseliste der Status nach peripher-vestibulärem Syndrom rechts (ED 26. August 2020, E.____) zu entnehmen ist, nicht jedoch der diesbezügliche Austrittsbericht des E.____ (IV-Nr. 90 S. 55 ff.), welcher in der Aktenzusammenstellung der B.____ fehlt (vgl. IV-Nr. 60.3). Aus letzterem Bericht geht hervor, dass der Beschwerdeführer infolge eines permanenten Drehschwindels vom 26. bis 30. August 2020 in der N.____ hospitalisiert gewesen sei, wobei die klinische Untersuchung und die otoneurologische Abklärung für ein akutes peripher vestibuläres Syndrom gesprochen hätten. Der Hörtest habe beidseits eine vorbestehende, mittelgradige Schwerhörigkeit bei Status nach Tympanoplastik gezeigt. Im fraglichen Bericht ist zudem ein vorbestehender Tinnitus rechts erwähnt. In der Folge wurde mit Bericht des E.____ vom 16. September 2020 (IV-Nr. 90 S. 51 ff.), der in der Aktenzusammenfassung der B.____ ebenfalls fehlt (IV-Nr. 60.3), gestützt auf einen MRI-Befund eine Abklärung der Stenose der Arteria vertebralis mittels neurovaskulärem Ultraschall angeregt. Diese Abklärung erfolgte in der M.____, wobei der diesbezügliche Bericht des neurologischen Konsiliums vom 10. und 17. November 2020 der Gutachterstelle vorlag (IV-Nr. 60.11 S. 1 ff.). Diesem Bericht ist unter anderem zu entnehmen, dass keine Ursachen für den Schwindel feststellbar seien und keine Hinweise auf eine vestibuläre Dysfunktion bestünden. Insofern basiert die gutachterliche Beurteilung des in den medizinischen Vorakten mehrfach erwähnten Schwindels zwar auf einer unvollständigen Aktenlage, stimmt im Ergebnis jedoch mit der neurologischen Beurteilung der M.____ überein. Der Beschwerdeschrift ist denn auch keine diesbezügliche Rüge zu entnehmen. Insoweit der Beschwerdeführer die Frage nach einer Amyloidangiopathie aufwirft (A.S. 18), ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. L.____ diese Diagnose als eher unwahrscheinlich erachtete und festhielt, dass sich von neurologischer Seite her ein stabiler Status ohne spezielle Massnahmen ergebe (IV-Nr. 60.6 S. 24 sowie – differenzialdiagnostisch – S. 22). Hingegen bringt der Beschwerdeführer zu Recht vor, dass dem neurologischen Teilgutachten keine abschliessende Beurteilung der Microbleeds zu entnehmen ist. Hierzu hielt Dr. med. L.____ im Rahmen der Herleitung der Diagnosen fest, dass für die diversen Beschwerden auf neurologischem Fachgebiet keine harten Befunde vorlägen, ausser den Microbleeds, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erklären

würden und aber auch neuropsychologisch beurteilt werden müssten (IV-Nr. 60.6 S. 23). Wie nachfolgend im Zusammenhang mit dem neuropsychologischen Teilgutachten zu zeigen sein wird, konnten die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in kognitiver Hinsicht jedoch nicht beurteilt werden. Dies ändert aber nichts an der Tatsache, dass auf das überzeugende neurologische Teilgutachten abgestellt werden kann. 4.5 Dem neuropsychologischen Teilgutachten vom 12. März 2021 (IV-Nr. 60.8) ist keine Diagnose zu entnehmen, da gemäss M.Sc. O.____, Fachpsychologin Neuropsychologie, die Ergebnisse der formalisierten kognitiven Beschwerdevalidierungen erhebliche Zweifel an der Mitwirkung des Beschwerdeführers in der Untersuchung und der Gültigkeit des Profils begründeten. Der Beschwerdeführer sei überwiegend wahrscheinlich aufgrund des tiefen Bildungsniveaus, der Unvertrautheit mit Tests und Testanforderungen durch die Testsituation zumindest teilweise überfordert gewesen, weshalb ein nicht authentisches Verhalten dargestellt werde. Die formalen Befunde der neuropsychologischen Testung hätten Diskrepanzen und Inkonsistenzen gezeigt. In der Zusammenschau aller vorliegenden Informationen könne keine positive Aussage darüber gemacht werden, ob eine krankheitsbezogene Funktionsstörung vorliege. Der Gutachterin zufolge liessen sich einige der geltend gemachten Beschwerden auf der Befundlage widerlegen. Positiv belegbar und überwiegend wahrscheinlich nachweisbar seien negative Antwortverzerrungen des Beschwerdeführers, so dass kein gültiges Testprofil erhalten werden könne. Es sei möglich wahrscheinlich davon auszugehen, dass eine krankheitswertige Symptomatik vorhanden sei, diese jedoch durch fehlende Grundkompetenzen und erworbene dysfunktionale Copingstrategien (z.B. mangelnde Kooperation als appellativer Hilferuf) überlagert werde. Entsprechend der nachweisbaren Übertreibungstendenzen des Beschwerdeführers sei daher das Ausmass des tatsächlichen Ausfallmusters und die Frage, ob eine zugrundeliegende niedrige Intelligenz vorliege, nicht abzuschätzen. Folglich entziehe sich der Gutachterin, ob eine kognitive Störung vorhanden sei. Demgegenüber bringt der Beschwerdeführer vor, dass sich die Neuropsychologin gar nicht dazu äussern könne, ob eine krankheitsbezogene Funktionsstörung vorliege, da diese Aussage fachfremd sei (A.S. 20). Dieser Rüge kann nicht gefolgt werden. So ging es bei der neuropsychologischen Begutachtung darum, allfällige Funktionsstörungen in dieser Fachdisziplin zu eruieren. Die Gutachterin äusserte sich, anders als vom Beschwerdeführer vorgebracht, nicht zur Erklärbarkeit aus neurologischer und / oder psychiatrischer Sicht, weshalb im neuropsychologischen Teilgutachten keine fachfremde Aussage ersichtlich ist. Auch die Rüge, wonach die von der Gutachterin attestierten Inkonsistenzen und fehlende Anstrengung krankheitsbedingt seien (A.S. 20 f.), vermag die Schlussfolgerung im neuropsychologischen Teilgutachten nicht infrage zu stellen, da die Gutachterin gestützt auf die Testergebnisse differenziert begründete, weshalb diese nicht verwertbar seien. Beispielsweise hielt die Gutachterin in Bezug auf die auffälligen Befunde der Rey Figur fest, dass die Verzerrungen, nicht aber die Fehlplatzierungen und Auslassungen, im Rahmen der mangelnden Grundkompetenzen nachvollziehbar seien. Vor allem die erhöhten Auslassungen sprächen für eine mangelnde Anstrengungsbereitschaft (IV-Nr. 60.8 S. 16). Die Rüge im Zusammenhang mit der Bemerkung der Gutachterin zu den Sprachkenntnissen des Beschwerdeführers (A.S. 19 f.) zielt ebenfalls ins Leere, da die Begutachtung im Beisein einer Dolmetscherin stattfand (IV-Nr. 60.8 S. 12) und die Einschätzung der Sprachkenntnisse für die fachliche Beurteilung nicht relevant ist. Weiter rügt der Beschwerdeführer, dass die Gutachterin ihm anlässlich der Testung eröffnet habe, dass die MRI-Befunde im Gehirn gering und möglicherweise unspezifisch seien (A.S. 19 f.). Hierzu ist festzuhalten, dass im

