

SO_GERICHTE VSBES.2025.87 vom 25. Februar 2026

SO Obergericht, 2026-02-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2025.87

FR: SO_GERICHTE VSBES.2025.87 du 25 février 2026

IT: SO_GERICHTE VSBES.2025.87 del 25 febbraio 2026

Erwägungen

E. 30

Jahre dauernde Ehebeziehung beschrieben, was bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung/Akzentuierung eher selten anzutreffen sei. Aus der Sicht des systemischen Verständnisses könnte bei dem Ehepaar eine Kollusion vorliegen, in welcher sich beide Beziehungsmitglieder trotz grosser Unterschiede gegenseitig gut ergänzen könnten.

6.2.2 Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, aus psychiatrischer Sicht sei der Explorand zum aktuellen Zeitpunkt in jeglichen Tätigkeiten zu 20 % arbeitsunfähig.

Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % 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 ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die gestellten Diagnosen im Wesentlichen leichtgradig ausgeprägt sind.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, der Explorand erkläre sich als «Mann der alten Schule» beziehungsweise sei er sehr streng ohne grossen Raum für Verständnis durch die Eltern und wahrscheinlich auch durch das schulische System von seinen Bedürfnissen als Kind und Jugendlicher erzogen worden. Aus diesen Gründen habe er Schwierigkeiten, sich in der Psychotherapie zu öffnen. Auf der anderen Seite sei er durch den Gutachter als eine extrovertierte Person erlebt worden. Der Explorand habe während der Exploration problemlos über für ihn wichtige und schwierige Erlebnisse offen reden können. In diesem Zusammenhang sehe man die psychotherapeutische Arbeit als noch nicht ausgeschöpfte Ressource auf dem Weg nach allgemeiner Verbesserung des psychischen Zustands der versicherten Person. Mittels optimaler Behandlung bezüglich Intensivierung der psychiatrischen Therapie sei eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bis zu 90 ■ 100 % zu erwarten. Des Weiteren sehe man die bisherigen Wiedereingliederungsmassnahmen als positiv beeinflussend auf die weitere Arbeitsfähigkeit des Exploranden und glaube, dass sich durch Intensivierung der Psychotherapie noch mehrere Möglichkeiten zur Pensumssteigerung ergeben würden.

Gestützt auf die vorgehenden Erläuterungen ist somit weder von einer Eingliederungs- noch von einer Behandlungsresistenz 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). Diesbezüglich sind dem Gutachten keine ressourcenhemmenden Komorbiditäten zu entnehmen.