neuropsychologischen Teilgutachten gerade keine Beurteilung der Mikroblutungen vorgenommen wurde, auf die in der Folge abgestellt worden wäre. Die diesbezügliche Begründung der Gutachterin erweist sich als differenziert und schlüssig, weshalb aus nachvollziehbaren Gründen weder eine Diagnose noch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht vorliegt. Die diesbezügliche Beweislosigkeit fällt zu Ungunsten des Beschwerdeführers aus (vgl. E. II. 3.2 hiervor).

E. 4.6.1

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 2. März 2021 (IV-Nr. 60.9) diagnostizierte med. pract. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) (ICD-10: F41.0). Diese Diagnose wurde in nachvollziehbarer Weise begründet. So bestehe beim Beschwerdeführer seit der Herzoperation mit langwierigem Verlauf eine Angstsymptomatik. Im Rahmen der Ängste bestehe eine vegetative Symptomatik, Ängste zu sterben, Ängste vor Kontrollverlust, Alpträume. Auch liessen sich insbesondere die Depersonalisierungsphänomene, die im Rahmen einer Panikstörung auftreten könnten, explorieren. Es sei die Diagnose der Panikstörung zu wählen, da nicht nur eine «herzneurotische Symptomatik» explorierbar sei, sondern die vom Beschwerdeführer beschriebene Symptomatik über eine Somatisierungsstörung oder hypochondrische Störung hinausgehe. Sodann setzte sich der psychiatrische Gutachter eingehend und überzeugend mit den in den medizinischen Vorakten gestellten Diagnosen auseinander. In Bezug auf die mehrfach erwähnte Anpassungsstörung hielt med. pract. P.____ fest, dass sich bei der Untersuchung keine wirkliche traumaassoziierte Symptomatik ergebe und dass fraglich sei, ob das dem Beschwerdeführer Widerfahrene, die Operation, entsprechend ICD-10 als auslösendes Moment angenommen werden könne. Auch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung lasse sich nicht bestätigen, wobei gemäss Gutachter die Diagnose der Traumafolgestörung zu häufig und zu unkritisch gestellt werde. Sodann lasse sich aktuell keine depressive Symptomatik explorieren, auch testpsychiatrisch (HAMD 17) nicht, und es falle auch schwer, vorbestehend eine ausgeprägte depressive Symptomatik zu explorieren. Hingegen dürfe die den medizinischen Vorakten zu entnehmende Vertigo in der Diagnose der Angststörung und der Panikstörung zu subsumieren sein, wie auch die vom Beschwerdeführer beklagten Depersonalisierungsphänomene zu verstehen seien. Vor dem Hintergrund dieser Phänomene wäre, so der psychiatrische Gutachter weiter, auch die in den Vorakten gestellte Diagnose der schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (hypochondrischer Wahn) zu verstehen, im Sinne einer Über- oder Fehlinterpretation. Aktuell könne sicher das Bestehen inhaltlicher Denkstörungen und Wahrnehmungsstörungen ausgeschlossen werden. Ebenso könne die in einem Bericht angeführte spezifische isolierte Phobie (operative Eingriffe) nicht festgestellt oder bestätigt werden. Die aktuell bestehende Symptomatik habe sich wohl aus den Umständen der Erkrankung und des Verlaufs entwickelt, wobei psychosoziale Faktoren zur Symptomatik beigetragen und diese aufrechterhalten haben dürften. Anlässlich der Begutachtung sei der Eindruck entstanden, dass sich der Beschwerdeführer in gewisser Weise mit den Umständen eingerichtet habe und dass wohl auch ein Krankenrollenverhalten bestehe. Dieses sei überwiegend geprägt von persönlicher Krankheitsüberzeugung, Lebensentwürfen und Zielsetzungen, die auch durch psychosoziale und soziokulturelle Überlegungen hinsichtlich Zukunftsperspektiven im Hinblick auf Alter und Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen geprägt werden könnten mit dem Resultat eines teilweise auch appellativ vorgebrachten Schon- und Vermeidungsverhaltens. Unbenommen dessen dürfte der

Beschwerdeführer bedingt durch die Panikstörung noch eingeschränkt sein. Diese sollte aber einer weiteren Therapie zugänglich sein. Zusammenfassend könne ausgeführt werden, dass die Ausprägung der Diagnose (Panikstörung) gegenwärtig noch als einschränkend einzustufen sei.

E. 4.6.2

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers führte der psychiatrische Gutachter aus, dass der Beschwerdeführer aktuell noch fähig sei, alle seinem körperlichen Leistungsprofil angepassten Tätigkeiten mit einer integralen Reduktion von 50 % zu bewältigen. Diese Einschätzung gelte für die nächsten zwölf Monate unter der Voraussetzung, dass eine adäquate Therapie durchgeführt werde, da anzunehmen sei, dass die beim Beschwerdeführer noch bestehende Störung und die hieraus resultierende Einschränkung einer Therapie zugänglich sein sollte. Allerdings sei dem Gutachter bewusst, dass diese Einschätzung eine rein medizinisch-theoretische Angabe sei. Dem subjektiven Krankheitsverständnis entsprechend sehe sich der Beschwerdeführer wegen der von ihm als stark erlebten Symptomatik ausserstande, einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgehen zu können. Dies beruhe jedoch nicht auf einer psychiatrischen Diagnose und sei am ehesten mit dem beschriebenen Krankenrollenverhalten zu fassen. Im Folgenden ist zu prüfen, ob die im psychiatrischen Teilgutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % im Lichte der nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag. Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich ist dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen, dass die Ausprägung der diagnostizierten Panikstörung gegenwärtig noch als einschränkend einzustufen sei (IV-Nr. 60.9 S. 31). Hinsichtlich des

Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg beziehungsweise Behandlungs- und Eingliederungsresistenz ist dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen, dass die Behandlungsaktivität derzeit niedrig sei und dass Möglichkeiten zur allfälligen Intensivierung bestünden, die laut Gutachter ausgeschöpft werden sollten (IV-Nr. 60.9 S. 31). Bezüglich Behandlung führte der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Begutachtung aus, dass er mit einer Frequenz von aktuell drei – früher zwei – Wochen in ambulanter psychiatrischer, psychotherapeutischer Behandlung sei, wobei die jeweils einstündigen Gespräche nach Ansicht des Beschwerdeführers hilfreich seien. Von seinem psychiatrischen Behandler habe er eine Medikation erhalten, die jedoch aus ihm unbekanntem Gründen vom Hausarzt gestoppt worden sei (IV-Nr. 60.9 S. 23). Nach Gesagtem ist beim Beschwerdeführer nicht von einer Behandlungsresistenz auszugehen. Dem Gutachten sind keine Angaben zu einer allfälligen Eingliederungsresistenz zu entnehmen. 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). Der psychiatrische Gutachter äusserte sich dahingehend, dass keine relevante Komorbidität etwa im Sinne einer depressiven Störung habe festgestellt werden können (IV-Nr. 60.9 S. 31), was mit den obigen Ausführungen zur Diagnose übereinstimmt. Zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» gehört unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen). 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). 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). Anhaltspunkte über den sozialen und persönlichen Kontext ergeben sich unter anderem aus dem vom Beschwerdeführer geschilderten Tagesablauf (vgl. IV-Nr. 60.9 S. 21 f.). Demnach erwache der Beschwerdeführer um 07.00 Uhr, stehe aber erst auf, wenn der Sohn zur Schule gegangen sei. Dann frühstücke der Beschwerdeführer mit seiner Frau. Sie gehe kurz vor Mittag aus dem Haus, um zu arbeiten. Der Sohn komme zum Mittagessen nach Hause, wobei der Beschwerdeführer ihm eine Mahlzeit zubereite, oft ein Fertiggericht, und sich mit ihm beschäftige. Um 13.20 Uhr verlasse der Sohn das Haus wieder. Manchmal begleite der Beschwerdeführer ihn, sonst spaziere er eine halbe Stunde. Am Nachmittag schaue er die Nachrichten, bevor der Sohn wieder nach Hause komme, und der Beschwerdeführer ihm bei den Hausaufgaben helfe. Um sechs Uhr sei auch seine Frau von der Arbeit zurück. Das