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 und seine Ehefrau seien bereits 33 Jahren zusammen, davon 27 Jahre verheiratet. Er habe seine Frau als eine nette, zuverlässige, verständnisvolle und unterstützende Person beschrieben und sei sehr glücklich, sie als Lebenspartnerin zu haben. Seine drei Kinder seien 1998, 2002 und 2005 geboren. Die Ehefrau sei Hotelfachassistentin von Beruf. Sie sei über viele Jahre Hausfrau gewesen und habe vollständig die Kinderbetreuung übernommen, 2015 aber, als es ihm nicht gut gegangen sei, habe sie einen beruflichen Wiedereintritt als [...]pflegerin gemacht. Sie arbeite heute als Filialleiterin zu 80 % in der [...]pflege in [...]. Sie erledige immer noch, trotz anspruchsvoller Arbeitstätigkeit, den Haushalt fast alleine. Der Explorand habe seine Frau in der Vergangenheit viel unterstützen können, aktuell sei er dazu nicht in der Lage. Seine Aufgabe im Haushalt sei früher, sowie heute, Einkaufen, gelegentlich auch Wäschewaschen. Der Explorand berichte weiter, dass er aufgrund seiner psychischen Problematik nicht selten gereizt und verbal ausfällig gegenüber seiner Ehefrau sei. Dennoch sei er nie körperlich aggressiv gewesen. Zu seinem Glück könne seine Ehefrau immer das Verständnis für sein Verhalten finden und ihm alles verzeihen. Wenn es zu einem Konflikt zwischen dem Ehepaar komme, ziehe sich die Ehefrau zurück und spreche im Nachhinein die Unstimmigkeiten an und kläre diese. Ohne Unterstützung seiner Ehefrau würde der Explorand seine Probleme nicht bewältigen können. Die Ehefrau sei die grösste Ressource für ihn. Als zweitwichtigste Ressource sehe der Explorand seinen aktuellen Arbeitsplatz. Sein soziales Leben sei im Moment auch schlecht. Er habe seit mehreren Jahren keine Kapazitäten seine Freundschaften zu pflegen, so dass er heute keine Kollegen mehr habe. Er leide darunter, jedoch sehe er keine Verbesserungsmöglichkeiten. Als Kind habe er sich mit anderen Kindern zwar gut verstanden, habe sich aber auch gerne zurückgezogen. Aktuell habe er auch keine Hobbys. Früher habe er gerne Sport gemacht sowie sei gerne zusammen mit seiner Ehefrau tanzen gegangen. Heute würde er nichts mehr machen, da er keine Lust auf irgendeine Aktivität habe. Er habe bis vor einem Jahr nicht gewusst, dass er an einem ADHS leide. Seit der Diagnosestellung und medikamentösen Einstellung gehe es ihm viel besser. Der Explorand verfüge über eine langjährige und stabile Ehebeziehung, in welcher er von seiner Ehefrau grosszügig verstanden und unterstützt werde. Er lese gerne Bücher und informiere sich über Aktualitäten im Ökonomiebereich. Er treibe gerne Sport und finde dadurch eine erfolgreiche Coping-Strategie für psychische Anspannung. Er verfüge über ein erhebliches Selbstbewusstsein und grosses Selbstvertrauen, was ihm bei der Bewältigung von Problemen viel helfen solle. Die erschwerenden Faktoren könnten persönliche Merkmale des Exploranden, wie das Bedürfnis nach Fürsorge aber auch die Bewunderung durch Andere, Verlustangst, mangelnde Veränderungsmotivation und vermehrte konflikthafte Beziehungen sein.

Zusammenfassend ergeben sich somit neben gewissen Einschränkungen auch soziale und persönliche Ressourcen.

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 im vorgehenden Abschnitt gemachten Ausführungen ist tendenziell von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus auszugehen.

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). Wie die Blutspiegelkontrolle ergab, nimmt der Beschwerdeführer das Antidepressivum Brintellix regelmässig ein. Somit ist von einem ausgewiesenen Leidensdruck auszugehen.

6.2.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als hinreichend ausgewiesen. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 6.2.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag die gutachterliche Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 80 % zu überzeugen.

6.2.4 Am Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens vermögen weder die Rügen des Beschwerdeführers noch die entgegenstehenden Berichte des behandelnden Psychiaters, Dr. med. D. ____, etwas zu ändern, wie nachfolgend darzulegen ist. Diesbezüglich kann unter anderem auf die überzeugenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin verwiesen werden. Demnachberuht das «Beck Depressions Inventar (BDI)» weitgehend auf den Angaben und Selbsteinschätzungen der zu untersuchenden Person und dient einzig der Überprüfung des klinischen psychiatrischen Befundes (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_486/2010 vom 2. Dezember 2010 E. 3.1.2). Ausschlaggebend bleibt jedoch die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_57/2021 vom 8. Juli 2021 E. 4.4). Im psychiatrischen Teilgutachten wird nachvollziehbar dargelegt, weshalb vorliegend von keiner schwerergradigen depressiven Episode auszugehen ist. Dies wird auch durch die Befunde bestätigt, welche der psychiatrische Gutachter mittels ICF-Rating Scale und AMDP erhoben hat. Im Falle, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers keine organische Ursache hätten, hielt der psychiatrische Sachverständige fest, würde die Aggravation und Verdeutlichung der Problematik als Bestandteil des aktuellen klinischen Bildes gesehen werden (vgl. psychiatrisches Teilgutachten vom 22. Februar 2024, S. 22). Wie aus den Akten ersichtlich, fiel die MRT-Schädel Diagnostik, die zum Ausschluss einer hirnorganischen Ursache durchgeführt wurde, unauffällig aus (s. Bericht des F. ____, vom 8. Februar 2024; IV-Nr. 120.3, S. 94). Die Herleitungen und Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten sind somit nicht in Zweifel zu ziehen. Insofern Dr. med. D. ____ sodann in seiner Stellungnahme vom 18. Juni 2024 (IV-Nr. 126) ausführte, die verbesserten Werte in der HDRS seien nach seiner Interpretation auf die medikamentöse Behandlung zurückzuführen, die aber kaum eine Wirkung auf die affektiven Komponenten der Depression habe, ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei

erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4; vgl. auch Urteil 8C_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.2), kann es nicht angehen, ein Administrativgutachten stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (Urteil des Bundesgerichts 9C_4/2015 vom 5. Mai 2015 E. 3.2). Das psychiatrische Gutachten ist, wie vorgehend dargelegt, überzeugend ausgefallen. Die entgegenstehenden Interpretationen des behandelnden Psychiaters geben keinen Anlass, davon abzuweichen. Das Gleiche gilt auch hinsichtlich der von Dr. med. D.____ vertretenen Ansicht, wonach die Aussagen des Beschwerdeführers vor dem Hintergrund seiner Persönlichkeitsakzentuierung und biografischen Prägungen als verzerrt zu interpretieren seien und diese Verzerrung deutlich in Richtung Dissimulation zu deuten sei. Wie sodann in E. II. 6.2.4 dargelegt, vermag die durch den psychiatrischen Gutachter attestierte 20%ige Arbeitsunfähigkeit gestützt auf die durchgeführte Indikatorenprüfung zu überzeugen. Die entgegenstehenden Ausführungen von Dr. med. D.____ vermögen daran nichts zu ändern. Schliesslich rügt der Beschwerdeführer, der psychiatrische Gutachter habe die fallspezifischen Fragen der Beschwerdegegnerin sowie die RAD-spezifischen Fragestellungen unbeachtet gelassen. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass abgesehen vom üblichen Fragekatalog von Seiten der IV-Stelle lediglich die Zusatzfrage gestellt wurde, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der (Rentenablehnung vom 23. November 2020) wesentlich verändert habe. Diese Frage wurde durch den psychiatrischen Gutachter tatsächlich nicht beantwortet. Diese Fragestellung ist aber vorliegend ■ wie in E. II. 5 hiervor dargelegt ■ ohnehin nicht von Belang, weshalb dadurch der Beweiswert des Gutachtens nicht vermindert wird.

Zusammenfassend kann somit auf das beweiswertige psychiatrische Teilgutachten der E.____ abgestellt werden.

6.3 Im neuropsychologischen Teilgutachten der E.____ vom 23. Februar 2024 (IV-Nr. 120.6) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Zur Beurteilung hielt der Gutachter fest, beim Versicherten fänden sich neuropsychologisch verminderte Aufmerksamkeitsleistungen. Die Grundaktivierung sei mittelschwer vermindert und es zeige sich auch ein deutlich reduziertes Reaktionsvermögen. Die komplexe Aufmerksamkeit i.S. der Aufmerksamkeitsteilung falle deutlich defizitär aus. Der Versicherte habe Mühe, sich gleichzeitig auf zwei Zielreize zu konzentrieren. Bei der selektiven Aufmerksamkeit falle auf, dass er zu häufig reagiere, wo dies eigentlich nicht gefordert wäre. Dieser Befund könne als Hinweis für das Vorliegen einer erhöhten Impulsivitätsneigung interpretiert werden. Ferner liessen sich leichte exekutive Dysfunktionen beim divergenten Denken sowie beim nonverbalen Arbeitsgedächtnis objektivieren. Die verbalen Lern- und Gedächtnisfunktionen lägen im Normbereich. Beim nonverbalen episodischen Gedächtnis sei das Lernen sowie der verzögerte Abruf