Nachtsessen werde gemeinsam eingenommen. Danach werde Tee getrunken und eine Stunde gemeinsam spaziert. Am Abend schaue er mit seiner Frau die von ihr bevorzugten Serien. Die Schlafenszeit sei zwischen 23.00 Uhr und Mitternacht. Wenn er unter Ängsten leide, gehe er später zu Bett. Es bestehe eine unterschiedliche Einschlafzeit. Vor dem Hintergrund der Ängste könne diese deutlich verlängert sein. Auch erwache er nachts und stehe auf. Es bestehe eine erhöhte Traumaktivität mit Albdruck. Der Schlaf sei nicht erholsam, der Beschwerdeführer morgens noch müde (IV-Nr. 60.9 S. 19). Die eheliche Beziehung bezeichnete der Beschwerdeführer als tragend, intakt und zukunftsorientiert (IV-Nr. 60.9 S. 21). Befragt nach seiner Freizeitgestaltung gab er anlässlich der Begutachtung zu Protokoll, dass er die Gartenarbeit aufgegeben habe, weil sein linker Arm nicht mehr belastbar sei und er Angst habe, sein Herz zu überlasten. Er gehe aber täglich spazieren. Auch höre er Musik. Freude empfinde er, wenn es seinen Kindern gut gehe. Für sich selbst tue er eher wenig. Die Familie habe Kontakt zu den Nachbarn und zu ehemaligen Arbeitskollegen. Bis zur Operation sei der Beschwerdeführer zudem in einem Kulturverein aktiv gewesen (IV-Nr. 60.9 S. 18). Dem Gutachten ist auch zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zwar den Führerausweis habe, aber nur noch selten selbst fahre. Zur Begutachtung sei der Beschwerdeführer mit dem Schwiegersohn angereist (IV-Nr. 60.9 S. 21 f.). Vor dem Hintergrund dieser Angaben leuchtet ein, dass der psychiatrische Gutachter das soziale Umfeld als vorhanden und stabil bezeichnete und eine geordnete Tagesstruktur als gegeben erachtete (IV-Nr. 60.9 S. 22). Folglich liegen beim Beschwerdeführer neben gewissen Einschränkungen auch positive soziale und persönliche Ressourcen vor. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus 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). Diesbezüglich machte der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung geltend, dass die Angst einiges verhindere. So habe er die Gartenarbeit unter anderem aus Angst vor einer Überlastung des Herzens aufgegeben. Zudem könne er zwar allein das Haus verlassen und spazieren, aber einkaufen gehe er nur in Begleitung seiner Frau (IV-Nr. 60.9 S. 18). Dementsprechend hält der Gutachter fest, dass sich das Ausmass der angegebenen Beschwerden nur teilweise nachvollziehen lasse, etwa vor dem Hintergrund des geschilderten Tagesprofils. Die durch die Panikstörung bedingten Einschränkungen beständen gleichmässig in allen vergleichbaren Bereichen. Das Aktivitätsniveau im Alltag sei als gut zu bewerten, es bestehe kein unangemessener sozialer Rückzug (IV-Nr. 60.9 S. 31). Folglich ist das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus 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) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). Wie dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen ist, nahm der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung keine Medikamente mehr ein, unterzog sich aber einer ambulanten gesprächstherapeutischen Behandlung. Diesbezüglich ortete der psychiatrische Gutachter weitere Möglichkeiten, die ihm zufolge ausgeschöpft werden sollten. So sei die bestehende Restsymptomatik einer – gegebenenfalls

psychopharmakotherapeutischen – Intervention zugänglich (IV-Nr. 60.9 S. 33). Im Lichte der vorstehenden Ausführungen ist von einem leicht- bis mittelgradigen Leidensdruck auszugehen.

E. 4.6.3

Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten genügend Aufschluss über die nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung massgeblichen Indikatoren gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen als hinreichend ausgewiesen. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung und die vorstehend durchgeführte Indikatorenprüfung vermag die gutachterliche Einschätzung einer im Zeitpunkt der Begutachtung noch vorhandenen Arbeitsunfähigkeit von 50 % zu überzeugen. Dieser Auffassung ist auch der RAD. So hielt Dr. med. Q.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Stellungnahme vom 28. Juni 2021 (IV-Nr. 62) fest, dass das polydisziplinäre Gutachten ausführlich, nachvollziehbar und dessen Schlussfolgerungen begründet seien. In der Stellungnahme vom 17. November 2021 (IV-Nr. 72) bestätigte sie, dass auf das umfassende polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden könne.

E. 4.6.4

Von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus psychiatrischen Gründen ging zunächst auch die Beschwerdegegnerin aus und stellte dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 19. August 2021 eine Viertelsrente in Aussicht (vgl. IV-Nr. 64). In der Folge gelangte die Beschwerdegegnerin mit Rückfragen an die Gutachterstelle B.____, bei denen es einzig um die aus dem psychiatrischen Teilgutachten resultierende Arbeitsunfähigkeit ging (vgl. IV-Nr. 75). Die Fragen beantwortete nicht der betreffende Gutachter selbst, sondern der ärztliche Leiter der B.____, Prof. Dr. R.____, Facharzt FMH für Neurologie. In der Folge kam die Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass sich die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der diagnostizierten Panikstörung anhand der Standardindikatoren nicht als überwiegend wahrscheinlich erstellt erwiesen. Im Rahmen ihrer Begründung bezog sich die Beschwerdegegnerin mehrmals auf das neuropsychologische Teilgutachten. Diesbezüglich hatte Prof. Dr. R.____ auf entsprechende Rückfrage hin ausgeführt, dass das Verhalten des Beschwerdeführers in der neuropsychologischen Untersuchung vom psychiatrischen Gutachter als «negative Antwortverzerrung» und als «Inkonsistenz» bezeichnet und somit gewürdigt worden sei und dem im psychiatrischen Teilgutachten unter Punkt 6.3 angeführten «Krankenrollenverhalten» entspringen dürfte (IV-Nr. 77 S. 2). Diese Antwort war, soweit ersichtlich, nicht mit dem psychiatrischen Gutachter abgesprochen und stimmt auch nicht mit dessen Ausführungen im Gutachten überein. Vielmehr ist dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen, dass sich aus dem neuropsychologischen Teilgutachten weder weiterführende Befunde noch eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben hätten (IV-Nr. 60.9 S. 30), was, wie oben dargelegt, mit der mangelnden Verwertbarkeit der Untersuchungsergebnisse zu tun hat, da die Gutachterin in der fachspezifischen Testung unter anderem «negative Antwortverzerrungen» (IV-Nr. 60.8 S. 16 f.) sowie «Inkonsistenzen» (IV-Nr. 60.8 S. 15 und S. 19) festgestellt habe. Diese beiden in Anführungszeichen gesetzten Begriffe entstammen somit dem neuropsychologischen Teilgutachten und nicht einer Würdigung desselben durch den psychiatrischen Teilgutachter. Genauso wenig wurden die beiden Begriffe vom psychiatrischen Teilgutachter in Zusammenhang mit dem Krankenrollenverhalten gebracht.