mittelgradig vermindert. Vordiagnostiziert sei eine Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung. Die entsprechende Medikation mit Methylphenidat habe der Versicherte anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung nicht eingenommen. Eigen- und aktenanamnestisch bestehe zusätzlich ein Schlafapnoe-Syndrom, das jedoch nicht behandelt werde. Der Versicherte habe die CPAP-Therapie nach 6 Monaten sistiert. Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung wirke der Versicherte in seiner Stimmungslage reduziert, leicht depressiv. Daraus abgeleitet könne ursächlich für die verminderte kognitive Leistungsfähigkeit ein multifaktorielles Geschehen postuliert werden. Alle genannten Faktoren wirkten auf die gemessenen Defizite negativ ein und bestimmten das aktuelle Leistungsprofil. In der Zusammenschau aller Befunde ergäben sich in Anlehnung an die Fachleitlinien der Neuropsychologie (Frei et al., 2016) eine leichte neuropsychologische Störung. Aus neuropsychologischer Sicht könnten die gemessenen kognitiven Leistungsminderungen der vordiagnostizierten ADHS-Erkrankung, dem unbehandelten Schlafapnoe-Syndrom, der reduzierten Stimmungslage sowie den chronischen Schmerzen gut zugeordnet werden. Zudem werde das kognitive Leistungsprofil auch noch durch die reduzierte Stimmungslage leicht überlagert. Bezüglich der Prognose sei aus neuropsychologischer Sicht zu erwarten, dass sich die Leistungsfähigkeit verbessern könne, wenn die obengenannten Faktoren sich therapeutisch positiv beeinflussen liessen. Aus neuropsychologischer Sicht sei der Versicherte mit einer leichten neuropsychologischen Störung in Anlehnung an die Fachleitlinien der Neuropsychologie (Frei et al., 2016) zu 20 % arbeitsunfähig. Aus rein neuropsychologischer Sicht bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Das heisse, dass der Versicherte der aktuell ausgeübten Tätigkeit zu 7 Stunden nachgehen könnte. Danach sei aufgrund der zunehmenden Ermüdung aufgrund nachlassenden Aufmerksamkeitsleistungen eine qualitativ gute Arbeit nicht mehr gut ausführbar. Die Fehleranfälligkeit würde signifikant steigen. Der zeitliche Verlauf der leichten neuropsychologischen Störung sei sehr schwierig einzuschätzen da keine entsprechenden Voruntersuchungen existierten. Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte aufgrund der gestellten ADHS-Diagnose sowie des Schlafapnoe-Syndroms schon sehr lange unter einer leicht reduzierten Leistungsfähigkeit leide, diese jedoch gut zu kompensieren gewusst habe. Im Jahre 2011 sei es zu einem ersten Burn-out gekommen, womit angenommen werden könne, dass ab diesem Zeitpunkt eine Kompensation nicht mehr möglich gewesen sei. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit liege die aktuelle kognitive Leistungsfähigkeit seit 2011 vor. Aus neuropsychologischer Sicht sei bei der beruflichen Tätigkeit auf ein gutes Pausenmanagement zu achten. Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung habe der Versicherte auf die ADHS-Medikation verzichtet. Das effektive kognitive Leistungsvermögen dürfte unter der Medikation mit Methylphenidat jedoch höher ausfallen, als das vorliegende Leistungsprofil zur Darstellung bringe. Aus diesem Grund sei aktuell nicht einzuschätzen, wie eine optimal angepasste Tätigkeit aussehen müsste oder ob eine solche Anpassung überhaupt notwendig wäre aus neuropsychologischer Sicht. Auch das Schlafapnoe-Syndrom sei aktuell nicht behandelt, was bei optimaler Einstellung ebenfalls zu einer Leistungsverbesserung beitragen dürfte.

Das neuropsychologische Teilgutachten der E. ___ ist nachvollziehbar. Zudem sind die im Gutachten gestellten Diagnosen sowie die daraus folgende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit einleuchtend begründet. Die dagegen vom behandelnden Psychiater Dr. med. D. ___ und dem Beschwerdeführer vorgebrachte Kritik vermag den Beweiswert des Gutachtens nicht zu vermindern. Dr. med. D. ___ bringt in seiner Stellungnahme vom

18. Juni 2024 vor, der neuropsychologische Gutachter beziehe sich bei seiner Beurteilung einer lediglich 20%igen Arbeitsunfähigkeit auf die Fachleitlinien der Neuropsychologie (Frei et al., 2016). Er, Dr. med. D.____, könne sich aber kaum verstellen, dass diese Skala berechtigterweise beizuziehen sei, wenn gemäss dem psychiatrischen Gutachten drei psychiatrische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen. Dem ist einerseits entgegenzuhalten, dass Dr. med. D.____ über keine neuropsychologische Fachausbildung verfügt und sich somit zu einem fachfremden Gebiet äussert. Zudem sind seine Ausführungen nicht weiter begründet. Im Übrigen sind auch die vom Beschwerdeführer diesbezüglich vorgebrachten Rügen fachlich nicht begründet.