Vielmehr führte med. pract. P. ___ hierzu aus, dass aktuell der Eindruck bestehe, dass sich der Beschwerdeführer in gewisser Weise mit den Umständen eingerichtet habe und ein gewisses Krankenrollenverhalten bestehe, das die Umstände mitbeschreiben möge. Gleichzeitig stellte der psychiatrische Gutachter klar, dass der Beschwerdeführer unbenommen dessen – und unbenommen der psychosozialen Faktoren, die der Gutachter in diesem Zusammenhang ebenfalls erwähnte – durch die diagnostizierte Panikstörung noch eingeschränkt sei (IV-Nr. 60.9 S. 31). Die Gleichmässigkeit der Einschränkungen ergibt sich, wie oben dargelegt, unter anderem aus der Schilderung des Tagesablaufs und der Freizeitgestaltung. Dem widerspricht der Umstand nicht, dass im Alltag ein gewisses Aktivitätsniveau besteht und Ressourcen vorhanden sind. So ging auch der Gutachter davon aus, dass der Beschwerdeführer die aktuelle Situation bewältigen könne (IV-Nr. 60.9 S. 34) und die Symptomatik einer Behandlung zugänglich sei (IV-Nr. 60.9 S. 31, 35, 37 und 39). Für das Vorliegen einer im Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung noch einschränkenden Ausprägung der Panikstörung spricht denn auch der Umstand, dass der psychiatrische Gutachter zusätzlich zur bestehenden ambulanten Behandlung ein Therapieregime als sinnvoll erachtete, das nicht nur eine medikamentöse Behandlung umfasse, sondern auch eine Hospitalisation in einer geeigneten Einrichtung, gegebenenfalls als Rehabilitationsbehandlung (IV-Nr. 60.9 S. 37). Zu alledem passen im Übrigen auch die gutachterlichen Ausführungen zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit. Demnach dürfte sich, so der Gutachter, während und nach der Behandlung der Herzerkrankung zunächst eine Anpassungsstörung entwickelt haben, welche die dannzumal bestehende Arbeitsfähigkeit etwas aggraviert haben könnte. Im weiteren Verlauf dürfte sich die nun im Vordergrund stehende Angsterkrankung, die Panikstörung, herausgebildet haben, wobei es im Verlauf zu einer Besserung gekommen sei, so dass aktuell – wegen der bestehenden Restsymptomatik – noch eine reduzierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % für die nächsten sechs bis zwölf Monate unter der Voraussetzung einer adäquaten Therapie anzunehmen sei (vgl. IV-Nr. 60.9 S. 33 ff.). Anders als von der Beschwerdegegnerin angenommen, ergibt das psychiatrische Teilgutachten somit ein stimmiges Gesamtbild. Es besteht deshalb kein Anlass, von der gutachterlich vorgenommenen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, die sich weitgehend an den Kriterien gemäss BGE 141 V 281 orientiert, abzuweichen.

E. 4.6.5

Wie sich aus den vorstehenden Ausführungen ergibt, vermag das psychiatrische Teilgutachten sowohl in Bezug auf die Diagnose als auch in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen, weshalb – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin – darauf abgestellt werden kann.

E. 4.6.6

Im Beschwerdeverfahren reicht der Beschwerdeführer einen Bericht des behandelnden Psychotherapeuten, Herrn S. ____, vom 5. April 2024 (Beschwerdebeilage 10) zu den Akten, dem die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode F33.1, und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus psychologisch-psychotherapeutischer Sicht zu entnehmen ist. Diesem Bericht zufolge sei es bis heute nicht gelungen, eine namhafte Verbesserung der psychischen Gesundheit des Beschwerdeführers zu erreichen. Dem Bericht ist allerdings auch keine Verschlechterung zu entnehmen, was im Übrigen auch der Beschwerdeführer nicht geltend macht. Aus dem Bericht geht hervor, dass der Beschwerdeführer nunmehr medikamentös behandelt wird

(Pregabalin-Mepha Kaps 50 mg). Zudem sei die Frequenz der Sitzungen von drei Wochen auf einmal monatlich herabgesetzt worden, was eher für einen geringeren Leidensdruck spricht. Vor diesem Hintergrund vermag die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit nicht zu überzeugen. In Bezug auf die Diagnose ist festzuhalten, dass sich der psychiatrische Gutachter, wie oben dargelegt, überzeugend mit der bereits in den Vorakten diagnostizierten Depression auseinandergesetzt hat. Da jedoch seit der gutachterlichen Beurteilung mehr als drei Jahre vergangen sind, damals eine Verbesserung innerhalb von sechs bis zwölf Monaten prognostiziert wurde (IV-Nr. 60.9 S. 35 f.) und seither aber eine Verschlechterung in kardiologischer Hinsicht eingetreten ist (siehe oben, E. II 4.3.2), die sich auch auf den Verlauf der Angstsymptomatik ausgewirkt haben könnte, rechtfertigt sich die Einholung einer gutachterlichen Beurteilung des seitherigen Verlaufs.

E. 4.7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Teilgutachten der B.____ zu überzeugen vermögen, soweit sie den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Begutachtungszeitpunkt betreffen. Demnach bestand aus psychiatrischer Sicht noch eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Aus allgemeininternistischer, orthopädischer, kardiologischer und neurologischer Sicht lagen keine für die Arbeitsfähigkeit relevanten Diagnosen vor. Im neurologischen Teilgutachten wurden zwar Mikroblutungen diagnostiziert. Deren Auswirkungen konnten indes neuropsychologisch nicht beurteilt werden, wobei die diesbezügliche Beweislosigkeit zu Ungunsten des Beschwerdeführers ausfällt. Seit der Begutachtung durch die B.____ ist eine Verschlechterung in kardiologischer Hinsicht eingetreten, die eine gutachterliche Neubeurteilung in dieser Fachdisziplin rechtfertigt. Da sich laut psychiatrischem Gutachter die Panikstörung durch die Herzproblematik herausgebildet habe, erscheint fraglich, ob es angesichts der kardiologischen Entwicklung zur psychiatrisch prognostizierten Besserung kam. Daher ist auch eine gutachterliche Beurteilung des psychiatrischen Verlaufs einzuholen. Schliesslich ist festzustellen, dass in der bisherigen Abklärung des medizinischen Sachverhalts die Fachdisziplin Oto-Rhino-Laryngologie fast gänzlich ausser Acht gelassen wurde, obwohl eine seit vielen Jahren bestehende Schwerhörigkeit bei Status nach Tympanoplastik beidseits sowie ein chronischer Tinnitus rechts aktenkundig sind (u.a. IV-Nr. 90 S. 45, IV-Nr. 1 ff.). Nachdem der Beschwerdeführer zudem im August 2020 wegen eines akuten vestibulären Syndroms in der N.____ hospitalisiert war (IV-Nr. 90 S. 45) und schon mehrmals eine Trommelfellperforation erlitt (IV-Nr. 39 S. 6), gemäss Aktenlage zuletzt im Januar 2023 (IV-Nr. 90 S. 40), erscheint angezeigt, bei einer Neubeurteilung auch diese Fachdisziplin miteinzubeziehen. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt sich eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin. 5. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen ist die Verfügung vom 8. März 2024 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen. Diese hat über den Leistungsanspruch sodann neu zu entscheiden.

E. 5

Unter o/e Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Mit Eingabe vom 10. April 2024 reicht der Beschwerdeführer einen Bericht des behandelnden Psychologen nach (A.S. 31). 4. Mit Schreiben vom 19. April 2024 verzichtet die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort und hält an der angefochtenen Verfügung fest (A.S. 34). II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form sowie 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 Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, die damals in Kraft standen. 3. 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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG). 3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). 3.2 Sowohl das Administrativverfahren vor der IV-Stelle als auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Demnach 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 hat enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG): 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 vom 9. April 2008, 8C_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes gestützt auf eine Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b mit Hinweisen). 3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). Das Sozialversicherungsgericht 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 es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es 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 (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (BGE 122 V 157 E. 1). 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. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 ff. E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212). 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). 4. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente mit Verfügung vom 8. März 2024 zu Recht verneint hat. Die Grundlage des angefochtenen Entscheids bildet im Wesentlichen das polydisziplinäre Gutachten der B. ___ vom 21. Juni 2021 (IV-Nr. 60), weshalb nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen ist: 4.1 Im allgemeininternistischen Teilgutachten der B. ___ vom 21. Januar 2021 (IV-Nr. 60.5) hielt Dr. med. C. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, fest, dass aus allgemeininternistischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Diese Beurteilung leuchtet ein, zumal sich den Untersuchungsbefunden keine Auffälligkeiten entnehmen lassen. Auch die Laborergebnisse erweisen sich als unauffällig. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ist einzig eine arterielle Hypertonie erwähnt, die jedoch behandelt wird. Der anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. C. ___ gemessene Blutdruck des Beschwerdeführers betrug beidseits 120/75 mmHg. Die Diagnose der Hypertonie findet sich im Übrigen auch im kardiologischen Teilgutachten (siehe unten, E. II. 4.3). Anlässlich der allgemeininternistischen Begutachtung schilderte der Beschwerdeführer darüber hinaus zwar diverse Beschwerden (u.a. Schmerzen in beiden Armen und im linken Bein, Kraftminderung in der linken Hand, Atembeschwerden und Druck in der Brust, Schwindel). Auf diese wurde jedoch in den Teilgutachten anderer Fachdisziplinen eingegangen. Dementsprechend verweist Dr. med. C. ___ in einigen Punkten (zum Beispiel betreffend Bewegungsapparat und Nervensystem) auf die entsprechenden Teilgutachten. Deshalb ist auch nicht zu beanstanden, dass die allgemeininternistische Beurteilung eher kurz ausfiel. Weder aus der eingehenden Anamnese noch aus den anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunden ergeben sich Anhaltspunkte dafür, dass das allgemeininternistische Teilgutachten unvollständig oder in