Zusammenfassend kann somit auf das beweiswertige neuropsychologische Teilgutachten der E.____ abgestellt werden.

6.4 Im internistischen Teilgutachten der E.____ vom 10. März 2024 (IV-Nr. 120.2) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Zur Befunderhebung führte die Gutachterin Folgendes aus: Grösse 176 cm, Gewicht 102 kg, BMI 32, Blutdruck 144/88, Puls 68, teilweise mit vereinzelt Extrasystolen, Herz-Lungenauskultation mit intermittierend fraglichem 4. Herzton, allerdings bei gelegentlichen Extrasystolen schwierig differenzierbar, periphere Pulse beidseits symmetrisch palpabel, Lungenauskultation frei, Lymphknotenstationen unauffällig, Rachen reizlos. Abdomen weich, indolent, Leber aufgrund des Panniculus nicht sicher palpabel, Milz nicht palpabel, Nierenlogen frei, Darmgeräusche unauffällig. Wirbelsäule regelrecht, eher leicht abgeflachte Lordose, recht gute Beweglichkeit im LWS-Bereich, Finger-Boden-Abstand 0 cm, kein Vorlaufphänomen, HWS mit guter Flexion und Reklination und nur leicht eingeschränkter Beweglichkeit in der Rotation beidseits, jedoch deutliche paravertebrale Myogelosen mit Druckdolenzen sowie Druckdolenz der interscapulären Muskulatur und am Levatoransatz beidseits, dem M. Trapezius und M. pectoralis beidseits sowie periartikulär am linken Schultergelenk. Schulterbeweglichkeit rechts frei, links mit leicht eingeschränkter Abduktion und Innenrotation, fragliches Sehnengleiten, Aussenrotation leicht dolent, Ellbogen und Handgelenke frei beweglich, Sensibilität der Kleinfinger im Liegen reduziert, in aufrechter Haltung erhalten. Rohe Kraft in beiden Händen symmetrisch, jedoch klinisch grob geprüft eher vermindert. Lasegue beidseits negativ, Hüftgelenke beidseits mit nur minim eingeschränkter Beweglichkeit, Achsenabweichung des linken Unterschenkels in Valgusposition. Rechte untere Extremität aktuell ohne objektivierbare Achsenabweichung, Kniegelenke ohne relevante Bewegungseinschränkung, Senkspreizfüsse beidseits, Patellarsehnenreflexe symmetrisch, Achillessehnenreflex beidseits nicht auslösbar, Sehnenreflexe Biceps, Radius symmetrisch, Romberg und Unterberger Tretversuch unauffällig, Diadochokinese normal, Finger-Nasen-Versuch mit Danebenzeigen links, jedoch umgehend korrigiert. Pupillenreaktion und Augenmotilität unauffällig und symmetrisch. Zehen- und Fersengang beidseits möglich, Einbeinstand links etwas unsicher, rechts gut möglich, Hocke mit Abstützen möglich, Aufstehen aus Hocke gut möglich. Strichgang anfänglich etwas unsicher, aber schliesslich recht gut funktionierend. Die Laborbefunde der Blutsenkungsreaktion, der Elektrolyte, von Nieren-, Blutzucker-, Harnsäure-Schilddrüsen- und Entzündungswert seien normal ausgefallen. Von vier Leberwerten habe der

empfindlichste Wert wie auch das Gesamtcholesterin eine leichte Erhöhung gezeigt, was mit dem Übergewicht oder dem doch ziemlich regelmässigen Alkoholkonsum zusammenhängen könne. Die Laborwerte der Creatinkinase, von Vitamin B12, CDT und der Blutspiegel von Vortioxetin lägen im Normalbereich. Damit sei eine Muskelerkrankung im Sinne einer Myositis oder Myopathie und ein pathologisch regelmässiger Alkoholkonsum unwahrscheinlich. Die medikamentöse Therapie mit dem Antidepressivum Brintellix scheine der Versicherte regelmässig einzunehmen. Die Blutspiegel von Pantoprazol, Oxycodon, Naloxon, Tramadol, Methylphenidat lägen unterhalb der Nachweisgrenze. Dies spreche für eine unregelmässige oder fehlende Einnahme dieser Substanzen. Die Therapie des Schlafapnoesyndroms sei gemäss Angaben des Versicherten lediglich störend, aber nicht hilfreich für die Behandlung der Müdigkeit gewesen, weshalb er diese Therapie abgesetzt habe und auch diesbezüglich nicht weiter in Behandlung stehe. Aus rein internistischer Sicht sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig. Die derzeitige Tätigkeit könne als angepasste Tätigkeit betrachtet werden. Der Beschwerdeführer habe einen verständnisvollen Arbeitgeber, könne seine Arbeit frei einteilen und auf stressbetontere Teile der Tätigkeit mit Kundenkontakt oder unvorbereiteten, dringend notwendigen Auskünften oder Anliegen verzichten.

Das internistische Gutachten ist grossenteils nachvollziehbar. Wie der Beschwerdeführer aber zurecht rügt, diagnostizierte die Gutachterin beim Beschwerdeführer ein Schlafapnoesyndrom (ICD-10: G47.39) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Weshalb dieses gemäss Gutachterin jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben soll, begründete sie nicht. Eine Auseinandersetzung mit den möglichen Auswirkungen dieser Diagnose findet zudem weder im internistischen Gutachten noch in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung der E.____ vom 14. März 2024 (IV-Nr. 120.1) statt, obwohl der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern mehrfach über erhebliche Müdigkeit im Alltag berichtete (vgl. auch die Angaben zum Tagesablauf; IV-Nr. 120.4, S. 13) und seine Tagesmüdigkeit aktenkundig ist. Zudem wurde bereits im Bericht Schlafmedizin der B.____ vom 28. Juni 2018 (IV-Nr. 10, S. 9) ein schweres gemischtes überwiegend obstruktives Schlafapnoesyndrom mit einem AHI (Apnoe Hypopnoe Index) von 29/h diagnostiziert. Gemäss diesem Bericht habe die am 29. Mai 2018 durchgeführte Polysomnographie eine Gesamtschlafzeit von 4.92 h mit deutlich verminderter Schlafeffizienz auf 75 % und vermindertem REM- und Tiefschlafanteil ergeben. Es fänden sich wenige zentrale Apnoen sowie viele obstruktive Hypopnoen mit dezenter Sauerstoff-Desaturation. AHI 29/h. Mittlere Sauerstoffsättigung 93 %, minimal 87 %. Man habe dem Patienten bei schwerem gemischtem überwiegend obstruktiven Schlafapnoesyndrom eine CPAP-Therapie angeboten. Er sei motiviert diese durchzuführen. Weiter ist aktenkundig, dass in der Folge zwar eine Therapie durchgeführt wurde, diese aber bei fehlender Besserung abgebrochen wurde (vgl. Bericht des G.____ vom 3. Februar 2023, IV-Nr. 109). Auch wenn von Seiten der behandelnden Ärzte keine aktuellen Angaben zur Schlafapnoe-Problematik des Beschwerdeführers vorliegen, ergeben sich auch aus dem Gutachten der E.____ verschiedene Hinweise, welche für eine mögliche und weiterhin bestehende Einschränkung sprechen. So wurde im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 120.4, S. 5) diesbezüglich festgehalten, der Beschwerdeführer beklage Merkfähigkeitsstörungen, was seine Tätigkeit sehr negativ beeinflusse. Aufgrund von Konzentrationsstörungen, verminderter Belastbarkeit und Tagesmüdigkeit könne er nicht in einem hohen Pensum arbeitstätig sein. Weiter hielt der Gutachter zur Frage «Besteht während dieser Anwesenheitszeit auch eine Einschränkung der Leistung? Wenn ja, in welchem Umfang und warum?» fest, beim