der Beurteilung nicht kohärent wäre. Der Beschwerdeführer erhebt denn auch keine diesbezüglichen Rügen. Schliesslich ist den übrigen medizinischen Akten nichts zu entnehmen, das die Beweiskraft dieses Teilgutachtens zu schmälern vermöchte. Nach Gesagtem kann auf das allgemeininternistische Teilgutachten abgestellt werden. 4.2 Im orthopädischen Teilgutachten vom 29. März 2021 (IV-Nr. 60.7) wurden keine Diagnosen gestellt, was angesichts der Anamnese und den anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunde zu überzeugen vermag. So stellte Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, im Rahmen der ausführlichen Untersuchung keine wesentlichen Auffälligkeiten in orthopädischer Hinsicht fest. In Bezug auf die Wirbelsäule führte er unter anderem aus, dass keine Muskelatrophien oder Muskelverspannungen vorhanden seien. Es bestehe keine skoliotische Fehlhaltung, die Wirbelsäule stehe im Lot. Im Bereich der Halswirbelsäule, der Brustwirbelsäule und der Lendenwirbelsäule bestünden weder aktive noch passive Bewegungseinschränkungen. Sämtliche Bewegungen könnten schmerzfrei ausgeübt werden. Sodann ergäben sich im Bereich des Schultergürtels und der oberen Extremitäten keine Asymmetrien. Die klinischen Untersuchungen für ein Impingement und eine Rotatorenmanschetteninsuffizienz fielen negativ aus. Im Bereich der oberen Extremitäten finde sich kein relevantes, funktionelles, aktives oder passives Bewegungsdefizit. Schultergelenke, Ellenbogengelenke, Handgelenke und Fingergelenke könnten aktiv und passiv schmerzfrei bewegt werden. Beim Gehen zeige sich eine leichte Schonhaltung, jedoch kein hinkendes Gangbild. Ruheschmerzen, Anlaufschmerzen oder Belastungsschmerzen seien im Bereich der unteren Extremitäten nicht vorhanden. Auch bestehe keine Rotationsfehlstellung. Sämtliche Bewegungen im Bereich der Hüftgelenke, Kniegelenke und Sprunggelenke könnten schmerzfrei ausgeführt werden. Im Bereich beider Leistenregionen lasse sich kein Druckschmerz auslösen. Im Bereich beider Kniegelenke finde sich keine Weichteilschwellung oder Kapselverdickung. Die Schleimbeutel seien komplett unauffällig. Eine Laxizität der Bänder sei nicht vorhanden. Sodann seien keine positiven Meniskuszeichen feststellbar. Es fänden sich keine Senk-Spreizfuss-Bildung beiderseitig, keine Hallux-valgus-Fehlstellung und keine Zehendeformitäten. Im Bereich der unteren Extremitäten finde sich kein Hinweis auf eine schlaffe oder spastische Parese. Der Beschwerdeführer gebe eine Sensibilitätsstörung im Bereich der linken Wade an. Einschränkungen wurden sodann in Bezug auf die linke Handkraft festgestellt. So sei der Händedruck links kraftgemindert. Die objektive Kraftmessung der Hände mit dem Virgometer betrage rechts 0,7 bar und links 0,4 bar. Der Hoffmann-Tinel-Test sei über dem rechten Karpaltunnel negativ, über dem linken Karpaltunnel positiv. Zudem finde sich eine Hyposensibilität der Finger IV und V links. Diesbezüglich ist zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer auch neurologisch begutachtet wurde (siehe unten, E. II. 4.4). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass der orthopädische Teilgutachter auf die vorgenannten Befunde nicht näher eingeht und die Einschränkung in Bezug auf die Handkraft als fachfremd bezeichnet (IV-Nr. 60.7 S. 21). Zu erwähnen ist ausserdem, dass die am 9. September 2019 im E.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, durchgeführte operative Vorverlagerung des Nervus ulnaris (IV-Nr. 31 S. 4 f.) in der Diagnoseliste des neurologischen Teilgutachtens aufgeführt ist (IV-Nr. 60.6 S. 22). Daher ist nicht zu bemängeln, dass sie im orthopädischen Teilgutachten lediglich unter Anamnese erwähnt ist. Schliesslich ist der Vollständigkeit halber darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer am 5. Dezember 2019 wegen Kniegelenksbeschwerden die knieorthopädische Sprechstunde des E.____ aufsuchte (IV-Nr. 34). Diesbezüglich hielt Dr. med. D.____ im orthopädischen Teilgutachten fest, dass die in der Folge erstellte

Kernspintomografie des linken Kniegelenks vom 9. Januar 2020 (IV-Nr. 35 S. 3) keinen Hinweis auf einen Knorpelschaden im Bereich des linken Kniegelenks oder einen Einriss im Bereich der Menisken zeige; die Kreuzbänder und Seitenbänder seien intakt (IV-Nr. 60.7 S. 21). Insgesamt stellte der Gutachter fest, dass in der Aktenzusammenfassung kein orthopädisches Krankheitsbild abgebildet sei. Nach Gesagtem erweist sich das orthopädische Teilgutachten als umfassend und nachvollziehbar. Die Feststellung, wonach keine fachrelevante Diagnose bestehe, vermag zu überzeugen. Der Beschwerdeschrift ist denn auch keine Rüge zu entnehmen, die sich auf dieses Teilgutachten bezieht. Auf das orthopädische Teilgutachten kann deshalb abgestellt werden.

E. 6

6.1 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist (Art. 61 lit. g ATSG). Mit Eingabe vom 26. April 2024 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Honorarnote zu den Akten (A.S. 36 ff.). Darin wird ein zeitlicher Aufwand von 12 Stunden und 30 Minuten à CHF 250.00 sowie Auslagen in der Höhe von CHF 12.90 geltend gemacht, was angesichts von Aktenumfang und Schwierigkeit des Prozesses angemessen erscheint. Dementsprechend beläuft sich die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlende Parteientschädigung auf CHF 3'392.05 (inkl. Mehrwertsteuer). 6.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Dem Verfahrensausgang entsprechend hat vorliegend die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

E. 37

und 39). Für das Vorliegen einer im Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung noch einschränkenden Ausprägung der Panikstörung spricht denn auch der Umstand, dass der psychiatrische Gutachter zusätzlich zur bestehenden ambulanten Behandlung ein Therapieregime als sinnvoll erachtete, das nicht nur eine medikamentöse Behandlung umfasse, sondern auch eine Hospitalisation in einer geeigneten Einrichtung, gegebenenfalls als Rehabilitationsbehandlung (IV-Nr. 60.9 S. 37). Zu alledem passen im Übrigen auch die gutachterlichen Ausführungen zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit. Demnach dürfte sich, so der Gutachter, während und nach der Behandlung der Herzerkrankung zunächst eine Anpassungsstörung entwickelt haben, welche die dannzumal bestehende Arbeitsfähigkeit etwas aggraviert haben könnte. Im weiteren Verlauf dürfte sich die nun im Vordergrund stehende Angsterkrankung, die Panikstörung, herausgebildet haben, wobei es im Verlauf zu einer Besserung gekommen sei, so dass aktuell ■ wegen der bestehenden Restsymptomatik ■ noch eine reduzierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % für die nächsten sechs bis zwölf Monate unter der Voraussetzung einer adäquaten Therapie anzunehmen sei (vgl. IV-Nr. 60.9 S. 33 ff.). Anders als von der Beschwerdegegnerin angenommen, ergibt das psychiatrische Teilgutachten somit ein stimmiges Gesamtbild. Es besteht deshalb kein Anlass, von der gutachterlich vorgenommenen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, die sich weitgehend an den Kriterien gemäss BGE 141 V 281 orientiert, abzuweichen.

4.6.5 Wie sich aus den vorstehenden Ausführungen ergibt, vermag das psychiatrische Teilgutachten sowohl in Bezug auf die Diagnose als auch in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen, weshalb ■ entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin ■ darauf abgestellt werden kann.

4.6.6 Im Beschwerdeverfahren reicht der Beschwerdeführer einen Bericht des behandelnden Psychotherapeuten, Herrn S.____, vom 5. April 2024 (Beschwerdebeilage 10) zu den Akten, dem die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode F33.1, und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus psychologisch-psychotherapeutischer Sicht zu entnehmen ist. Diesem Bericht zufolge sei es bis heute nicht gelungen, eine namhafte Verbesserung der psychischen Gesundheit des Beschwerdeführers zu erreichen. Dem Bericht ist allerdings auch keine Verschlechterung zu entnehmen, was im Übrigen auch der Beschwerdeführer nicht geltend macht. Aus dem Bericht geht hervor, dass der Beschwerdeführer nunmehr medikamentös behandelt wird (Pregabalin-Mepha Kaps 50 mg). Zudem sei die Frequenz der Sitzungen von drei Wochen auf einmal monatlich herabgesetzt worden, was eher für einen geringeren Leidensdruck spricht. Vor diesem Hintergrund vermag die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit nicht zu überzeugen. In Bezug auf die Diagnose ist festzuhalten, dass sich der psychiatrische Gutachter, wie oben dargelegt, überzeugend mit der bereits in den Vorakten diagnostizierten Depression auseinandergesetzt hat. Da jedoch seit der gutachterlichen Beurteilung mehr als drei Jahre vergangen sind, damals eine Verbesserung innerhalb von sechs bis zwölf Monaten prognostiziert wurde (IV-Nr. 60.9 S. 35 f.) und seither aber eine Verschlechterung in kardiologischer Hinsicht eingetreten ist (siehe oben, E. II 4.3.2), die sich auch auf den Verlauf der Angstsymptomatik ausgewirkt haben könnte, rechtfertigt sich die Einholung einer gutachterlichen Beurteilung des seitherigen Verlaufs.

4.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Teilgutachten der B.____ zu überzeugen vermögen, soweit sie den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Begutachtungszeitpunkt betreffen. Demnach bestand aus psychiatrischer Sicht noch eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Aus allgemeininternistischer, orthopädischer, kardiologischer und neurologischer Sicht lagen keine für die Arbeitsfähigkeit relevanten Diagnosen vor. Im neurologischen Teilgutachten wurden zwar Mikroblutungen diagnostiziert. Deren Auswirkungen konnten indes neuropsychologisch nicht beurteilt werden, wobei die diesbezügliche Beweislosigkeit zu Ungunsten des Beschwerdeführers ausfällt. Seit der Begutachtung durch die B.____ ist eine Verschlechterung in kardiologischer Hinsicht eingetreten, die eine gutachterliche Neubeurteilung in dieser Fachdisziplin rechtfertigt. Da sich laut psychiatrischem Gutachter die Panikstörung durch die Herzproblematik herausgebildet habe, erscheint fraglich, ob es angesichts der kardiologischen Entwicklung zur psychiatrisch prognostizierten Besserung kam. Daher ist auch eine gutachterliche Beurteilung des psychiatrischen Verlaufs einzuholen. Schliesslich ist festzustellen, dass in der bisherigen Abklärung des medizinischen Sachverhalts die Fachdisziplin Oto-Rhino-Laryngologie fast gänzlich ausser Acht gelassen wurde, obwohl eine seit vielen Jahren bestehende Schwerhörigkeit bei Status nach Tympanoplastik beidseits sowie ein chronischer Tinnitus rechts aktenkundig sind (u.a. IV-Nr. 90 S. 45, IV-Nr. 1 ff.). Nachdem der Beschwerdeführer zudem im August 2020 wegen eines akuten vestibulären Syndroms in der N.____ hospitalisiert war (IV-Nr. 90 S. 45) und schon mehrmals eine Trommelfellperforation erlitt (IV-Nr. 39 S. 6), gemäss Aktenlage zuletzt im Januar 2023 (IV-Nr. 90 S. 40), erscheint angezeigt, bei einer Neubeurteilung auch diese Fachdisziplin

miteinzubeziehen. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt sich eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin.

5. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen ist die Verfügung vom 8. März 2024 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen. Diese hat über den Leistungsanspruch sodann neu zu entscheiden.

6.

6.1 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist (Art. 61 lit. g ATSG). Mit Eingabe vom 26. April 2024 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Honorarnote zu den Akten (A.S. 36 ff.). Darin wird ein zeitlicher Aufwand von 12 Stunden und 30 Minuten à CHF 250.00 sowie Auslagen in der Höhe von CHF 12.90 geltend gemacht, was angesichts von Aktenumfang und Schwierigkeit des Prozesses angemessen erscheint. Dementsprechend beläuft sich die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlende Parteientschädigung auf CHF 3'392.05 (inkl. Mehrwertsteuer).

6.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Dem Verfahrensausgang entsprechend hat vorliegend die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

von Arx

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