Exploranden könnte ein Schlafmangel im Rahmen des obstruktiven Schlafapnoesyndroms die Konzentrationsfähigkeit zusätzlich verschlechtern. Des Weiteren wurde im neuropsychologischen Teilgutachten ausgeführt, aus neuropsychologischer Sicht könnten die gemessenen kognitiven Leistungsminderungen der vordiagnostizierten ADHS-Erkrankung, dem unbehandelten Schlafapnoe-Syndrom, der reduzierten Stimmungslage sowie den chronischen Schmerzen gut zugeordnet werden. Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung betreffend die vom Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang erhobene Rüge lediglich fest, was die Schlafapnoe angehe, werde in der Konsensbeurteilung der E. ___ festgehalten, dass für die Behandlung dieses Syndroms die Motivation und die Adhärenz zur Therapie unabdingbar seien. Es werde vom Sachverständigen nicht festgehalten, dass krankheitsbedingte Gründe gegen die Umsetzung dieser Therapie sprächen. Aber selbst wenn von einer grundsätzlichen Therapierbarkeit des Schlafapnoe-Syndroms auszugehen wäre, ist damit mangels gutachterlichen Abklärungen nicht erstellt, ob und bejahendenfalls in welchem Ausmass das diagnostizierte schwere Schlafapnoe-Syndrom im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat. Im Übrigen kann nicht ohne Weiteres davon auszugehen, dass sich das im Jahr 2018 erstmals diagnostizierte schwere obstruktive Schlafapnoesyndrom ohne entsprechende Therapie mittlerweile von selbst gebessert hat, zumal die Risikofaktoren wie das hohe Gewicht des Beschwerdeführers gemäss Aktenlage weiterhin bestehen (vgl. <https://hirnstiftung.org/erkrankung/schlafapnoe-syndrom>).

Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen wäre die Beschwerdegegnerin demnach gehalten gewesen, den Beschwerdeführer schlafmedizinisch abklären und die diesbezügliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit medizinisch beurteilen zu lassen. Zudem handelt es sich bei der zu klärenden Frage um eine gänzlich ungeklärte Frage, weshalb das Versicherungsgericht die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückweist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

7. Dagegen ist unter den Parteien unbestritten und aufgrund der vorliegenden Akten auch erstellt, dass der Beschwerdeführer seit 1. Mai 2022 (Beginn des Wartejahres) bis mindestens 12. Januar 2024 (Datum der psychiatrischen Begutachtung; vgl. IV-Verfügung vom 7. März 2025; A.S. 1 ff.) zu 70 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war und damit ■ aufgrund des ebenfalls unbestrittenen Invaliditätsgrades von 70 % ■ vom 1. Mai 2023 bis 30. April 2024 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Der Anspruch ab 1. Mai 2024 hängt dagegen vom Ergebnis der nach der Rückweisung vorzunehmenden Abklärung ab. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass ein Entscheid, mit welchem das Versicherungsgericht eine bestimmte, vorangehende Teil-Periode des Rentenanspruchs materiell abschliessend beurteilt und für eine darauf folgende Teil-Periode die Sache zu neuer Beurteilung an die Verwaltung zurückweist, in Bezug auf die materiell abschliessend beurteilte Phase ein Teilentscheid ist, der selbständig anfechtbar ist, bei Nichtanfechtung selbständig rechtskräftig wird und später nicht mehr angefochten werden kann (BGE 135 V 141). Demnach ist bezüglich der vom 1. Mai 2023 bis 30. April 2024 zuzusprechenden ganzen Rente ein gerichtlicher Teilentscheid zu fällen.

8. Somit ist die Beschwerde in diesem Sinne teilweise gutzuheissen.

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang (formelles Obsiegen) steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung

auf CHF 2'117.80 festzusetzen (7.26 Stunden zu CHF 260.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von CHF 71.50 und MwSt).

Der Unterschied zur eingereichten Kostennoten ergibt sich unter anderem daraus, dass darin vorprozessualer Aufwand enthalten ist, weshalb die Positionen vom 25. Juli 2024 bis 12. Februar 2025 nicht zu berücksichtigen sind. Sodann stellen verschiedene der geltend gemachten Positionen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopie an den Klienten und Fristerstreckungsgesuch), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Zudem sind Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird.

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat 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:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 7. März 2025 aufgehoben. Es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer vom 1. Mai 2023 bis 30. April 2024 Anspruch auf eine ganze Rente hat.

2. Zur Klärung eines allfälligen Leistungsanspruchs in der darauffolgenden Zeit, d.h. ab 1. Mai 2024, wird die Sache an die IV-Stelle des Kantons Solothurn zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen verfährt und hiernach neu darüber entscheidet.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 2'117.80 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 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 Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Vizepräsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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